



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

# Att vara ung kvinna med Anorexia Nervosa och möta sjukvårdspersonal

En kvalitativ studie baserad på patografier

Josefine Nilsson  
Sara Ringberg

Handledare: Catrin Berglund Johansson  
Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1512  
Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa  
Karlskrona Maj 2020

# Att vara ung kvinna med Anorexia Nervosa och möta sjukvårdspersonal

Josefine Nilsson  
Sara Ringberg

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Anorexia Nervosa (AN) kännetecknas av att medvetet minska i vikt och samtidigt bibehålla en känsla av att vara överviktig. Sjukdomen tyder på en viktnedgång som understiger 15 procent av den normala kroppsvikten. De yngre kvinnorna med AN kan mötas i öppenvården men även i slutenvården beroende på sjukdomens utsträckning. I möten har relationen mellan kvinnan och sjukvårdspersonal en stor inverkan på kvinnans upplevelser av möten och kan avspegla hur kvinnan upplever sin situation.

**Syfte:** Syftet var att beskriva yngre kvinnor med Anorexia Nervosas upplevelser av möten med sjukvårdspersonal.

**Metod:** I studien tillämpades en kvalitativ metod med en induktiv ansats baserad på fem patografier. Patografierna analyserades med hjälp av Lundman och Hällgren Graneheims kvalitativa innehållsanalys.

**Resultat:** I studiens resultat framkom fyra huvudkategorier: *Bli tagen på allvar*, *Känna sig utlämnad*, *Bristande tillit* och *Känna oro och rädsla*. I möten beskrev de yngre kvinnorna med AN hur de mötte sjukvårdspersonal med god attityd. Sjukvårdspersonalen ingav ett lugn och de upplevdes som genuint intresserade att lyssna till kvinnornas berättelser. De yngre kvinnorna kunde även uppleva att sjukvårdspersonalen ständigt bad dem upprepa sina berättelser. Känslan av bristande tillit stärktes när sjukvårdspersonalen inte visade sympati eller när de uppträdde på ett okänsligt sätt. Även känslor av oro och rädsla kunde uppkomma i möten med sjukvårdspersonal.

**Slutsats:** Resultatet gav en inblick i yngre kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal. Det framgick att det var av vikt att möta sjukvårdspersonal som ingav ett förtroende och där kvinnorna upplevde att de kände sig hörda. Kvinnorna kunde också uppleva en bristande kontinuitet i möten men även att de inte kände sig förstådda av sjukvårdspersonalen. En djupare förståelse för de yngre kvinnorna med AN kan ge ökad kunskap för sjukvårdspersonalen i framtida möten.

**Nyckelord:** Anorexia Nervosa, möten, patografi, sjukvårdspersonal, upplevelser

# Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| Innehållsförteckning   | 3  |
| Inledning  | 11 |
| Bakgrund   | 11 |
| Anorexia Nervosa   | 11 |
| Yngre kvinnors upplevelser av möten med sjukvårdspersonal vid Anorexia Nervosa | 12 |
| Teoretiskt referensram   | 14 |
| Vårdande möten   | 14 |
| Problemformulering   | 15 |
| Syfte  | 15 |
| Metod  | 15 |
| Design   | 15 |
| Urval  | 16 |
| Datainsamling  | 16 |
| Beskrivning av patografier   | 18 |
| Analys   | 19 |
| Etiska överväganden  | 20 |
| Resultat   | 21 |
| Bli tagen på allvar  | 22 |
| Känna sig hörd   | 22 |
| Känna förtroende   | 22 |
| Känna sig utlämnad   | 23 |
| Inte känna sig sedd  | 24 |
| Bristande kontinuitet  | 24 |
| Inte känna sig förstådd  | 25 |
| Bristande tillit   | 26 |
| Känna oro och rädsla   | 27 |
| Diskussion   | 28 |
| Metoddiskussion  | 28 |
| Resultatdiskussion   | 31 |
| Slutsats   | 34 |
| Självständighet  | 35 |

|  |    |
|--|----|
| Referenser   | 36 |
| Bilaga 1 Exempel på kondensering och kodning av meningsenheter | 40 |

## Inledning

Anorexia Nervosa (AN) är vanligt förekommande bland yngre kvinnor och är en sjukdom som ingår i diagnosgruppen ätstörningar. AN förekommer hos cirka 10 000 personer i Sverige och är vanligare hos kvinnor gentemot män som utgör cirka tio procent (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2011). Uppkomsten av AN kan ses som en kombination av olika psykologiska, biologiska och sociokulturella faktorer (Wentz, 2014).

Studier visar att kvinnor med AN kan uppleva brist på förståelse från sjukvårdspersonal (Graham, Tierney, Chisholm, & Fox, 2019; Rance, Clarke & Moller, 2017). Djupare förståelse för kvinnorna kan uppnås genom att lyssna till deras egna upplevelser (Rance, Clarke, et al., 2017). I möten med sjukvårdspersonal kan en del kvinnor uppleva sig som mindre värdefulla där deras känsla av identitet har minskat samt att de blev associerade med sin sjukdom istället för den unika person de är (Gulliksen et al., 2012; Smith et al., 2014). Ytterligare kvalitativ forskning bör genomföras för att öka förståelsen för kvinnorna. En ökad förståelse för kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal kan ge en värdefull kunskap. Vidare ger det underlag för en individanpassad vård (Paching & Lawler, 2009). Inom sjuksköterskeprofessionen är det sannolikt att möta yngre kvinnor med AN. Genom att beskriva yngre kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal kan sjuksköterskan få en ökad kunskap och förståelse. Vilket kan öka möjligheterna till en individanpassad vård.

## Bakgrund

### Anorexia Nervosa

AN kännetecknas av att medvetet minska i vikt och samtidigt bibehålla känslan av att vara överviktig (Matt Lacoste, 2017). Trots påtaglig undervikt finns en oro att öka i vikt.

Sjukdomen tyder på en viktnedgång som understiger 15 procent av den normala kroppsvikten (Wentz, 2014). Begränsat matintag, stark och ihållande rädsla för viktuppgång samt en förvrängd kroppsbild är symtom som kan uppkomma i samband med AN (Yilmaz, Hardaway & Bulik, 2015). Sjukdomstillståndet framträder vanligtvis under tonåren, men uppträder även

i vuxen ålder. Insjuknandet sker vanligtvis i åldern 14 till 19 år (Wentz, 2014; Yilmaz et al., 2015). Sjukdomen kan pågå under en längre period och kan vara mellan 5 till 15 år. I vissa fall övergår AN till andra former av ätstörningar som exempelvis bulimi (SBU, 2011). Det är inte heller ovanligt att yngre kvinnor med AN även har andra diagnoser som exempelvis ångest, depression, självskadebeteende och tvångssyndrom (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2019).

Orsaken till AN kan ses som en kombination av olika faktorer. Psykologiska faktorer kan innebära svåra livshändelser som exempelvis att personen förlorat en nära anhörig. Biologiska faktorer kan bero på att någon nära anhörig har sjukdomen (Wentz, 2014). Sociokulturella faktorer kan innebära kroppsmisshälsa samt en önskan om att vilja minska i vikt. Kroppsmisshälsa i samband med perfektionistiska tankar och en vilja att se ut som idealet kan vara ytterligare orsaker till AN (Tan, Hawkins, Tan & Hawkins, 2017). En varaktigt undervikt försämrar både den psykiska och fysiska hälsan menar Weigel, Löwe och Kohlmann (2018). Konsekvenserna av AN har en negativ påverkan på nästintill alla kroppens organ, som i vissa fall kan vara livshotande. Det kan bidra till kardiovaskulära sjukdomar. Även mag-tarmkanalen och njurarna kan påverkas (Weigel et al., 2018). En annan specifik påverkan hos kvinnor är att menstruationen kan avstanna (SBU, 2011).

Behandlingen mot en god återhämtning är omfattande och vanligtvis en långvarig process med fokus på att gradvis förändra personliga funktioner som kost, träningsmönster, kroppsvikt och självkänsla (van Ommen, Meerwijk, Kars, van Elburg & van Meijel, 2009). För en god återhämtning krävs det att flera professioner involveras i behandlingen (SBU, 2019). Motivationen till ett ändrat beteende är vanligtvis långt och det är ovanligt att kvinnorna söker behandling på eget initiativ för sin AN. Den långa motiveringen beror på att kvinnorna lägger ett positivt värde på symtomen. Vilket kan skapa en känsla av att de lyckats minska tillräckligt i vikt och därmed bekräftas sjukdomen (Nordbø, Espeset, Gulliksen, Skårderud & Holte, 2006).

## Yngre kvinnors upplevelser av möten med sjukvårdspersonal vid Anorexia Nervosa

Upplevelser kan tolkas på olika sätt utifrån varje persons tidigare erfarenheter. Det är ett begrepp som kan beskrivas som subjektivt. Upplevelser hos andra personer kan därmed bli

svåra att förstå fullt ut. Vilket gör upplevelsen unik för varje person (Eriksson, 1991). Möten kan definieras som när personen i samband med sjukvårdspersonal delar tid i ett vårdrum. Personens individuella upplevelser övergår till en ömsesidig mening som både sjukvårdspersonal och den yngre kvinnan kan förstå. Vilket ger förutsättningar för att forma en betydelsefull relation (Rehnsfeldt, 2012). Sjukvårdspersonal kan definieras som den personal som har kontakt med personer i vården (Patientsäkerhetslagen [PSL], SFS 2010:659). Kvinnor med AN kan mötas i öppenvården men även i slutenvården beroende på sjukdomens utsträckning. I vården möter kvinnorna flera olika professioner (Wentz, 2014). Professionerna kan vara legitimerad personal såsom sjuksköterska, psykoterapeut, läkare, dietist och fysioterapeut. Det kan även vara personal som inte erfar någon legitimation men har kompetens som avser området inom hälso- och sjukvården (PSL, SFS 2010:659). Yngre kvinnor benämns som kvinnor i åldern 15 till 24 år (Wentz, 2014).

Kvinnor beskriver att det är betydelsefullt att möta sjukvårdspersonal som har ett empatiskt bemötande och är kunniga inom området för AN. Framför allt med anledning av att de upplevt att de blivit dåligt bemötta samt att de känt sig oförstådda (SBU, 2019). Brist på förståelse kan resultera i en känsla av ensamhet (Rance, Clarke, et al., 2017). Även en känsla av att inte blir bekräftad som den unika personen kvinnan är, kan vara en väsentlig del i möten med sjukvårdspersonal. Kvinnorna kan därmed uppleva sig som mindre värdefulla där en känsla av minskad identitet har uppkommit (Gulliksen et al., 2012; Smith et al., 2014). En del kvinnor uttrycker vikten av att bemötandet inte enbart ska inrikta sig på den fysiska återhämtningen som att återuppta kroppsvikten samt att återgå till ett normalt ätande. Vidare medför det att kvinnorna kan uppleva brist på empati och förståelse från sjukvårdspersonalen gällande deras egentliga problem. För kvinnorna är det mer betydelsefullt att få uttrycka sina upplevelser, funderingar och känslor i möten med sjukvårdspersonal där sjukvårdspersonalen ser hela kvinnan och inte enbart sjukdomen (SBU, 2019). Paching och Lawler (2009) menar att vidare kvalitativ forskning bör genomföras för att öka förståelsen för kvinnorna i möten med sjukvårdspersonal. Genom att sjukvårdspersonalen förstår vikten av medkännande, stödjande och upplevelsen av möten vid AN bidrar det med ovärderliga insikter för hur sjukvårdspersonalen ska arbeta och möta kvinnorna (Paching & Lawler, 2009).

Kvinnor kan i möten även uppleva stödet från sjukvårdspersonal som en svårighet. Vidare kan det medföra en ogynnsam relation mellan parterna vilket kan skapa en besvikelse hos

kvinnan. Innebörden av att bygga ett förtroende och skapa en relation i möten är av stor betydelse (Smith et al., 2014). I möten har relationen mellan kvinnan och sjukvårdspersonalen en stor inverkan på kvinnans upplevelser av möten och kan avspegla hur kvinnan upplever sin situation. En förutsättning för att en god relation skapas i möten är respekt och acceptans mellan parterna, vilket kan göra att kvinnan känner sig mer aktivt involverad. Delaktighet i vårdprocessen kan förutom att stärka relationen även motivera till ett ändrat beteende och därmed kan ett förtroende skapas (Sly et al., 2014). Dessutom menar Smith et al. (2014) att förtroendet är en viktig beståndsdel i möten för att en tillförlitlig relation mellan sjukvårdspersonal och kvinnan ska skapas och bevaras.

## Teoretiskt referensram

Studien har ett omvårdnadsvetenskapligt perspektiv som utgångspunkt.

Omvårdnadsvetenskapen sätter personen i centrum med strävan att ge stöd och stärka personens hälsa. Vårdande möten grundar sig i personens upplevda erfarenheter av sin sjukdom och kommer därför tillämpas som underlag i studien med syfte att öka förståelsen för kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal (Dahlberg & Segesten 2010).

### *Vårdande möten*

En vårdrelation med vårdande potential kan innefatta både ett kortare och längre möte mellan personen och sjukvårdspersonalen förklarar Dahlberg och Segesten (2010). Oavsett relationens omfattning är avsikten att utforma vårdande möten. Vårdande möten karaktäriseras av att sjukvårdspersonalen inger ett vänligt ansiktsuttryck och möter personens blick. På så sätt blir vårdrelationen mer inbjudande. Personens reaktion på inbjudan kan vara lika avgörande för mötets utformning som sjukvårdspersonalens inbjudan. Minskad energi och välbefinnande kan uppkomma om sjukvårdspersonalen verkar oengagerade och går för fort fram i möten. Vårdande möten handlar om att det finns ett ömsesidigt engagemang där båda parterna är aktiva samt att det finns ett ömsesidigt förtroende. I vårdande möten ska sjukvårdspersonal eftersträva en följsamhet och öppenhet för att förstå personens berättelser. Genom att förstå personens berättelser kan det utforma en individanpassad vård (Dahlberg & Segesten, 2010). Hos kvinnor med AN kan vårdande möten vara av stor betydelse. Det är betydelsefullt att båda parter respekterar och accepterar varandra samt är delaktiga. Vidare kan det medföra att en tillit skapas till sjukvårdspersonalen (Sly et al., 2014).



## Problemformulering

I möten med sjukvårdspersonal kan yngre kvinnor med AN uppleva sig som mindre värdefulla där en känsla av identitet minskar samt att de blir associerade med sin sjukdom istället för den unika person de är (Gulliksen et al., 2012; Smith et al., 2014). Studier visar att kvinnorna kan uppleva brist på förståelse från sjukvårdspersonalen. De uppger således vikten av en bred kunskap och en förståelse (Graham et al., 2019; Rance, Clarke, et al., 2017; SBU, 2019). En ökad förståelse för kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal kan ge en värdefull kunskap. Genom att sjukvårdspersonalen förstår vikten av medkännande, stödjande och upplevelsen av möten vid AN kan det bidra med ovärderliga insikter för hur sjukvårdspersonalen fortsättningsvis ska arbeta och möta de yngre kvinnorna (Paching & Lawler, 2009). Studien kommer därför beskriva yngre kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal. Vilket kan bidra till en djupare förståelse för kvinnorna och därmed kan den nya kunskapen utgöra möjligheten för att främja en individanpassad vård.

## Syfte

Syftet var att beskriva yngre kvinnor med Anorexia Nervosas upplevelser av möten med sjukvårdspersonal.

## Metod

### Design

För att svara på studiens syfte tillämpades en kvalitativ metod med en induktiv ansats baserad på fem patografier. En kvalitativ metod utgår enligt Henricson och Billhult (2017) från ett helhetsperspektiv, med avsikt att beskriva personens egna upplevelser. En upplevelse kan inte beskrivas som en direkt eller fullständig sanning men den kan inte heller anses som felaktig (Henricson & Billhult, 2017). Patografier utgår ifrån personens egna upplevelser. Avsikten med patografier är att ta del av personens upplevda erfarenheter. Således kan analys av patografier ge betydelsefull kunskap (Dahlborg- Lyckhage, 2017). En induktiv ansats användes i studien för att besvara studiens syfte som hade personens upplevelser som utgångspunkt. Induktiv ansats kännetecknas enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) av att finna samband i ett material och betyder att en förutsättningslös analys av texterna genomförs som är grundade i personens upplevda berättelser.

## Urval

För att finna patografier som var svarade på studiens syfte har inklusions- och exklusionskriterier använts. Inklusionskriterierna var patografier, dessa skulle vara skrivna av yngre kvinnor vilket definierades av Wentz (2014) som en ålder mellan 15–24 år (Wentz, 2014). Andra inklusionskriterier var att de yngre kvinnorna med AN själva skulle skrivit patografierna. De skulle också vara diagnostiserade med AN. För att minimera risken för feltolkning valdes patografier skrivna på svenska. Patografierna skulle beskriva yngre kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal. Vidare var en inklusionskriterier att patografierna skulle vara skrivna från år 2014 till 2020. Patografier där andra ätstörningssjukdomar än AN ingick exkluderades, likaså de med samsjuklighet.

## Datainsamling

För att finna patografier som kunde svara på studiens syfte användes Libris (Library information system) som är en av det mest omfattande sökregister i Sverige (Karlsson, 2017). I Libris databas finns det cirka sju miljoner titlar. Libris uppdateras varje dag (Libris, u.å). Det fanns ingen möjlighet att läsa patografiernas sammanfattning på Libris. Därför söktes de upp i Adlibris och Bokus där sammanfattningen lästes för att sedan bedömas utifrån inklusionskriterierna. Genom att använda tecknet \* framgår sökningar med trunkering enligt Karlsson (2017). Trunkering avser att det går att söka på samtliga ord som bygger på samma grund (Karlsson, 2017). Trunkering användes då Anorexia även benämns som Anorexia Nervosa.

I första sökningen användes sökordet Anorexia\*. Avgränsningen genomfördes med böcker på svenska samt skrivna från år 2014 för att passa in på inklusionskriterierna. Sökningen gav 31 träffar varav en var dubblett. Samtliga lästes på rubriknivå där 13 patografier exkluderades på grund av att de inte var skrivna av personen själv eller facklitteratur. Resterande 17 patografier lästes sammanfattningen på i Adlibris och Bokus, där elva patografier sedan exkluderades på grund av att det var skönhetslitteratur eller att patografierna kombinerades med andra ätstörningar. Första sökningen resulterade i sex patografier som stämde överens med studiens inklusionskriterier. En andra sökning genomfördes med sökorden Anorexia\* och Kvinnor. Därefter gjordes en avgränsning till böcker skrivna på svenska samt årtal från år 2014. Vilket resulterade i tre träffar. Patografierna lästes på rubriknivå där två stycken exkluderades på grund av facklitteratur. En patografi lästes sammanfattningen på och

exkluderades för att det framkom samsjuklighet. Ingen av de tre patografierna i andra sökningen stämde överens med studiens inklusionskriterier och exkluderades.

En tredje sökning gjordes med sökorden Anorexia\* och Patografi. Sökningen gav två resultat efter avgränsning till böcker skrivna på svenska samt årtal från år 2014. Rubriker och sammanfattningar lästes på samtliga patografier. Ingen av patografierna stämde överens med inklusionskriterierna och därmed inte heller studiens syfte och exkluderades. En fjärde och sista sökning gjordes i Libris med sökorden Anorexia\* och Självbiografi vilket resulterade i elva träffar efter avgränsning till böcker skrivna på svenska och årtal från år 2014. Samtliga elva patografier lästes på rubriknivå varav tre exkluderades eftersom de inte svarade på studiens syfte. Resterande åtta patografier lästes sammanfattningen på. Av dessa åtta patografier var det tre patografier som stämde överens med studiens inklusionskriterier. Samtliga tre patografier i fjärde sökningen framkom även i första sökningen, därav tillkom inte några nya patografier i den fjärde sökningen.

Genom de avgränsningar som gjordes i Libris var det sex stycken patografier som valdes ut utifrån studiens inklusionskriterier. I samband med att patografierna lästes framkom kombination av annan ätstörning än AN, vilket gjorde att en av patografierna exkluderades. Slutligen resulterade det i att fem patografier inkluderades i studiens resultat, se tabell 1.

Tabell 1. Sökning i Libris

| Sökord                      | Sökdatum   | Avgränsning                       | Sökresultat           | Antal lästa titlar, årtal, författare | Lästa sammanfattningar | Valda och lästa patografier | Inkluderade patografier i studien                               |
|-----------------------------|------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|------------------------|-----------------------------|---|
| Anorexia*                   | 2020-04-22 | Böcker skrivna på svenska+årtal   | 31 st<br>(1 dubblett) | 31 st<br>(1 dubblett)                 | 17 st<br>(1 dubblett)  | 6 st                        | 5 st  |
| Anorexia* och Kvinnor       | 2020-04-22 | Böcker skrivna på svenska + årtal | 3 st                  | 3 st                                  | 1 st                   | 0 st                        | 0 st  |
| Anorexia* och Patografi     | 2020-04-22 | Böcker skrivna på svenska+ årtal  | 2 st                  | 2 st                                  | 2 st                   | 0 st                        | 0 st  |
| Anorexia* och Självbiografi | 2020-04-22 | Böcker skrivna på svenska+ årtal  | 11 st                 | 11st                                  | 8 st                   | 3 st                        | 3 st<br><br>(Samtliga 3 patografier framkom i första sökningen) |

*Beskrivning av patografier*

Titel: *Kenneths Marionett: min kamp mot anorexin*

Författare: Malin Lagerstedt

Publicerad: år 2015

Sidantal: 382

Beskrivning av innehållet: 16 åriga Malin fastnar i anorexins hårda grepp och börjar svälta sig själv. Hon berättar om hennes väg tillbaka från sjukdomen och hur hon upplevde olika möten med sjukvårdspersonal inom olika vårdenheter.

Titel: *Min sanning: kampen mot Anorexia Nervosa*

Författare: Hilma Årestedt

Publicerad: år 2019

Sidantal: 149

Beskrivning av innehållet: Hilma diagnostiseras med Anorexia Nervosa i tonåren. I boken får läsaren följa Hilmas resa i kampen mot sin ätstörning, hennes möten med sjukvårdspersonal och känslorna som uppkommer i samband med sjukdomen. Hilma kämpar än idag med att bli frisk från sin Anorexia Nervosa.

Titel: *Viktig*

Författare: Terese Alvé

Publicerad: år 2017

Sidantal: 265

Beskrivning av innehållet: Som 19 åring drabbas Terese av Anorexia Nervosa. Hon beskriver hennes kamp mot sjukdomen och hur den var nära att kosta henne livet. I boken beskriver Terese hur mötena med sjukvårdspersonalen på en ätstörningsklinik påverkade henne mot ett friskare liv.

Titel: *Näringsrik*

Författare: Hanna Grinneby

Publicerad: år 2018

Sidantal: 129

Beskrivning av innehållet: När Hanna var 15 år drabbades hon av Anorexia. I boken får läsaren följa Hanna, där hon beskriver livet med Anorexia i samband med att hon har kontakt

med Ätstörningsenheten. I boken berättar hon om vilka utmaningar hon tvingades ställas inför och hur hon sedan kunde lägga ätstörningen bakom sig.

Titel: *Det är för att du är så tjock*

Författare: Johanna Orup och Jacob Stenberg

Publicerad: år 2014

Sidantal: 106

Beskrivning av innehållet: Johanna beskriver sin kamp mot Anorexia Nervosa som hon i tonåren insjuknar i. Möten med olika professioner blev en stor del av Johannas liv under de 12 år som hon var sjuk.

## Analys

För att besvara studiens syfte har patografierna analyserats med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017). Patografierna lästes igenom individuellt två gånger vardera för att få en helhetsbild av innehållet samt för att diskutera att patografierna uppfattats på ett liknande sätt. Vid andra genomläsningen av patografierna valdes meningsenheter ut och märktes upp med post it lappar för att sedan skrivas in i ett worddokument. Post it lapparna plockades bort och patografierna lästes igenom igen och meningsenheterna plockades ut på samma vis. Meningsenheterna kontrollerades och diskuterades gemensamt flera gånger för att bekräfta att de svarade på studiens syfte. Meningsenheterna fördes in i en tabell i ett worddokument. En meningsenhet är enligt Lundman och Hällgren Graneheim en meningsbärande del av texten som består av stycken, meningar eller ord som genom sitt innehåll har ett sammanhang. En meningsenhet som är lagom stor utgör grunden för analysen. Det är av vikt att meningsenheterna inte är för små för att tappa innebörden men inte heller för stora för att finna flera innebörder i meningsenheterna (Lundman & Hällgren Graneheim).

Gemensamt kondenserades meningsenheterna och betecknades därefter med en kod i tabellen i worddokumentet (Bilaga 1). Lundman och Hällgren Graneheim beskriver att kondensering syftar till att korta ner texten men samtidigt bevara det väsentliga av innehållet.

Kondenseringen skapar en kod, vilket beskrivs som en etikett på meningsenheten. Etiketten ger en kort förklaring på meningsenhetens innehåll (Lundman och Hällgren Graneheim).

Koderna diskuterades ett flertal gånger för att säkerställa att de stämde överens med meningsenheternas innehåll. För att enkelt kunna urskilja meningsenheterna mellan

respektive patografi fick de en enskild färg. Därefter skrevs de ut och meningsenheterna tillsammans med respektive kondensering och kod klipptes isär. Genom att placera koderna på golvet jämfördes de och på så sätt togs likheter och skillnader fram.

Koderna delades sedan in i kategorier och underkategorier. Kategorierna och underkategorierna diskuterades ett flertal gånger samt justerades för att koderna inte skulle passa in i flera kategorier. Lundman och Hällgren Graneheim menar att flera koder med motsvarande innebörd skapar en kategori där innehållet mellan de olika kategorierna skiljer sig åt. I en kategori kan en underkategori formos med en lägre abstraktionsnivå (Lundman och Hällgren Graneheim). Fram till underkategorierna tillämpades ett manifest förhållningssätt, därefter användes ett latent förhållningssätt. Lundman och Hällgren Graneheim förklarar att den kvalitativa innehållsanalysen utgår från ett manifest och latent förhållningssätt. Det manifesta förhållningssättet innebär att arbeta textnära och ta fram det som tydligt framgår i texten. Det latent förhållningssättet handlar om att läsa mellan raderna och därmed se den underliggande innebörden i texten. Utgångspunkten vid en kvalitativ innehållsanalys är att ta fram skillnader och likheter av textens innehåll.

## Etiska överväganden

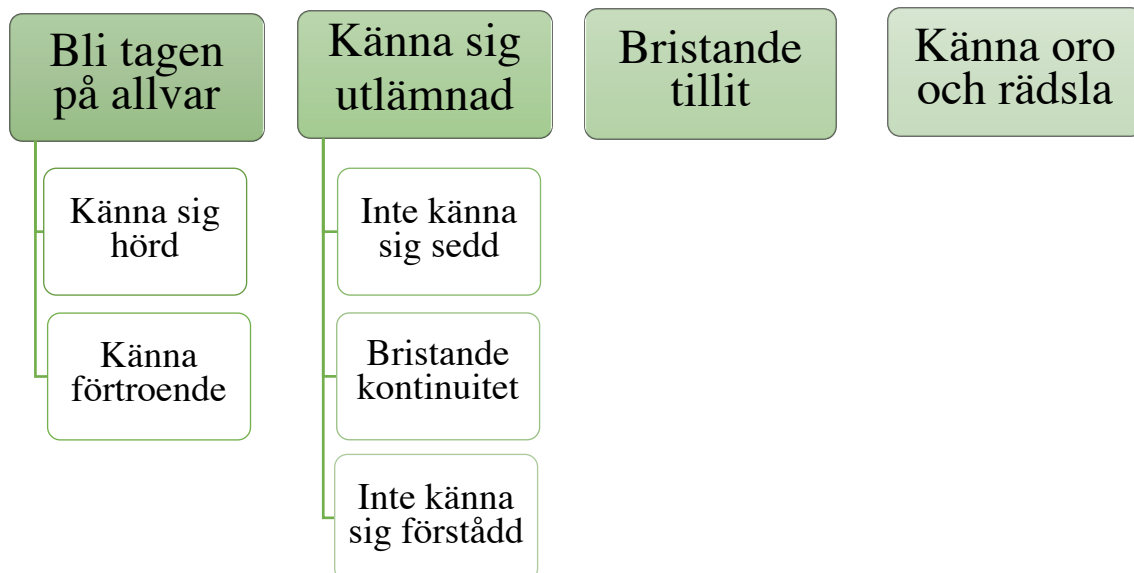
Helsingforsdeklarationen har utvecklats av World Medical Association (WMA) som ett utlåtande av etiska principer vid studier som innefattar mänskligt deltagande (World Medical Association [WMA], 2020). Det finns fyra etiska principer som ligger till grund för att främja personers rättigheter, välbefinnande och säkerhet i all forskning. Människovärdesprincipen innefattar människors lika värde oavsett personliga förutsättningar. Principen kompletteras vanligtvis med autonomiprincipen som innebär att personen har rätt till självbestämmande där personens åsikter ska respekteras. Deltagandet i studien ska vara av egen fri vilja och personen ska när som helst kunna avbryta sitt deltagande (Kjellström, 2017). Patografierna i studien var publicerade i Libris databas, vilket innebar att böckerna enligt Upphovsrättslagen (SFS 1960:729) är offentliggjorda och därmed åtkomliga för allmänheten. Med hänsyn till författarnas beskrivning av deras egna upplevelser ska texten användas på ett värdigt sätt för att förhindra att innehållet förvrängs och för att visa respekt mot författarna (Upphovsrättslagen, SFS 1960:729). I studien har kvinnorna inte själva valt att delta och därför fanns ingen möjlighet att avbryta sitt deltagande. Den insamlade data har därför behandlats med värdighet och respekt.

Rättvisprincipen innebär att samtliga deltagare i studien behandlas likvärdigt (Kjellström, 2017). Valet av patografierna gjordes utifrån studiens syfte och beaktades genom rättvisprincipen. Därmed anses patografierna behandlas likvärdigt. Göra gott principen innebär enligt Kjellström (2017) att nyttan med studien ska överstiga risker, samt att inte skada (Kjellström, 2017). I studien har målet varit att få en djupare förståelse för yngre kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal. Förhoppningen med studien är att en ökad förståelse kan tillföra en förbättring och utveckling av en individanpassad vård. Vilket kan medföra både nytta för sjukvårdspersonal men även för de yngre kvinnorna med AN.

## Resultat

Utifrån yngre kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal framkom fyra huvudkategorier som benämndes som: *Bli tagen på allvar*, *Känna sig utlämnad*, *Bristande tillit* och *Känna oro och rädsla*. De fyra huvudkategorierna skapades genom underkategorierna: *Känna sig hörd*, *Känna förtroende*, *Inte känna sig sedd*, *Bristande kontinuitet*, *Inte känna sig förstådd* (Figur 1).

Figur 1. Huvudkategorier och underkategorier



## Bli tagen på allvar

Bli tagen på allvar handlar om de yngre kvinnorna med ANs upplevelser av att möta sjukvårdspersonal som var intresserade av att lyssna till kvinnornas berättelser. Kvinnorna upplevde även att förtroendet skapade förutsättningar i möten med sjukvårdspersonal. Kategorin beskrivs genom underkategorierna känna sig hörd och känna förtroende.

### *Känna sig hörd*

Yngre kvinnor med AN upplevde att de kände sig hörda genom att sjukvårdspersonal visade ett genuint intresse till att lyssna till deras berättelser och upplevelser. Genom att kvinnorna kände sig hörda skapades en känsla av att sjukvårdspersonal var där i syfte för att hjälpa dem. Kvinnorna uppskattade i många fall mötena med sjukvårdspersonalen där de upplevde att de både blev hörda, förstådda och tagna på allvar. En känsla av att vara sedd och hörd stärktes genom att kvinnorna kände förståelse från sjukvårdspersonalen. De yngre kvinnorna upplevde att sjukvårdspersonal hade förståelse för dem som personer och inte enbart förståelse för sjukdomen. Genom en förståelse från sjukvårdspersonalen upplevde kvinnorna att de blev tagna på större allvar. En känsla av att bli tagen på allvar ökade när kvinnorna kunde se att sjukvårdspersonalen visade känslor i form av att få tårfyllda ögon och att de visade sig berörda. När sjukvårdspersonalen visade sig berörda förundrades kvinnorna över hur seriösa sjukvårdspersonalen var. De förundrades även över hur sjukvårdspersonalen kunde uppfattat och bekräftat berättelserna gällande deras AN så rätt. Däremot upplevde de yngre kvinnorna att de togs på större allvar när de hade uppnått diagnoskriterierna för AN.

“Det är märkligt hur de kan ha tolkat allt så rätt och jag förundras över hur seriösa de är och att de tar mig på allvar. De har verkligen lyssnat på mig. Elvy är verkligen berörd!”

(Lagerstedt, 2015, s. 266).

### *Känna förtroende*

Upplevelsen av att känna förtroende skapades hos de yngre kvinnorna med AN genom att sjukvårdspersonalen ingav ett lugn och en trygghet i möten. Förtroendet stärktes framförallt när sjukvårdspersonal var trevliga men även när de var lätta att samtala med. Att ha ett kroppsspråk som var inbjudande till samtal där kvinnorna fick möta en vänlig blick skapade också ett förtroende. Genom att förtroendet växte sig allt starkare till sjukvårdspersonal kunde kvinnorna känna att ångesten och oron som de hade under möten dämpades. För att bygga ett förtroende upplevde kvinnorna att det var betydelsefullt att sjukvårdspersonal inte



lindade in något under möten. Att alltid säga som det var och att sjukvårdspersonalen var rakt på sak uppskattades. Förtroendet skapade en bra magkänsla hos dem yngre kvinnorna med AN. Förtroendet gjorde även att kvinnorna litade på det sjukvårdspersonalen uttryckte och sa i mötena. Därmed kunde kvinnorna tycka att det som uttrycktes i samtalen från sjukvårdspersonalen faktiskt hade en mening och att innebörden av vad de sa hade en betydelse. Vilket medförde att kvinnorna kunde förstå att sjukvårdspersonalen hade rätt om att AN faktiskt var en sjukdom. När ett förtroende hade skapats kunde kvinnorna uppleva att det fanns en lättnad i att lägga ansvaret i sjukvårdspersonalens händer. Förtroendet medförde att de yngre kvinnorna upplevde att det var skönt att någon annan tog sig an deras inre utmaningar i kampen mot AN.

”Hon var trevlig och det gick lätt att prata med henne” (Alvén, 2017, s. 58).

I möten upplevde dem yngre kvinnorna att det fanns ett förtroende till sjukvårdspersonalen samtidigt som de upplevde att sjukvårdspersonalen hade ett förtroende för dem. Därmed skapades en ömsesidig relation. I samband med att en relation succesivt byggdes upp kunde kvinnorna känna en tacksamhet till sjukvårdspersonalen. I vissa möten med sjukvårdspersonalen blev relationen och därmed förtroendet starkare. De yngre kvinnorna kunde uppleva att det var skönt att få prata med sjukvårdspersonal som de hade ett starkare band till och där relationen var djupare. I möten där det fanns en djupare relation kunde kvinnorna även uppleva att de kunde öppna upp sig och prata om sådant som de inte sa till andra i sjukvårdspersonalen eller till familjemedlemmar.

”...jag får ett stort förtroende för henne” (Årestedt, 2019, s. 59).

### Känna sig utlämnad

Känna sig utlämnad handlar om dem yngre kvinnornas upplevelser av att sjukvårdspersonalen ständigt bad dem upprepa sina berättelser och hur de blev bemötta med intensiva blickar. Kategorin beskrivs genom underkategorierna inte känna sig sedd, bristande kontinuitet och inte känna sig förstådd.

### *Inte känna sig sedd*

En blick var det som kunde krävas för att de yngre kvinnorna med AN skulle känna sig utlämnade och obekväma i möten med sjukvårdspersonal. Det var inte ovanligt att kvinnorna upplevde att sjukvårdspersonalen såg ner på dem med intensiva och allvarliga blickar. En känsla av att alla stirrade på dem i rummet kunde uppkomma, men även en känsla av att bli inspekterad på grund av blickarna som gavs. Även om de yngre kvinnorna satt och tittade ner i golvet under tystnad så kunde de uppleva att alla blickar var vända mot just dem. I undersökningsrummet kunde det under mötena förekomma att kvinnorna skulle väga sig framför sjukvårdspersonalen. De kunde då uppleva en känsla av att de fick besvikna ansikten riktade mot sig under samtalet om det var så att kontrollerna som hade tagits visade på negativa resultat som exempelvis om kvinnan hade gått ner i vikt.

“Ännu en gång satte vi oss i det där tråkiga samtalsrummet, med dem fula blå gardinerna, det runda bordet och ett gäng vuxna som såg ner på mig med intensiva blickar” (Grinneby, 2018, s. 48).

När de yngre kvinnorna skulle väga sig eller klä av sig framför sjukvårdspersonalen under möten kunde de känna sig utlämnade. Kvinnorna kunde beskriva det som att de hatade att gå i underkläder framför sjukvårdspersonalen men även en svår känsla av att sjukvårdspersonalen där och då såg hur tjocka kvinnorna var. Situationer där de gick i underkläder och fick visa hur deras kroppar såg ut upplevdes svåra för dem yngre kvinnorna.

”Då så, Malin, då tar vi väl en vikt nu då.” Maria reser sig och går bort till vågen. Jag börjar klä av mig under tystnad; det är kallt och jag huttrar till. Jag hatar att gå bara i underkläder framför Maria. (Lagerstedt, 2015, s. 81-82)

### *Bristande kontinuitet*

De yngre kvinnorna med AN kunde uppleva att sjukvårdspersonalen aldrig visste något om dem när de träffades. Vid återkommande möten fick kvinnorna förklara allt igen, om sig själva och om sitt tillstånd. När kvinnorna gång på gång kände att de fick upprepa sin berättelse kunde det uppleva att det inte fanns någon hållbar struktur mellan mötena. I samband med varje besök hos sjukvårdspersonalen kändes det därför som att det var första gången de var där. Känslan av att vara där för första gången var återkommande och något som de yngre kvinnorna tröttnade på. Även i samband med att de yngre kvinnorna mötte ny

sjukvårdspersonal fick de berätta exakt samma saker igen. Vilket kunde göra att de yngre kvinnorna med AN upplevde en känsla av att återigen gå igenom en krävande fas. En känsla av att blotta och utlämna sig själv uppstod. Att sjukvårdspersonalen inte visste någonting om kvinnorna blev därför en stark känsla som uppkom i möten.

De yngre kvinnorna kunde uppleva att sjukvårdspersonal inte alltid verkade vara uppdaterade om vad som skulle hända med kvinnorna i möten. Därmed kunde de yngre kvinnorna uppleva att det var svårt att tro att sjukvårdspersonalen arbetade som ett team för att om de hade arbetat som ett team så hade sjukvårdspersonalen haft mer kunskap om kvinnorna och därmed hade de inte behövt återberätta sina historier i möten. Trots att sjukvårdspersonalen ingick i det ätstörningsteam som hade hand om kvinnorna kunde kvinnorna uppleva att det kändes som om att sjukvårdspersonalen inte hade läst journalen ordentligt. Även en känsla av att alla pratade om kvinnan men att de faktiskt inte verkade veta någonting om henne var inte ovanligt. Vidare medförde det att kvinnorna kunde uppleva att sjukvårdspersonalen inte kände dem.

“Det kändes som att det enda jag gjorde i mitt liv var att berätta om mig och mitt tillstånd för en massa olika läkare, undersköterskor och andra vuxna. Jag började bli ganska trött på det” (Grinneby, 2018, s. 37).

#### *Inte känna sig förstådd*

Centrala delar i möten med sjukvårdspersonal var att de yngre kvinnorna med AN ofta kände sig oförstådda. Kvinnorna upplevde att sjukvårdspersonalen inte förstod varför de mådde dåligt, men även genom att sjukvårdspersonalen blandade in personer som inte kvinnorna ansåg finnas någon nytta med. Personerna som blandades in kunde vara specialister inom ätstörningsenheten. De yngre kvinnorna menade därmed på att specialisterna ändå inte skulle förstå hur de kände.

“Hon förstod ingenting” (Orup, 2014, s. 30).

De yngre kvinnorna kunde uppleva sig oförstådda när sjukvårdspersonalen talade om kvinnorna istället för med kvinnorna i möten. Det kunde upplevas som att alla i sjukvårdspersonalen var likadana, det vill säga att de inte förstod någonting. Känslan av att inte vara förstådd uppkom i samband med de blev fråntagna saker som var betydelsefulla och

som lyste upp deras vardag. Det som kvinnorna upplevde att de blev fråntagna var vanligtvis olika träningsformer. Flera gånger kunde kvinnorna uppleva att träningen var det enda som betydde någonting, det enda roliga att se fram emot och även det enda som de kämpade för. Att bli fråntagen dessa saker gjorde att de yngre kvinnorna kände sig ledsna, besvikna och upprörda i möten med sjukvårdspersonal. Vilket medförde en känsla av sjukvårdspersonalen hade huggit kvinnorna i hjärtat. Känslorna kunde beskrivas som att sjukvårdspersonalen tog kvinnornas hjärta, liv och glädje ifrån dem. Till följd av att de yngre kvinnorna upplevde att glädjen togs ifrån dem kunde en känsla tomhet uppstå.

”Det känns som att de tagit all glädje ifrån mig och här är jag kvar i en livlös kropp utan hopp. Det känns som att en bomb har sprängt bort hela mig och all min lycka” (Årestedt, s. 67).

### Bristande tillit

Gemensamt för de yngre kvinnorna var att det upplevde en bristande tillit hos sjukvårdspersonal i möten. Det första intrycket i möten hade betydelse för kvinnornas upplevelser av tilliten till sjukvårdspersonalen. Fanns inte någon tillit blev det en svårighet för kvinnorna att öppna upp sig för sjukvårdspersonalens frågor om deras djupaste tankar, känslor och mående kring sin sjukdom. Tilliten brast när kvinnorna gång på gång fick byta sjukvårdspersonal men även när de blev lovade saker som inte sjukvårdspersonalen kunde hålla eller stå fast vid. När tilliten brast så resulterade det även i att kvinnorna hade en svårighet att ta in det som sjukvårdspersonalen förmedlade. Vilket gjorde att kvinnorna inte längre kunde förstå vad som var det bästa för dem. I samband med att det inte byggdes upp någon tillit, förtroende eller vidare kontakt i möten kunde det medföra att kvinnorna inte ville återgå till samma sjukvårdspersonal igen.

De yngre kvinnorna kunde också uppleva att sjukvårdspersonalen endast sa saker för att vara snälla, istället för att säga som det var. Det kunde exempelvis handla om att sjukvårdspersonalen sa att kvinnan inte var tjock. Kvinnan kunde därmed uppleva att sjukvårdspersonalen ljög och att de inte var ärliga. Vilket skapade tankegångar hos kvinnan om att ingen skulle kunna lura henne. I möten med sjukvårdspersonal stärktes känslan av bristande tillit när de inte visade någon sympati eller när de uppträdde på ett okänsligt sätt.

“Men jag kunde inte lita på dem, jag kunde verkligen inte” (Grinneby, 2018, s. 39).

## Känna oro och rädsla

De yngre kvinnorna med AN upplevde i möten med sjukvårdspersonalen att känslor som oro och rädsla var återkommande. Det kunde finnas flera olika anledningar till att kvinnorna upplevde rädsla i möten. En av anledningarna var att kvinnorna kunde känna rädsla för att sjukvårdspersonalen skulle förlänga deras sjukskrivningstid, och därmed vågade inte kvinnorna berätta vad de kände. En annan anledning till att rädsla uppkom var att de yngre kvinnorna var rädda för vad sjukvårdspersonalen skulle tycka och tro om dem. Det uppkom även att kvinnorna upplevde rädsla över hur sjukvårdspersonalen i vissa fall kunde uttrycka sig och reagera i möten. Sjukvårdspersonalen kunde visa starka känslor i möten som framförallt kunde visa sig i desperation i deras agerande vilket skapade en rädsla hos de yngre kvinnorna.

I möten kunde de yngre kvinnorna uppleva rädsla och oro över att de skulle klara sig på egen hand när de visste att behandlingen började komma mot sitt slut och när mötena med sjukvårdspersonalen inte längre skulle pågå. De hade svårt att tro att de skulle klara att stanna i det skick de uppnått utan fortsatt stöd och hjälp från sjukvårdspersonalen. En upplevelse av att vara rädd för att säga vad de tyckte kunde även uppkomma i möten med sjukvårdspersonalen. Istället för att uttrycka sig valde de yngre kvinnorna att hålla tankar och känslor inom sig för att inte sjukvårdspersonal helt plötsligt skulle tro att kvinnorna ville bli friska.

“Jag blev rädd. Nog för att familjemedlemmar skrikit på mig, men att en utomstående visade så starka känslor var däremot ovant. Blicken fortfarande fäst i golvet” (Orup, 2014, s. 81).

Oro, rädsla och obehagskänslor uppkom i kroppen hos dem yngre kvinnorna i samband med beröring i form av massage eller undersökningar i möten. Bara tanken på att kvinnorna skulle undersökas gjorde att de satt på helspänn. Känslorna växte sig allt starkare parallellt med att ångesten blev mer påtaglig. Vanligtvis beskrevs det att tankar som oro kunde fortplanta sig i magen vilket gjorde att de yngre kvinnorna kände smärta i magen och illamående. Rädslan om vad som skulle hända under undersökningen blev en central del i kvinnornas tankegångar.

De yngre kvinnorna kände rädsla över att sjukvårdspersonalen skulle känna hur feta deras ben var. Vilket gjorde att en känsla av att vara äcklig vid beröring uppstod.

“Magdalena tar tag om mina vader och jag rycker till. Obehagskänslorna växer sig allt starkare; jag blir spänd i hela kroppen och får göra allt som står i min makt för att inte skrika högt” (Lagerstedt, 2015, s. 155-156).

## Diskussion

### Metoddiskussion

Studiens tillförlitlighet handlar om hur bra forskaren förklarar och stärker sina ställningstaganden under forskningsprocessens gång (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Syftet med studien var att beskriva yngre kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal. För att svara på studiens syfte valdes en kvalitativ metod baserad på patografier. Valet av metod styrks av Dahlborg- Lyckhage (2017) eftersom den kvalitativa metoden utgår ifrån personens egna upplevelser. Patografier där personen delar med sig av sina egna värderingar och tankar kan beskrivas som en styrka, eftersom det ökar trovärdigheten i studien och dess resultat (Dahlborg- Lyckhage, 2017). En svaghet med patografier skulle kunna vara att vissa av patografierna var skrivna några år efter att kvinnorna blivit friskförklarade. Därmed kunde upplevelser i möten förändrats och vissa saker kunde glömts.

Andra sätt som kunde användas för att samla in data till studien hade varit genom vetenskapliga artiklar eller intervjuer. En nackdel med att tillämpa vetenskapliga artiklar kunde vara att texten redan var analyserad. Kristensson (2014) förklarar att tillförlitligheten minskar genom att använda tidigare analyserade data. Därav ansågs patografier i föreliggande studie vara mer tillförlitliga eftersom det var en primärkälla och därmed kvinnornas egna ord. Intervjuer skulle kunnat ge en djupare förståelse genom att kvinnorna hade kunnat svara mer utförligt på frågor och även för att kunna svara på följdfrågor. Intervjuer var dock inte tillåtet på högskolan. För att analysen skulle ske så förutsättningslöst som möjligt bedömdes en induktiv ansats som relevant. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) menar att en deduktiv ansats kunde resulterat i att resultatet blivit mer styrt av en teori.

Föreliggande studies resultat skulle kunna vara överförbart till sjuksköterskor för att öka förståelsen för de yngre kvinnornas upplevelser av möten med sjukvårdspersonal. Vilket enligt Paching och Lawler (2009) möjliggör för hur sjukvårdspersonal skulle kunna arbeta och möta kvinnorna. Överförbarhet kan beskrivas i vilken omfattning resultatet kan överföras till andra sammanhang enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017). Genom tydlig beskrivning av metodavsnittet i studien har förutsättningar skapats för läsaren hur vidare resultatet går att överföra till andra sammanhang eller inte. Urvalet utgick från att patografierna skulle vara skrivna av yngre kvinnor med AN. Anledningen till att studien fokuserade på enbart kvinnor och inte män beror på att kvinnor utgör majoriteten av dem som är drabbade (SBU, 2011). Om studien även hade inkluderat män hade det kunnat resultera i ett annat resultat. Vanligtvis insjuknar kvinnorna när de är unga (Wentz, 2014). Därför valdes yngre kvinnor som en inklusionskriterier. Inkludera patografier på andra språk än svenska hade kunnat resultera i fler patografier och i ett annat resultat.

Vid datainsamlingen ansågs Libris vara en tillräcklig sökmotor för att söka fram patografier. Karlsson (2017) styrker det genom att Libris är den mest innehållsrika bibliotekskatalogen. Sökordet självbiografi användes vid datainsamlingen i studien för att inte förlora datamaterial som hade kunnat svara på studiens syfte. Sökningarna och sökorden bedömdes tillräckliga då sökningarna till slut visade på samma sökresultat. Under datainsamlingens gång fick utgivningsåren ändras då det inte framkom tillräckligt många patografier som kunde svara på studiens syfte. Ursprungligen var utgivningsåren mellan år 2015 till 2020.

Sammanfattningen av patografierna lästes på Adlibris och Bokus där det framkom samsjuklighet i patografin *Det är för att du är så tjock*. Patografin inkluderades ändå eftersom samsjukligheten endast var en liten del av innehållet och vid de tillfällen som kvinnan var i möten med sjukvårdspersonal kunde det tydligt urskiljas om hon var där för sin AN eller på grund av samsjuklighet. Det framkom även att patografin *Det är för att du är så tjock* inte enbart var skriven utav kvinnan själv utan hon hade en medförfattare. Däremot utgick patografin endast från kvinnans upplevelser och valdes att inkluderas. När sammanfattningarna lästes på Adlibris och Bokus framgick det inte tydligt i tre av de inkluderade patografierna att kvinnorna skulle beskriva möten med sjukvårdspersonal. Däremot framkom det i sammanfattningarna att kvinnorna skulle beskriva sin resa och kamp genom sjukdomen. Därför valdes även dessa tre patografier att läsas i sin helhet för att se om

patografierna innehöll de yngre kvinnorna med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal. När patografierna lästes i sin helhet framkom det att kvinnan i en av patografierna självdiagnostiserade sig med ortorexia nervosa. Patografen valdes därför bort eftersom det var svårt att urskilja om kvinnans upplevelser av möten med sjukvårdspersonal var i samband med sin AN eller ortorexi nervosa.

Ur dem valda patografierna varierade sjukdomstiden och därmed hade deltagarna olika erfarenheter från möten med sjukvårdspersonal i samband med sin AN vilket kunde öka giltigheten i studien. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) menar att studiens giltighet ökar om deltagarna har olika mycket erfarenhet.

En kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) bedömdes vara lämplig för att hantera en större textmassa. Däremot hade narrativ analys kunnat ses som den mest användbara analysformen vid berättelser (Jonsson, Nyman & Josephsson, 2017). Valet av kvalitativ innehållsanalys styrks genom att det fanns ett tydligare utformat tillvägagångssätt där stegen var enklare att följa och utformade på ett mer pedagogiskt sätt. Samtliga steg i analysprocessen genomfördes gemensamt. Det fördes en diskussion i samtliga steg vilket kan ses som en styrka. En svårighet med patografier var att det var mycket text att analysera. Meningsenheterna i patografierna varierade där vissa av patografierna innehöll fler meningsenheter än andra. För att få tillräckligt med meningsenheter valdes fem patografier ut. Meningsenheterna placerades in i ett worddokument som var till hjälp när diskussioner återigen genomfördes av meningsenheterna. Dokumentet underlättade genom att enkelt kunna dela på meningsenheterna där det under diskussioner kunde framkomma flera olika innebörder.

Något annat som underlättade i analysprocessen var att skriva ut och klippa isär samtliga meningsenheter med kondensering och koder för att enkelt kunna lägga dem i olika högar. I analysprocessen var en svårighet att sätta underkategorier och kategorier med anledning av att vissa av koderna var lika varandra. Processen när koderna placerades i olika högar på golvet gjordes om ett flertal gånger för att de inte skulle passa in i flera olika kategorier. En ytterligare svårighet var att se sammanhanget i underkategorier och hur de kunde skapa huvudkategorier. Därför justerades kategorierna flera gånger. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) förklarar att tillförlitligheten i ett resultat kan stärkas om två personer analyserar materialet. Genom att tabeller användes för att visa exempel på analysförfarandet



samt att citat i resultatdelen användes kunde öka tillförlitligheten i studien. Vilket styrks av Kristensson (2014) som förklarar att tabeller och citat kan öka tillförlitligheten.

Etiska överväganden har diskuterats i samband med att studien genomförts. Genom att respektera kvinnornas egna ord i patografierna togs hänsyn till deras värdighet, vilket beaktades genom att arbeta så textnära som möjligt. Det styrker även Kjellström (2017) som menar att personens värdighet bevaras i samband med att respektera personens egna ord. I genomförandet av studien har upprepade handledningstillfällen genomförts där både handledare och medstudenter genomgående diskuterat den föreliggande studiens process, vilket kan öka trovärdigheten i studien. Henricson (2017) menar att trovärdigheten stärks med hjälp av diskussioner med utomstående.

Det fanns en viss förförståelse innan studiens början, genom både privata- och yrkeserfarenheter. Förförståelse skulle kunna haft en inverkan på resultatet, men genom att medvetet sätta förförståelsen åt sidan har ett neutralt synsätt tillämpats under hela studien. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) menar att förutom att sätta förförståelse åt sidan är det av vikt att det finns distans mellan forskarna och ämnet som studeras.

## Resultatdiskussion

I resultatet i föreliggande studie framkom det att yngre kvinnor med AN hade både negativa och positiva upplevelser av möten med sjukvårdspersonal. Ett utmärkande fynd var att de yngre kvinnorna med AN kunde uppleva att de blev tagna på allvar. Vilket kunde visa sig i att ett förtroende skapades i mötena med sjukvårdspersonalen. Förtroendet skapades framförallt genom sjukvårdspersonalens lugna och trygga intryck samt deras inbjudande kroppsspråk. Ett förtroende kunde även uppstå när kvinnorna fick möta en vänlig blick från sjukvårdspersonalen. Sly et al. (2014) framhäver att relationen som uppstod mellan kvinnan och sjukvårdspersonalen kunde ha en stor inverkan på kvinnans uppfattning av möten. Vilket överensstämmer med Dahlberg och Segesten (2010) som också menar att uppfattningen kvinnan kunde få av sjukvårdspersonalen speglade hennes upplevelser av det vårdande mötet. Ett vårdande möte kunde framförallt uppnås genom att kvinnan möttes av ett tillmötesgående ansiktsuttryck och en vänlig blick från sjukvårdspersonalen.

I resultatet framkom det att när ett förtroende fanns mellan kvinnan och sjukvårdspersonalen kunde en ömsesidig relation skapas. När ett förtroende utformats kunde de yngre kvinnorna

uppleva en befrielse i möten med sjukvårdspersonal genom att lägga över ansvaret till dem. Vilket ligger i linje med Smith et al. (2014) som menar att förtroendet hade en stor betydelse för att en relation mellan kvinnorna och sjukvårdspersonalen skulle kunna skapas. Däremot menar Pemberton och Fox (2013) att förtroendet inte alltid fanns mellan kvinnorna och sjukvårdspersonal i möten. Vilket grundade sig i en känsla av att de kunde uppfatta varandra på ett negativt sätt och därmed uppkom en svårighet i att skapa ett förtroende (Pemberton & Fox, 2013).

I resultatet i föreliggande studie framkom det att de yngre kvinnorna med AN beskrev hur deras ångest och oro under mötena minskade när förtroendet växte sig starkare för sjukvårdspersonalen. Ett förtroende kunde möjliggöra att de yngre kvinnorna vågade öppna upp sig i möten med sjukvårdspersonal. Rance, Moller och Clarke (2017) styrker att ett förtroende kunde vara av betydelse för att kvinnorna skulle våga delge sina djupaste tankar. Även Svensk sjuksköterskeförening (2016) menar att förtroendet skapade förutsättningar för att personen skulle våga dela med sig av sina egna upplevelser. Utgångspunkten för att kunna skapa ett förtroende i möten uppnåddes genom att sjukvårdspersonalen visade på omtanke, ärlighet och acceptans gentemot personen. Förtroendet grundades i en ömsesidig relation i möten (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Dahlberg och Segesten (2010) framhäver att en ömsesidig relation mellan kvinnan och sjukvårdspersonalen var av betydelse för att vårdande möten kunde skapas. Det var även av vikt att det fanns ett förtroende från båda sidor.

Ett ytterligare utmärkande fynd som framkom i föreliggande studies resultat var att de yngre kvinnorna med AN kunde uppleva att de kände sig utlämnade i möten. Vilket kunde visa sig i att sjukvårdspersonal inte var pålästa i möten med kvinnorna. Kvinnorna kunde få en känsla av att sjukvårdspersonal inte hade läst journalen eller att de inte var speciellt insatta i kvinnornas situation. För kvinnorna blev det en krävande fas att i möten återkommande behöva berätta om sina tillstånd. Vilket ligger i linje med Smith et al. (2014) som påtalar att yngre kvinnor kunde få en känsla av att stödet i möten med sjukvårdspersonal kunde upplevas som en svårighet. Relationen mellan kvinnorna och sjukvårdspersonalen kunde bli bristande och därmed kunde en besvikelse skapas hos kvinnorna i möten. Även Gulliksen, Nordbø, Espeset, Skårderud och Holte (2015) styrker att yngre kvinnor med AN kunde känna sig besvikna över hur sjukvårdspersonalen uppförde sig och pratade med kvinnorna i möten. Kvinnorna kunde därmed uppleva att sjukvårdspersonal uppförde sig på ett respektlöst sätt och en känsla av att inte bli tagen på allvar kunde uppstå. Vid bristande kontakt och dialog i

möten med sjukvårdspersonal kunde det leda vidare till att kvinnorna höll tillbaka sina känslor och tankar och inte ville ha fortsatt hjälp av sjukvården (Gulliksen et al., 2015).

I resultatet framkom det att de yngre kvinnorna med AN kunde uppleva att de vid upprepande tillfällen fick återberätta samma saker igen. Vilket kunde upplevas som en svårighet och en känsla av att vara utlämnad kunde uppstå. Det blev framförallt tydligt när kvinnorna i möten fick träffa ny sjukvårdspersonal. Vilket överensstämmer med Fox och Diab (2015) som menar att bristande kontinuitet i möten kunde skapa förtvivlan hos kvinnorna med AN. Ett ogynnsamt förhållningssätt från sjukvårdspersonal kunde bidra till att en svår känsla uppstod hos kvinnorna. Därmed kunde kvinnorna känna sig utanför i möten med sjukvårdspersonal (Fox & Diab, 2015). Dahlberg och Segesten (2010) framhäver att förutsättningar för vårdande möten är att båda parter är aktiva och att det finns ett engagemang från både sjukvårdspersonal men även kvinnans sida. Brister engagemanget kan det göra att kvinnan upplever minskat välbefinnande vilket kan leda till att det vårdande mötet blir bristfälligt (Dahlberg & Segesten, 2010).

Ett annat fynd som förekom i resultatet när de yngre kvinnorna med AN upplevde att de kände sig utlämnade i möten var att de inte kände sig förstådda av sjukvårdspersonalen. Att kvinnorna kände sig oförstådda blev väsentliga när de upplevde att sjukvårdspersonalen talade om dem inte med dem. Detta ligger i linje med tidigare studier som visat att kvinnor med AN inte kände sig förstådda i möten med sjukvårdspersonal (Graham et al., 2019; Rance, Clarke, et al., 2017; SBU, 2019). I resultatet framkom det att känslor av besvikelse och att vara upprörd skapades hos dem yngre kvinnorna med AN. Känslorna skapades framförallt när kvinnorna inte blev förstådda av sjukvårdspersonalen och även när de blev fråntagna det som var av betydelsefullt för dem. Således menar Rance, Clarke et al. (2017) att kvinnor med AN även kan känna sig ensamma i samband med brist på förståelse i möten. Däremot menar Pemberton och Fox (2013) att kvinnorna kunde ta på sig skulden av att de kände sig oförstådda i möten genom att de intalade sig att det sjukvårdspersonalen uttryckte förmodligen inte var tänkt på det sättet. Därmed kunde kvinnorna uppleva att de själva hade tolkat sjukvårdspersonalens ord på fel sätt och därför de kände sig oförstådda (Pemberton och Fox (2013).

I resultatet framkom det att de yngre kvinnorna med AN kunde uppleva att sjukvårdspersonal i möten inte kunde förstå varför kvinnorna mådde dåligt. Higbed och Fox (2010) bekräftar

även att kvinnorna i deras studie kunde uppleva en känsla av att vara oförstådda, vilket framförallt uppstod när sjukvårdspersonal inte bekräftade kvinnornas tankar och känslor. Vidare menar Dahlberg och Segesten (2010) att en förutsättning för att kunna förstå personens berättelser bör sjukvårdspersonal tillämpa följsamhet och öppenhet i vårdande möten. Förstår sjukvårdspersonalen personens berättelser möjliggör det att en individanpassad vård kan skapas (Dahlberg & Segesten, 2010). Även Svensk sjuksköterskeförening (2017) påvisar att en förutsättning för att kunna skapa vårdande möten med personen är att sjukvårdspersonal möter med ett öppet sinne och förmedlar medkänsla och respekt. Vilket ligger i linje med Marchant och Payne (2002) som menar att en förutsättning för att kvinnor med AN skulle våga tala mer öppet om sina problem var att sjukvårdspersonalen visade medkänsla men även förståelse i möten. Kvinnorna kunde uppleva att det fanns en större förståelse hos sjukvårdspersonalen om de hade egna personliga upplevelser av AN men även när sjukvårdspersonal hade bred kunskap om området (Marchant & Payne 2002).

## Slutsats

Studiens resultat visar att yngre kvinnor med AN kan uppleva att de blir tagna på allvar vilket blir tydligt när sjukvårdspersonalen är lyhörda och intresserade till att lyssna till kvinnornas berättelser, men även när sjukvårdspersonal möter kvinnorna med en god attityd. En god attityd kan resultera i att de yngre kvinnorna känner sig sedda och att ett förtroende skapas till sjukvårdspersonalen. Det framkom även att de yngre kvinnorna kan uppleva att de känner sig utlämnade. Känslan uppstår framförallt när kvinnorna får upprepa sina berättelser, vilket gör att de känner sig utanför och oförstådda. Det är därför av vikt att sjukvårdspersonal har mer kunskap gällande yngre kvinnor med ANs upplevelser i möten för att kunna bekräfta deras känslor. Genom att sjukvårdspersonalen tillämpar följsamhet och en öppenhet i möten skapas förutsättningar till vårdande möten.

Resultatet i föreliggande studie kan implementeras för sjukvårdspersonal i både öppenvården och slutenvården eftersom resultatet studerats i de kontext. Vidare kan det bidra till att sjukvårdspersonal får en ökad förståelse och kunskap för de yngre kvinnorna med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal och därmed kan en mer individanpassad vård tillämpas. Fortsatt forskning skulle kunna fokusera på det manliga könet, för att undersöka uppkomsten av skillnader mellan män och kvinnors upplevelser i möten med

sjukvårdspersonal vid AN. Det skulle även vara intressant att studera fler yngre kvinnors upplevelser av möten med sjukvårdspersonal eftersom resultatet i studien baserades på fem yngre kvinnors berättelser och kan därför vara svårt att generalisera. Vidare forskning skulle även kunna fokusera på sjuksköterskans perspektiv för att få en inblick i hur sjukvårdspersonalen upplever möten med personer med AN.

## Självständighet

Studiens har genomförts av Josefine Nilsson och Sara Ringberg med ett gott samarbete. Delar i inledning och bakgrund skrevs enskilt för att sedan kunna stämma av med varandra och sammanställa det som tagits fram. Patografier söktes fram gemensamt för att i ett första steg läsa igenom patografierna enskilt där meningsenheter valdes ut. Därefter arbetade Josefine och Sara gemensamt genom resultatdel, diskussion och slutsats. Josefine har varit huvudansvarig för sammanställning av bilaga och tabell. Sara har varit huvudansvarig för referenslistan.

## Referenser

- Alvén, T. (2017). *Viktig: från matmissbrukare till träningsförebild*. Helsingborg: Hoi.
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2017). Att analysera berättelser. I. Friberg (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (tredje upplagan s. 171-180). Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis* (första upplagan). Stockholm: Natur & kultur.
- Erikson, K. (1991). *Pausen – En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Liber.
- Fox, J. R., & Diab, P. (2015). An exploration of the perceptions and experiences of living with chronic anorexia nervosa while an inpatient on an Eating Disorders Unit: An Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) study. *Journal of Health Psychology, 20*(1), 27-36. doi: 10.1177/1359105313497526
- Graham, M. R., Tierney, S., Chisholm, A., & Fox, J. R. E. (2019). Perceptions of the “anorexic voice”: A qualitative study of health care professionals. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 26*(6), 707–716. doi:10.1002/cpp.2393
- Grinneby, H. (2018). *Näringsrik*. Visby: Nomen.
- Gulliksen, K. S., Espeset, E. M., Nordbø R. H., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient's perspective. *The international journal of eating disorders, 45*(8), 932-941. doi:10.1002/eat.22033
- Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2015). The Process of Help-Seeking in Anorexia Nervosa: Patients' Perspective of First Contact With Health Services. *Eating Disorders, 23*(3), 206–222. doi:10.1080/10640266.2014.981429
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (andra upplagan s. 411-420). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (andra upplagan s. 111-119). Lund: Studentlitteratur.
- Higbed, L., & Fox, J.R.E. (2010). Illness perceptions in anorexia nervosa: a qualitative investigation. *British Journal of Clinical Psychology, 49*(3), 307–325. doi:10.1348/014466509X454598
- Jonsson, H., Nyman, A., & Josephsson, S. (2017). Narrativ analys. I. Höglund Nielsen & Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (tredje upplagan s. 235-248). Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (andra upplagan s. 81-97). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (andra upplagan s. 57-77). Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* (första upplagan). Stockholm: Natur & Kultur.

Lagerstedt, M. (2015). *Kenneths marionett: min kamp mot anorexin*. Helsingborg: Hoi.

Libris. (u.å). Om Libris. Hämtad 2020-04-10 från [http://librishelp.libris.kb.se/help/about\\_libris\\_swe.jsp?open=about](http://librishelp.libris.kb.se/help/about_libris_swe.jsp?open=about)

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I. Höglund-Nielsen & Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (andra upplagan s. 219-234). Lund: Studentlitteratur.

Marchant, L., & Payne, H. (2002). The experience of counselling for female clients with anorexia nervosa: a person-centred perspective. *Counselling & Psychotherapy Research*, 2(2), 127-132.

Matt Lacoste, S. (2017). Looking for the origins of anorexia nervosa in adolescence - A new treatment approach. *Aggression & Violent Behavior*, 36, 76-80. doi:10.1016/j.avb.2017.07.006

Nordbø, 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. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 556-564. doi:10/1002/eat20276

Orup, I., Orup, J., & Stenberg, J. (2014). *Det är för att du är så tjock*. Sverige: Mainor.

Patching, J., & Lawler, J. (2009). Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nursing Inquiry*, 16(1), 10-21. doi:10.1111/j.1440-1800.2009.00436.x

*Patientsäkerhetslagen* (SFS 2010:659). Hämtad från riksdagens webbplats [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Pemberton, K., & Fox, J. R. E. (2013). The Experience and Management of Emotions on an Inpatient Setting for People with Anorexia Nervosa: A Qualitative Study, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(3), 226-238. doi:10.1002/cpp.794

Rance, N., Clarke, V., & Moller, N. (2017). The anorexia nervosa experience: Shame, Solitude and Salvation. *Counselling & Psychotherapy Research*, 17(2), 127-136. doi:10.1002/capr.12097

Rance, N., Moller, N. P., & Clarke, V. (2017). Eating disorders are not about food, they're about life': Client perspectives on anorexia nervosa treatment. *Journal of Health Psychology*, 22(5), 582-594. doi:[10.1177/1359105315609088](https://doi.org/10.1177/1359105315609088)

Rehnsfeldt, A. (2012). Ömsesidighet och gemenskap i vårdandet. I. Wiklund Gustin & Bergbom (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (första upplagan s. 408-418). Lund: Studentlitteratur.

Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., Sawyer, F., Evans, C., & Lacey, J. H. (2014). Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 22(3), 233-243. doi:[10.1080/10640266.2013.867742](https://doi.org/10.1080/10640266.2013.867742)

Smith, V., Chouliara, Z., Morris, P. G., Power, K., Yellowlees, A., Grierson, D., ... Cook, M. (2014). The experience of specialist inpatient treatment for anorexia nervosa: A qualitative study from adult patients' perspectives. *Journal of health psychology*, 21(1), 16-27. doi:[10.1177/1359105313520336](https://doi.org/10.1177/1359105313520336)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2011). Psykoterapeutisk behandling vid anorexia nervosa: Familjeterapi, KBT, IPT, CAT. (SBU-rapport). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2019). En sammanställning av systematiska översikter av kvalitativ forskning utifrån patientens, närståendes och hälso- och sjukvårdens perspektiv (SBU-rapport 302). Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Tan, E., Hawkins, R., Tan, E. S. L., & Hawkins, R. M. F. (2017). Psychological and behavioural characteristics of females with anorexia nervosa in Singapore. *Eating & Weight Disorders*, 22(4), 657-666. doi:[10.1007/s40519-016-0317-1](https://doi.org/10.1007/s40519-016-0317-1)

Upphovsrättslagen (SFS 1960:729). Hämtad från riksdagens webbplats [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)

Van Ommen, J., Meerwijk, E. L., Kars, M., van Elburg, A., & van Meijel, B. (2009). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell)*, 18(20), 2801-2808. doi:[10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x)

Weigel, A., Löwe, B., & Kohlmann, S. (2018). Severity of somatic symptoms in outpatients with anorexia and bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 27(2), 195-204. doi:[10.1002/erv.2643](https://doi.org/10.1002/erv.2643)



Wentz, E. (2014). Ätstörningar. I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå* (andra upplagan s. 284-305). Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association. (2020). WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS. Hämtad 2020-04-15 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yilmaz, Z., Hardaway, J. A., & Bulik, C. M. (2015). Genetics and Epigenetics of Eating Disorders. *Adv Genomics Genet*, 2015(5), 131- 150. doi:[10.2147/AGG.S55776](https://doi.org/10.2147/AGG.S55776)

Årestedt, H. (2019). *Min sanning: kampen mot anorexia nervosa*. Stockholm: Books on Demand.

## Bilaga 1 Exempel på kondensering och kodning av meningsenheter

| Meningsenhet  | Kondensering   | Kod   | Underkategori         | Huvudkategori       |
|---|--|---|-----------------------|---------------------|
| Efter hemkomsten från Ljungby fick jag träffa min ordinarie behandlare, Åsa, ... Hon vara bara några år äldre än mig, log glatt och verkade uppriktigt intresserad av att lyssna på det jag sa.<br>(Alvén, 2017, s. 119). | Åsa log glatt och verkade uppriktigt intresserad av att lyssna på det jag sa.  | Verkade uppriktigt intresserad av att lyssna på det jag sa. | Känna sig hörd        | Bli tagen på allvar |
| ...och jag får ett stort förtroende för henne<br>(Årestedt, 2019, s. 59).   | Jag får förtroende för henne   | Förtroende för henne  | Känna förtroende      |                     |
| Ännu en gång satte vi oss i det där tråkiga samtalsrummet, med de fula blåa gardinerna, det runda bordet och ett gäng vuxna som såg ner på mig med intensiva blickar.<br>(Grinneby, 2018, s. 48).                         | Ännu en gång satte vi oss i samtalsrummet, med ett gäng vuxna som såg ner på mig med intensiva blickar.                        | De vuxna såg ner på mig med intensiva blickar               | Inte känna sig sedd   | Känna sig utlämnad  |
| Det kändes som att det enda jag gjorde i mitt liv var att berätta om mig och mitt tillstånd för en massa olika läkare, undersköterskor och andra vuxna. Jag hade börjat bli ganska trött på det.                          | Det kändes som att det enda jag gjorde i mitt liv var att berätta om mig och mitt tillstånd. Jag hade börjat bli trött på det. | Börja tröttna på att berätta om mig och mitt tillstånd      | Bristande kontinuitet |                     |

|  |   |                            |                         |                      |
|--|---|----------------------------|-------------------------|----------------------|
| (Grinneby, 2018, s. 37).   |   |                            |                         |                      |
| Nåväl, jag bestämde mig för att träffa Susanne och märkte snart att hon var som alla andra vuxna. Hon förstod ingenting. (Orup, et al, s. 30). | Märkte snart att hon var som alla andra vuxna. Hon förstod ingenting. | Hon förstod ingenting      | Inte känna sig förstådd |                      |
| Dessutom har jag överhuvudtaget ingen tillit till någon av dem eftersom de bytt läkare. (Lagerstedt, 2015, s. 257).                            | Har ingen tillit till dem eftersom de bytt läkare                     | Har ingen tillit till de   |                         | Bristande tillit     |
| Rädd för vad hon ska tycka och tro om mig (Lagerstedt, 2015, s. 271).  | Rädd för vad hon ska tycka om mig                                     | Rädd för vad hon ska tycka |                         | Känna oro och rädsla |