



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **STIGMATISERING UPPLEVD AV PERSONER MED ANOREXIA NERVOSA**

Hur påverkar den deras återhämtning?

**Malin Brink & Elin Bönfors**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT 2017
Handledare:	Nils Sjöström
Examinator:	Sofie Jakobsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

# Förord

Vi vill ge ett stort tack till vår handledare Nils Sjöström för fantastisk hjälp, guidning och stöttning i uppsatsskrivandet. Vi vill även tacka bibliotekarierna på Hälsovetarbacken och Biomedicinska biblioteket för deras expertis och hjälp samt vänner och familj för korrekturläsning.

Malin Brink & Elin Bönfors

*Göteborg 2017*

Titel (svensk)	Stigmatisering upplevd av personer med anorexia nervosa. Hur påverkar den deras återhämtning?
Titel (engelsk)	Stigmatization experienced by people with anorexia nervosa. How does it affect their recovery?
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT17
Författare	Malin Brink, Elin Bönfors
Handledare:	Nils Sjöström
Examinator:	Sofie Jakobsson

---

## Sammanfattning:

**Bakgrund:** I Sverige drabbas 1 % av alla kvinnor och 0,1 % av alla män av anorexia nervosa innan 18 års ålder. Anorexia nervosa är en av de allvarligaste psykiatriska sjukdomar en person kan drabbas av. Tidigare forskning visar att stigmatisering gentemot de personer som lever med denna sjukdom förekommer både från omgivning och sjukvård. Som sjuksköterska är det av intresse att förstå hur denna stigmatisering påverkar personer med anorexia nervosa, ur både etiska och professionella aspekter inom vården. **Syfte:** Syftet var att belysa egenupplevd stigmatisering hos personer med anorexia nervosa samt hur det påverkar deras återhämtning. **Metod:** En litteraturöversikt genomfördes med totalt 11 artiklar: 7 kvalitativa, 3 kvantitativa och 1 mixad metod. **Resultat:** Personer med anorexia nervosa upplevde stigmatisering både från omgivningen och från sjukvården. En brist på förståelse upplevdes förekomma på flera plan för hur omfattande sjukdomen är. Den upplevda stigmatiseringen förstärkte negativa känslor samtidigt som familjen var ett stort stöd i att överkomma sjukdomen. **Slutsats:** Det finns fler hinder än möjligheter till återhämtning för personer med anorexia nervosa relaterat till upplevd stigmatisering. Det förekommer en könsskillnad i upplevelsen av stigmatisering. Mer forskning behövs inom ämnet samt en implementering i sjukvården av olika hjälpmedel för att överkomma stigmatisering. Ytterligare kunskap om stigmatiseringens påverkan är av betydelse både för sjukvård och samhälle.

Nyckelord: *anorexia nervosa, stigmatisering, behandlingserfarenhet, återhämtning*

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
1.1 Ätstörningar .....	1
1.2 Anorexia Nervosa .....	1
1.3 Faktorer som leder till ätstörning.....	2
1.4 Stigma.....	3
1.4.1 Stigmaresistens.....	4
1.4.2 Självstigma .....	4
1.5 Stigmatisering och anorexia nervosa.....	4
1.6 Teoretisk referensram .....	5
1.6.1 Psykisk hälsa .....	5
1.6.2 Lidande.....	6
1.6.3 Delaktighet .....	7
1.7 Sjuksköterskans roll.....	7
1.7.1 Psykopedagogisk intervention.....	8
1.7.2 Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT) .....	8
1.8 Problemformulering.....	9
1.9 Syfte.....	9
<b>2. Metod</b> .....	<b>9</b>
2.1 Datainsamling .....	10
2.2 Artikelanalys.....	11
2.3 Forskningsetik .....	11
<b>3. Resultat</b> .....	<b>12</b>
3.1 Egenupplevd stigmatisering .....	12
3.1.1 Upplevelser av omgivningens stigmatisering.....	12
3.1.2 Brist på stöd.....	13
3.1.3 Stigmatisering inom sjukvården .....	13
3.2 Återhämningsprocessen.....	14
3.2.1 Hinder för återhämtning .....	14
3.2.2 Möjligheter till återhämtning .....	15
3.2.3 Behandling.....	16
<b>4. Diskussion</b> .....	<b>17</b>
4.1 Metoddiskussion.....	17

4.2. Resultatdiskussion .....	19
4.2.1 <i>Implikationer för omvårdnad</i> .....	25
4.2.2. <i>Vidare forskning</i> .....	25
4.3. Konklusion.....	26
<b>Referenslista.....</b>	<b>27</b>
<b>Bilaga 1 .....</b>	<b>36</b>
<b>Bilaga 2.....</b>	<b>38</b>

# Inledning

Psykisk ohälsa har ett allt större fokus i dagens samhälle och inom hälso- och sjukvården. Att ge en professionell omvårdnad med anpassning av bemötande är en grund för sjuksköterskans alla möten med personer med psykisk ohälsa. Sjuksköterskan behöver även kunskap om psykisk ohälsa för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad. I både kurslitteratur och de kurser som ges inom sjuksköterskeprogrammet har författarna upplevt ett allt större fokus relaterat till psykiska sjukdomar. Dock upplevs ett mindre fokus kring personer med ätstörningar. Stigmatisering av personer som lider av olika psykiska sjukdomar är stor både i samhället och inom hälso- och sjukvården. Ett perspektiv som enligt vår mening inte uppmärksammas tillräckligt i dagens samhälle är den osunda syn som kan finnas på skönhet och viktideal vilket kan leda till just psykisk ohälsa och eventuella bantningsmetoder. Detta perspektiv i kombination med eventuell utveckling av sjukdomen anorexia nervosa och dess stigmatisering väckte ett intresse i ämnet hos oss som blivande sjuksköterskor.

## 1. Bakgrund

### 1.1 Ätstörningar

Orsaker till varför personer drabbas av ätstörningar är okända och därav svårbehandlade. Det finns olika typer av ätstörningar där de mest vanligt förekommande är anorexia nervosa (AN) som innebär självsvält och bulimia nervosa som innebär hetsätning följt av kräkningar. Anorexia nervosa benämns fortsättningsvis som AN. En annan form av ätstörning är hetsätning som innebär att en person hela tiden har ett för högt kaloriintag. Personen äter för fort och för mycket och testar olika dieter. En annan typ av ätstörning som förekommer är regurgierande tillstånd, det vill säga att hulka upp nedsvald föda, tugga om och sedan svälja eller spotta ut den. Vissa ätstörningar kan även ge upphov till varandra, exempelvis kan långvarig AN leda till bulimi (Allgulander, 2014).

### 1.2 Anorexia Nervosa

AN innebär att en person genom självsvält har en för låg kroppsvikt (Allgulander, 2014). Kroppsmasseindex, på engelska *bodymassindex* (BMI), används för att mäta en persons kroppsmassa i kombination med vikt och längd. Med hjälp av detta mått kan en persons

undervikt bedömas. BMI är dock ett omtvistat mätinstrument och andra metoder finns att använda som tillägg, exempelvis midjemått (WHO, 2017a). Personer som har drabbats av AN är rädda för en viktökning trots att de är underviktiga då de har en förvrängd kroppsuppfattning och överskattar sin vikt. En person som har drabbats av AN har ofta en självkänsla som är starkt förknippad med vikt och kroppsform (Allgulander, 2014).

AN inleds ofta i puberteten med en bantning som spårar ur. Förutom bantning kan även kräkning, extrem träning och användning av laxermedel förekomma. I Sverige drabbas uppskattningsvis 1 % av alla kvinnor och 0,1 % av alla män av AN innan 18 års ålder. AN är en av de allvarligaste psykiatriska sjukdomar som kan drabba en person (Wentz, 2014). Risken för suicid har påvisats vara 18 gånger högre hos personer med AN än hos personer som lever utan sjukdomen (Smith, Zuromski & Dodd, 2017). Relaterat till andra ätstörningar råder likaså en högre mortalitet hos personer med AN (Fitcher & Quadflieg, 2016). Vidare kan sjukdomen övergå till ett kroniskt tillstånd. Komplikationer som kan uppstå vid AN är bland annat akut hjärtdöd på grund av hjärtmuskeltrofi i kombination med sänkt kalciumhalt i kroppen. Metabola komplikationer vid AN kan uttrycka sig i att sköldkörtelns funktion avtar och produktion av könshormon störs eller upphör. Behandling vid AN inkluderar individanpassad vård med nutritionsbehandling där ett bestämt antal måltider och eventuell näringsdryck ingår för att öka kroppsvikten. Läkemedelsbehandling i form av antidepressiva läkemedel kan likaså vara en behandlingsform. Behandlingen av AN är individualiserad och kognitiv beteendeterapi kan hjälpa (Allgulander, 2014).

### **1.3 Faktorer som leder till ätstörning**

Flera olika faktorer såsom biologiska, psykologiska och multikulturella påverkar om en person drabbas av en ätstörning. Exempel på biologiska faktorer är hereditet samt gastrointestinala problem och ätsvårigheter under de första åren i livet. Flickor eller kvinnor drabbas tio gånger oftare av ätstörningar än pojkar och män gör, vilket ytterligare är ett exempel på en biologisk faktor. Psykologiska faktorer kan exempelvis vara negativa livshändelser som inträffar inom en tremånadersperiod före insjuknande. Dessa negativa livshändelser kan exempelvis vara förlust av anhörig, våldtäkt eller misshandel. AN

förekommer i en större utsträckning i västvärlden vilket är ett exempel på en sociokulturell faktor (Wentz, 2014).

## 1.4 Stigma

En definition av begreppet stigma är ordet *brännmärka* eller *ge socialt kännetecken* (Svenska Akademiens Ordbok, 2017). Under antiken skars tecken in i kroppar för att markera att personen var föraktad eller utstött. Idag är stigma kopplat till värderingar av sociala roller och ofta social utstötning. Stigma är socialt konstruerat och visar sig genom två komponenter: erkännandet av skillnader mellan personer baserat på bestämda kännetecken och en konsekvent nedvärdering av en person. Den person som är utsatt för stigmatisering blir betraktad som mindre värd. Det är inte egenskapen i sig som utgör ett stigma utan egenskapen i ett specifikt socialt sammanhang. Vem eller vad som är stigmatiserat varierar över tid och är olika i olika kulturer (Björkman, 2005). Lilja och Hellzén (2014) definierar stigmatisering som något en person upplever och kan ses som negativt för en person. Genom stigmatisering betraktas personen också som onormal av omgivande samhälle. Attityder handlar om hur vi bemöter varandra och kan vara både positiva och negativa. Begreppen stigma och attityd är ofta förknippade med varandra och resulterar i antingen en positiv eller en negativ tanke om något.

Sociologerna Link och Phelan (2001) har konstruerat en stigmatiseringsprocess vilken innehåller fyra komponenter som stigmatisering är uppbyggd av. Den första komponenten innebär stämpling eller etikettering där en person får en stämpel som skiljer sig från en annan person. Den andra komponenten innebär att etiketten eller stämplingen av personen/gruppen associeras med negativa fördomar och stereotyper. Den tredje komponenten innebär att personen eller gruppen placeras i en särskild kategori för att göra en skillnad och skapa ett "vi" och "dem" förhållande. Slutligen innebär den fjärde komponenten utstötning, nedvärdering, diskriminering och statusförlust av personen/gruppen. Vidare är stigma kopplat till en tillgång av social, ekonomisk och politisk makt där det är tillåtet att göra en åtskillnad på människor vilket resulterar i negativa stereotyper, diskriminering och utstötning (Link et al. 2001).



### **1.4.1 Stigmaresistens**

Stigmaresistens (*stigma resistance*) är ett begrepp som används internationellt och kan ses som synonymt till att motverka stigmatisering. Stigmaresistens fokuserar på att personen med AN själv ska övervinna stigmat hen upplever (Ritsher, Otilingam & Grajales, 2003).

### **1.4.2 Självstigma**

Självstigma handlar om hur en person ser på sig själv i relation till stigmatisering där personen applicerar det sociala stigmat på sig själv. Det finns tre komponenter för att uppleva självstigmatisering där den första är att personen är medveten om att det finns stereotyper som beskriver en grupp. Den andra komponenten innebär att personen håller med om att vissa stereotyper gäller för en viss grupp och den tredje komponenten innebär att använda eller applicera stereotyper på sig själv. Självstigmatisering kan leda till att personen uttrycker en "why try"-attityd som innebär att personen ifrågasätter varför hen överhuvudtaget ska anta nya livsutmaningar. Det kan exempelvis handla om att söka ett nytt jobb, bo själv eller påbörja en behandling (Corrigan & Rao, 2012).

## **1.5 Stigmatisering och anorexia nervosa**

Ali, Farrer, Fassnacht, Gulliver, Bauer och Griffiths (2017) visar i en litteraturöversikt att det finns olika aspekter inom stigmatisering kring AN. Den mest förekommande stämpeln som personer med AN får är att deras sjukdom är självförvållad och att de är ute efter uppmärksamhet. Ätstörningar och AN upplevs ofta av samhället mer som en livsstil än en allvarlig psykisk sjukdom. Stigmatisering har påvisats komma från flera delar av omgivningen såsom familj, vänner och sjukvårdspersonal. Studier i USA har även visat att ätstörningar samt AN hos minoritetsgrupper ofta avfärdas (Ali et al. 2017).

Stewart, Schiavo, Herzog och Franko (2008) undersökte hur kvinnliga collegestudenter uppfattade personer med AN jämfört med personer som lever med andra psykiska sjukdomar.

Studenterna upplevde en större känsla av obehag vid kontakt med personer med AN jämfört med personer med depression. De upplevde att sociokulturella faktorer såsom personens uppväxt och brist på socialt stöd påverkade uppkomsten av AN i större utsträckning än vid övriga psykiska sjukdomar. Studenterna ansåg även att låg självdisciplin var en bidragande faktor till att personerna drabbades av AN.

En studie av Raveneau, Feinstein, Rosen och Fisher (2014) påvisar att 95 procent av sjuksköterskorna på en ätstörningsklinik ansåg att ätstörningar i många fall är självförvållade. Det framgick även att yngre sjuksköterskor stigmatiserade mindre än mer erfarna sjuksköterskor. Över 90 procent av sjuksköterskorna ansåg att ätstörningarna uppkom på grund av emotionella problem samt influenser från familj, vänner och media. Omkring 70 procent ansåg att det fanns genetiskt påverkande faktorer. Likaså har det påvisats att både sjuksköterskor och läkare känner en frustration kring bemötandet och behandlingen av personer med AN (Raveneau et al. 2014).

## **1.6 Teoretisk referensram**

### **1.6.1 Psykisk hälsa**

Begreppet hälsa har utifrån teoretiska, filosofiska, religiösa och etiska perspektiv olika innebörd. Hälsa ses som något centralt i omvårdnaden av en patient (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014). World Health Organisation (WHO) definierar hälsa som ett tillstånd där en person känner fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Enligt denna definition är hälsa därmed inte endast frånvaro av sjukdom (WHO, 2017b).

Nationalencyklopedin (NE) beskriver psykisk hälsa som ett komplext och svårdefinierbart begrepp där fokus ligger på att vara fri från psykisk sjukdom (NE, 2017). Psykisk hälsa kan definieras som att en människa upplever sin tillvaro som meningsfull, kan använda de resurser hen har samt vara delaktig i samhället (Sveriges kommuner och landsting, 2017). En annan definition av psykisk hälsa innebär en hälsorelaterad livskvalitet där en upplevelse av

välbefinnande, symptom och funktion i dagligt liv ingår. På grund av att psykisk hälsa är ett svårdefinierbart begrepp är det ofta svårt att mäta den hos befolkningen (Folkhälsomyndigheten, 2017).

### **1.6.2 Lidande**

Att uppleva lidande kan teoretiseras på en övergripande nivå och har beskrivits som något allmänmänskligt. Lidande kan även ses som något en person upplever utifrån sitt eget liv, sin hälsa, sjukdom och vård (Wiklund Gustin, 2014). Genom olika tider har lidande betraktats på olika sätt. Det har både ansetts vara en dygd att lida och tvärtemot något en människa inte ska behöva utstå. Inom omvårdnadsvetenskap kan lidande betraktas som något som bör bekämpas (Wiklund Gustin, 2014) men även som något som har en mening och främjar utveckling hos människan (Travelbee, 1971; Watson, 1989). Ett vidare synsätt på lidande är att en person behöver se en mening i lidandet. Utan en mening i lidandet kan det resultera i att personen blir bitter och apatisk. Ett annat synsätt är att lidandet hör livet till och är något ont som saknar mening (Travelbee, 1971).

Hälsa och lidande är relaterade till varandra, där hälsa kan betraktas som att känna sig hel och vara kapabel medan lidande inverkar negativt på den upplevelsen (Dahlberg & Segesten, 2010; Eriksson, 1994). Eriksson (1994) menar att livslidande är en känsla där innebörden i att leva rubbas och bidrar till personens lidande. Livslidandet innefattar allt från hot mot en persons existens till en möjlig förlust av resurser i livet. Fortsättningsvis beskrivs ett själsligt och andligt lidande vilket uppstår genom känslor av förnedring, skam och skuld. Dessa känslor kan uppkomma i relation till ett dömande bemötande av vårdpersonal eller från omgivningen. Lidande kan även ses som en del av livet. Det finns många olika perspektiv på lidande och sammanfattningsvis kan begreppet ses som något gott eller ont beroende på hur personen upplever och betraktar lidandet (Eriksson, 1994).

### **1.6.3 Delaktighet**

Idag ses begreppet delaktighet som ett fundament inom hälso-och sjukvård. En persons delaktighet i vården ska ge hen förutsättningar att vara med och bestämma om sin vård. Respekt för personens autonomi och att skapa förutsättningar för delaktighet ska vara en självklarhet inom vården (Eldh, 2014). En syn på delaktighet ges i Socialstyrelsen (2003) översättning av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Delaktighet beskrivs här inte endast som beslutstagande i en situation utan att få vara involverad i hela sin livssituation (Socialstyrelsen, 2003). I Patientlagen (SFS 2014:821) står att läsa att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utforma och genomföra vård i samråd med patienten, där patientens önskemål och individuella förutsättningar ska beaktas. Ett begrepp inom delaktighet är *empowerment* (Eldh, 2014). Empowerment betyder att omvårdnadsmetoder används för att öka en persons hälsa, exempelvis genom hälsosamtal. För att detta ska vara produktivt behöver dock personen ha kunskap om och vara införstådd med de hinder eller blockeringar personen har. *Empowerment* är därmed ett redskap som kan användas för att skapa delaktighet (Askheim & Starrin, 2007).

### **1.7 Sjuksköterskans roll**

Sjuksköterskan möter varje dag personer med olika bakgrunder. Oavsett arbetsplats kan olika psykiska sjukdomar förekomma hos de personer sjuksköterskan vårdar. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska all hälso- och sjukvård utföras på lika villkor till hela befolkningen (SFS 2017:30). Sjuksköterskan har i sin profession fyra grundläggande ansvarsområden vilka är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Den omvårdnad sjuksköterskan ger ska ges respektfullt och oberoende av ålder. Sjuksköterskan ska ge en god omvårdnad oberoende av tro, kulturell eller etnisk bakgrund. Hen ska likaså ge en god omvårdnad oberoende av hudfärg, kön, nationalitet, sexuell läggning, funktionsnedsättning, sjukdom, politiska åsikter eller social ställning (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014).

### **1.7.1 Psykopedagogisk intervention**

Sjuksköterskan kan i omvårdnaden av personer med psykisk ohälsa använda sig av psykopedagogisk intervention. Enligt Socialstyrelsen (u.å.) innebär psykopedagogisk intervention att utbilda personen som lider av psykisk ohälsa samt hans anhöriga om sjukdomens karaktär, behandling samt konsekvenser. Syftet med pedagogiska interventioner är att förbättra den sociala miljön inom familjen och därmed förebygga återfall. Exempel på interventioner är information och stöd relaterat till att minska stress, lösa problem samt kommunikationsträning. Att komplettera behandling av psykisk ohälsa med psykopedagogisk intervention används inom svensk psykiatri relaterat till schizofreni (Socialstyrelsen, u.å.). Psykopedagogisk intervention kan även innefatta ett fokus på att minska *expressed emotion* (uttalade känslor) i familjemiljön (Berglund, 2014). *Expressed emotion* är synonymt till stress och ett känslomässigt tryck inom en nära grupp, exempelvis en persons närstående. Att jobba med *expressed emotions* innebär att fokusera på information, kommunikationsövningar och problemlösningar (Borell, 2014). Syftet i dessa övningar är att minska antalet fientliga känslor och öka de positiva inom den nära gruppen (Berglund, 2014).

### **1.7.2 Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT)**

Ytterligare en behandlingsmetod som sjuksköterskan kan använda inom psykiatrisk omvårdnad är NECT eller Narrative enhancement and cognitive therapy. Hansson, Lexén och Holmén (2017) beskriver NECT som en strukturerad, gruppbaserad modell som innefattar tre komponenter. Den första komponenten är utbildning för personen med psykisk sjukdom samt hans närstående för att minska stigmatisering kring psykisk ohälsa. Den andra komponenten är kognitiv rekonstruktion hos personen för att motverka negativa tankar om sig själv och den tredje komponenten narrativ terapi där personen ska fokusera på möjligheter för att kunna förändra sitt liv. Metoden har visat sig ha positiv effekt på självstigmatisering och självkänsla hos personer med psykisk ohälsa (Hansson, Lexén & Holmén, 2017).

## 1.8 Problemformulering

Stigmatisering kring AN är ett problem i dagens samhälle. Stigmatiseringen förekommer inom flera sammanhang, exempelvis inom sjukvården och i samhället. Personer med AN kan upplevas vara en svårbemött grupp både av omgivningen och sjukvårdspersonal. Både läkare och sjuksköterskor har enligt tidigare forskning visats uppleva en frustration kring bemötandet och behandlingen av personer med AN. Svårigheter att bemöta personer med AN leder till missförstånd relaterat till de psykiska och fysiska orsaker som ligger bakom sjukdomen. Behov av ytterligare kunskap är av stor vikt relaterat till att stigmatiseringen eventuellt kan uppkomma på grund av okunskap. En ökad medvetenhet kring hur stigmatiseringen upplevs av personer med AN behövs både inom samhället och sjukvården. Då sjuksköterskan kan vara ett stöd i återhämtningen för personer med AN är det likaså av vikt för hen att inneha denna medvetenhet.

## 1.9 Syfte

Att belysa egenupplevd stigmatisering hos personer med anorexia nervosa samt hur det påverkar deras återhämtning.

## 2. Metod

En litteraturstudie genomfördes innehållande kvalitativa och kvantitativa artiklar samt en mixad metod. Motivet med en litteraturstudie är att få en överblick över ett specifikt, avgränsat område (Friberg, 2017a) vilket lämpar sig väl utifrån valt syfte. Valet att genomföra en litteraturstudie baserades likaså på målet att genom analys och sammanställning av artiklar påvisa det aktuella kunskapsläget inom ämnet (Segersten, 2017). Valet av ämne inleddes med en diskussion mellan författarna kring vilken psykisk sjukdom de hade mött minst inom sjukvården och därmed upplevde sig inneha minst kunskap om.

## 2.1 Datainsamling

Initialt användes endast upplevd stigmatisering i samband med det övergripande begreppet "psykisk ohälsa" i informationssökningen. Då detta var alltför brett avgränsades området i två steg. Första steget var att inkludera personer som lever med AN samt bulimi. Då det fanns fler studier kring AN gjordes ytterligare en begränsning till endast AN.

Informationssökningen kan delas upp i två faser där den ena fasen betraktas som en inledande sökning och den andra som en egentlig sökning. Den inledande informationssökningen syftar till att få en överblick av valt ämne och generera relevant bakgrundsinformation för studien. Den egentliga informationssökningen syftar till en mer fokuserad sökning med specifika sökord (Östlundh, 2017). Författarna genomförde en inledande informationssökning följt av en egentlig informationssökning. Sökning efter vetenskapliga studier gjordes i databaserna Cinahl, PubMed och PsychINFO. Enligt Karlsson (2012) ses dessa databaser som några av de viktigaste inom omvårdnadsområdet. Relevanta sökord erhöles från Svensk MeSH samt Cinahl Headings. Sökord som användes var *stigmatization*, *stigma*, *eating disorder*, *anorexia nervosa*, *anorexia*, *treatment*, *treatment experience* och *men*. I syfte att generera relevant litteratur använde författarna boolesk sökteknik som markerar hur sökord kan kombineras där den ena operatoren, *AND*, binder ihop första och andra sökordet vilket genererar i att databasen söker på sökorden i förhållande till varandra. Den andra operatoren, *OR*, användes för att generera träffar på någon av söktermerna eller båda (Östlundh, 2017). För mer detaljerad sökinformation, se Bilaga 1. Litteratursökningen genomfördes initialt med en begränsning inom fem år, detta för att aktuell forskning var önskvärd. Dock föll relevanta studier bort, därav avlägsnades denna begränsning under arbetets gång. Ytterligare begränsningar var *peer reviewed*. Denna begränsning användes i Cinahl och PsychINFO. För sökningar inom databasen PubMed användes inte denna begränsning eftersom artiklar indexerade där har genomgått peer-review. Rosén (2012) menar att en grovsällning av sökresultatet kan göras genom granskning av titel och abstrakt i relation till syftet. Med hjälp av denna metod utfördes en sällning av sökresultaten för att relevanta artiklar skulle kunna väljas ut för granskning och analys. Författarna valde att genomföra manuella sökningar som enligt Östlundh (2017) innebär att granska böcker, tidskriftsartiklar och annat material för att generera ytterligare relevant litteratur för valt ämne. Författarna utförde manuella sökningar genom att granska artiklarnas referenslistor. Inklusionskriterier för val av artiklar innefattade

studier som i sitt urval inkluderade personer med pågående AN och/eller personer som övervunnit sjukdomen. Exklusionskriterier var artiklar med låg vetenskaplig kvalitet samt avsaknad av etiska ställningstaganden. Låg kvalitet ansågs vara artiklar utan etiskt resonemang och/eller godkännande samt ett tveksamt vetenskapligt upplägg (relaterat till syfte, metod, resultat, diskussion). Artikelsökningarna utfördes av båda författarna från 5-20 oktober 2017. Elva artiklar valdes till resultatet, tre kvantitativa, sju kvalitativa och en mixad metod. För en överblick över valda artiklar, se Bilaga 2.

## **2.2 Artikelanalys**

De kvalitativa studierna och studien med mixad metod granskades med hjälp av en kvalitativ granskningsmall från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2014). Användandet av denna granskningsmall stöds även av Friberg (2017a). De kvantitativa artiklarna granskades med användning av Olsson och Sörensen (2011) kvantitativa granskningsmall. Samtliga artiklar granskades i två omgångar: författarna granskade artiklarna oberoende av varandra för att sedan jämföra granskningarna och utesluta eventuella skiljaktigheter. Henricson (2017) menar att detta stärker en litteraturöversikts reliabilitet. Inga av resultatartiklarna föll bort på grund av exklusionskriterierna.

## **2.3 Forskningsetik**

Alla beslut som rör forskningen eller forskningsprojektet ska innehålla en etisk aspekt. Forskningsetik innebär att värna om och försvara alla livsformers grundläggande värde och rättigheter. Forskningsetiken ska alltid sträva efter att skydda de som deltar i forskningen och bygger på att människor bemöter varandra med respekt. De som valt att forska inom något ämne förutsätts ha förmåga till att kunna reflektera över de värden, värderingar, normer och riktlinjer som samhället ger uttryck för (Kjellström, 2012). Enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) ska den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning skyddas. Forskning får bara utföras om den eller de som deltar i forskningen samtyckt till att delta. Samtycket ska vara frivilligt och ska dokumenteras (SFS 2003:460).



De etiska aspekter som togs hänsyn till i denna litteraturstudie var att samtliga artiklar skulle ha ett relevant etiskt resonemang med godkännande från en etisk kommitté. I det fall där sådant godkännande inte uppvisades kontrollerades tidskriftens egen ställning till etiskt godkännande. Då dessa kriterier bedömdes godkända av båda författarna kunde artiklarna inkluderas i litteraturstudien.

## **3. Resultat**

### **3.1 Egenupplevd stigmatisering**

#### ***3.1.1 Upplevelser av omgivningens stigmatisering***

Personer med AN upplevde att omgivningen betraktade AN som något självförvållat (Rance, Clarke, Moller 2017; Dimitropoulos, Freeman, Muskat, Domingo & McCallum 2016a). Omgivningen upplevdes betrakta personer med AN som annorlunda och menade att de sökte uppmärksamhet eller eftersträvade ett slags skönhetsideal genom sjukdomen (Dimitropoulos et al. 2016a). Personer med AN upplevde att omgivningen betraktade dem med avundsjuka relaterat till att omgivningen eftersträvade liknande kroppsideal. En motvilja från omgivningen upplevdes likaså av personer med AN i relation till att de drabbades viktnedgång ansågs som sjuklig. Ofta misstolkades viktnedgången av omgivningen med att personerna med AN led av ett drogberoende eller ville ha uppmärksamhet (Walker & Lloyd, 2011). Det upplevdes förekomma en brist på förståelse från omgivningen för hur omfattande behandlingen av sjukdomen var både fysiskt och psykiskt (Dimitropoulos et al. 2016a; Walker et al. 2011; Rance et al. 2017). Behandlingen av sjukdomen upplevdes stigmatiseras som en enkel och snabb lösning, där det endast handlade om att börja äta igen (Dimitropoulos et al. 2016a). Vidare påvisade en studie att kvinnor med AN upplevde att utomstående personer ofta jämförde sina egna bantningsmetoder med AN. En attityd förelåg hos vänner och utomstående där AN ansågs vara en mer extrem version av bantning. Termen “att ta sig i kragen” bemötte ofta personerna med AN i samtal med andra individer (Rance et al. 2017). Ett stigma som upplevdes av personer med AN var att omgivningen såg på dem som personer som saknar självkontroll (Griffiths, Mond, Murray & Touyz, 2015a). Kvinnor med AN upplevde att sjukdomen stigmatiserades som en önskan om att bli smal, liknande

“supermodellerna” och “popstjärnorna” (Rance et al. 2017). De upplevde likaså att sjukdomen stigmatiserades som ett skönhetsideal (Dimitropoulos et al. 2016a).

### **3.1.2 Brist på stöd**

Det har påvisats att personer med AN inte fick något stöd i att hantera sjukdomen (Rance et al. 2017; Dimitropoulos, 2016a). Kvinnor som avslutat behandling för AN upplevde en ensamhet under sjukdomstiden, vilket förstärktes genom en upplevd stigmatisering från samhället. De upplevde sig inte kunna beskriva sin sjukdom för personer i omgivningen, på grund av svårigheterna med att bli förstådda (Rance et al. 2017). Familj, vänner och omgivning upplevdes bidra till stigmatisering. Utan socialt stöd skapades ofta spänningar och ledde till konflikter mellan personer med AN och hens närstående. Personerna med AN upplevde att familjemedlemmar ofta kände en frustration kring sjukdomen och de undvek därmed att göra dem delaktiga i sjukdomsupplevelsen. Sjukvårdspersonal upplevdes ha för lite kunskap och brist på förståelse för sjukdomen (Walker et al. 2011).

Män upplevde att AN stigmatiserades som en “kvinnlig” sjukdom, vilket försvårade deras väg till vård. De menade att deras sjukdom inte upptäcktes på grund av ett bristande intresse för ätstörningar hos dem som grupp. Männerna med AN ville inte vara en “börda” för vården samtidigt som de upplevde att de inte blev tagna på allvar. De kände sig mer stigmatiserade jämfört med kvinnor på grund av att de upplevde att omgivningen betraktade sjukdomen som en kvinnosjukdom (Griffiths et al. 2015a).

### **3.1.3 Stigmatisering inom sjukvården**

Att som sjuksköterska “straffa” eller berätta om konsekvenser under behandling när detta inte var relevant upplevdes som negativt av personer med AN (Zugai, Stein-Parbury & Roche 2013). Personerna med AN upplevde att allt för stort fokus låg på vikt och kost (Walker et al. 2011). Personer som under första året efter behandling fått recidiv upplevde att deras psykiska och emotionella frågor inte togs på allvar i jämförelse med behandlingens fokus på vikt och måltider (Federici & Kaplan, 2008). Kvinnor som under första vårdkontakten upplevde sig

nedvärderade och ringaktade av vårdpersonalen förlorade hoppet kring behandlingen. De förväntade sig att sjukvårdspersonalen skulle vara professionell och kunnig. Då denna förväntning inte uppfylldes tappade kvinnorna hoppet till framtida behandling. Flera av kvinnorna upplevde sig bli tilltalade som barn, vilket påverkade dem negativt (Gulliksen, Nordbø, Espeset, Skårderud & Holte, 2015)

## **3.2 Återhämningsprocessen**

En studie av Dawson, Rhodes och Touyz (2014) identifierade fyra faser i återhämningsprocessen för personer med kronisk AN. Den första fasen beskrevs som att personen med AN kände sig ovillig och oförberedd till förbättring. Personer i denna fas upplevde sig oförstådda av individer i sin omgivning, uppfattade behandlingen som oviktig och hade internaliserat sin sjukdom. Sjukvårdspersonal kunde upplevas som dömande och minimerande samtidigt som individer i personens omgivning uppfattades som skuldbeläggande och empatilösa. Fas ett visades pågå mellan 4-22 år. En vändning upplevdes då personerna med AN kände en ökad motivation till behandling och förbättring. Denna vändning beskrivs som starten på fas två. I fas två upplevdes en känsla av att bli förstådd av andra människor, såsom familj, vänner och sjukvårdspersonal, och att bemötas med en icke-dömande attityd. Fas tre fokuserade på ett kontinuerligt aktivt arbete för återhämtning. Denna fas visades pågå mellan 2-10 år. Fas fyra framställs av individer med AN som en tid för reflektion och rehabilitering. Personer med AN beskrev under denna period att en betydande pusselbit för återhämtning var stöd från andra samt en hoppfull syn på behandling. Återhämningsprocessen var ofta långvarig och skiljde sig tidsmässigt från person till person (Dawson et al. 2014).

### **3.2.1 Hinder för återhämtning**

Det största hindret mot återhämtning upplevt av personer med AN var självstigma (Dimitropoulos, McCallum, Colasanto, Freeman & Gadalla 2016b). Det har likaså påvisats att en låg självkänsla och att inte våga söka hjälp resulterade i ökad självstigmatisering (Griffiths

et al. 2015a). Personens självkänsla och själv effektivitet påverkade likaså hens attityd till förbättring i sin sjukdomssituation (Dimitropoulos, 2016b).

Det har påvisats att ju starkare upplevd stigmatisering under en längre tid, desto svårare ätstörning (Griffiths et al. 2015a). Stigmatisering mot personer med AN påverkade deras attityd gentemot återhämtning negativt (Dimitropoulos, 2016b). De personer som fått recidiv efter avslutad behandling beskrev hur deras familj och vänner uppfattade dem som totalt återställda medan de själva upplevde psykiska svårigheter relaterat till kost även efter avslutad behandling. Då personerna med AN kände sig oförstådda kunde de anta andra metoder för coping såsom missbruk eller självskadebeteende (Federici et al. 2008). Kvinnor med AN beskrev att sjukdomens symptom, exempelvis hetsätande och kräkningar, lättade de negativa känslorna såsom ensamhet, skam och skuld. På detta sätt omvandlades dessa negativa känslor till något positivt. Kvinnor med AN beskrev igenom detta sjukdomen som något "heligt" och "rent" som hjälpte dem att stå emot de negativa känslorna (Rance et al. 2017). Personer med AN upplevde ett behov av att kunna kommunicera och känna känslor utan att uppleva sig bli dömda av terapeuten och/eller sjukvårdspersonalen visar en studie av Walker et al. (2011). Det framkom likaså att män med AN saknade genusanpassad information och resurser (Räisänen & Hunt 2014).

### **3.2.2. Möjligheter till återhämtning**

En möjlighet till återhämtning för personer med AN var stigmaresistens. Det har framkommit att stigmaresistens var högre hos personer som genomgått vård för ätstörningar än hos de personer som var nydiagnostiserade. Högre stigmaresistens hos personer som genomgått vård har bland annat visat sig vara sammankopplat med färre ätstörningssymtom och depressiva symptom. Personer som var mer kapabla att motverka stigmatisering hade ett ökat självförtroende och mer positiva attityder till att söka hjälp. De som hade genomgått en gynnsam behandling visade sig ha en lägre nivå av självstigmatisering (Griffiths, Mond, Murray, Thornton & Touyz, 2015b).

### **3.2.3 Behandling**

När en person med AN vårdades inom slutenvården upplevde personen en stark känsla av att förlora kontrollen. I denna situation var sjuksköterskan den person som tog kontroll över situationen vilket personerna med AN upplevde som positivt. Det har visat sig att sjuksköterskor spelade en stor roll för personens motivation till behandling (Zugai et al. 2013). Första kontakten med sjukvården hade likaså en stor betydelse för motivation till fortsatt behandling. Personer med AN upplevde att sjukvårdspersonal med god kunskap kring sjukdomen och ett bemötande utan stigmatisering minskade deras upplevda känsla av ensamhet (Gulliksen et al. 2015). Specialister inom området upplevdes utstråla mindre stigmatisering och mer empati samt förståelse än grundutbildade (Walker et al. 2011). För att stödja viktuppgång, terapeutisk social miljö samt vårdrelation var sjuksköterskans roll av stor betydelse för personer med AN. Att sjuksköterskan var tydlig och individanpassade vården upplevdes som positivt. Behandlingen gynnades av att sjuksköterskan minskade stigmatiseringen och visade att hen sympatiserade med personen med AN samt att vårdrelationen kändes avslappnad. Respekt och tillit i kombination med engagemang, stöd och motivation var positiva begrepp givna av personerna med AN i motsats till dömande attityder. En bra vårdrelation bidrog till förbättrad compliance för de drabbade individerna (Zugai et al. 2013). Mental utbildning samt problemlösning ansågs vara praktiskt kompletterande redskap i behandlingssyfte i kombination med att sjuksköterskan var tydlig och individanpassade vården (Walker et al. 2011).

Personer med AN upplevde att en känsla av trygghet, att bli förstörd och sedd av sjukvårdspersonal under behandlingsförloppet var starka bidragande faktorer till återhämtning ett år efter avslutad behandling (Federici et al., 2008). Efter avslutad behandling upplevdes stödet från familj och vänner som särskilt betydelsefullt (Federici et al. 2008; Walker et al. 2011). Speciellt fokus från personerna med AN låg på att inte bli dömda för deras sjukdom samt att deras familj och vänner var villiga att stödja dem i återhämtningsprocessen. Trygghet i att ha möjlighet till samtal om sjukdomen efter avslutad behandling upplevdes positivt av personer med AN. När positiva samtal fördes med familj och vänner upplevde personerna sig fria från stigmatisering. Deras självkänsla ökade och de erfor en större kontroll över de negativa effekterna av sjukdomen (Federici et al. 2008). Vidare visar flertalet studier att

uppnå återhämtning är ett konstant pågående arbete även efter avslutad behandling (Federici et al. 2008; Dawson et al. 2014)

## 4. Diskussion

### 4.1 Metoddiskussion

I genomförandet av en litteraturöversikt är det svårt att fastställa huruvida all forskning inom ett visst område har inkluderats vilket skapar svårigheter kring att säkerställa om en korrekt bild av området beskrivits. Detta är en begränsning enligt Friberg (2017a). Det kan diskuteras huruvida litteraturöversiktens syfte är tvådelat och om det är ett alltför komplext syfte att uppnå. Författarna uppfattade under informationssökningen ett tydligt samband mellan upplevd stigmatisering hos personer med AN och deras återhämtning. Vidare ska ett syfte visa på en relation mellan en eller flera punkter (Forsberg och Wengström, 2013).

Stigmatisering och återhämtning för personer med AN tolkades av författarna vara beroende av varandra och därför valde författarna ett syfte som kan tolkas som tvådelat.

Informationssökningen genomfördes med stöd av SvenskMeSH och Cinahl Headings för användning av relevanta sökord passande för varje enskild databas. Sökordet *stigma* gav fler resultat än *stigmatization*, därför användes detta sökord mer frekvent. *Treatment experience* användes för att generera kvalitativ forskningsmetodik och sökordet *men* för att generera studier fokuserade på mäns upplevelser av AN. *Anorexia nervosa* och *anorexia* användes som sökord då de enligt Svensk MeSH (2016) definieras på olika sätt och genom att använda båda sökorden genererades fler relevanta resultat i sökningen. I syfte att undersöka sökordet *stigmatization* i kombination med *anorexia* och *anorexia nervosa* användes operatorn AND vilket enligt Östlundh (2017) binder ihop dessa sökord. Vidare menar Östlundh (2017) att trunkering kan användas i sökprocessen för att fånga resultat av ordens samtliga böjningsformer. Trunkering inkluderades initialt i vår sökning men då trunkering visade sig ge mindre antal relevanta artiklar jämfört med en sökning utan trunkering togs detta bort.

Styrkor med litteraturstudien är att endast artiklar med hög eller medelhög kvalitet inkluderades i studien. Artiklar med låg kvalitet valdes bort då endast hög vetenskaplig kvalitet var önskvärd. Vidare har båda författarna läst allt litteraturunderlag. Granskning

av samtliga artiklar samt kategorisering av deras resultat gjordes först av författarna var för sig för att sedan diskuteras tillsammans. Därefter diskuterades granskningen och kategoriseringen författarna emellan för att resonera kring meningsskiljaktigheter och artikelkvalitet. De kvalitativa artiklarna granskades med hjälp av SBU:s granskningsmall (SBU, 2014), de kvantitativa artiklarna granskades med en granskningsmall från Olsson och Sörensen (2011). SBU:s granskningsmall för kvalitativa artiklar (SBU, 2014) är speciellt framtagen för att kritiskt kunna granska artiklar från flertalet områden inom hälso- och sjukvården (SBU, 2017), vilket gjorde granskningsmallen passande för litteraturstudiens syfte. Granskningsmallen från Olsson och Sörensen (2011) användes till de kvantitativa artiklarna då SBU:s granskningsmallar inte innefattar kvantitativ forskningsmetod. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades i resultatet, vilket gav ett brett resultat. Forsberg och Wengström (2013) menar att både kvalitativ och kvantitativ ansats kompletterar varandra i omvårdnadsforskningen. Studien av Federici et al. (2008) är utförd med en mixad metod. Artikeln granskades kvalitativt på grund av att artikelns resultat främst var kvalitativ. Samtliga resultatartiklar hade ett etiskt resonemang och godkännande av etisk kommitté, vilket är en styrka då svensk lag fastställer att ett etiskt resonemang kring frivilligt samtycke med efterföljande dokumentation av detta bör ingå i en forskningsstudie (SFS 2003:469). Majoriteten av resultatartiklarna använde en kvalitativ studiemetodik, detta kan ses som en styrka i relation till syftet som har ett subjektivt fokus. Resultatet har även fångat personer med AN i flertalet olika stadier av sjukdomen (innan, under samt efter behandling) och i olika stadier av livet åldersmässigt. Detta har gett en bred inblick i hur stigmatiseringen påverkar personerna som lider av sjukdomen under flera stadier i livet. Inga inklusions- eller exklusionskriterier användes relaterat till ålder, detta på grund av att författarna ville fånga personer med AN i alla åldrar. Studier inkluderade i resultatet utfördes i Kanada, Australien, Storbritannien, USA samt Norge. Detta gör resultatet applicerbart för industriländer, dock försämras generaliserbarheten till utvecklingsländer.

Efter att ha genomfört sökningar i flera databaser hittades elva relevanta artiklar. Detta låga antal skulle kunna ifrågasättas som en svaghet med argumentet att fler databaser hade kunnat användas. Med dessa elva resultatartiklar utvanns dock ett brett resultat med flertalet synvinklar kring ämnet. Trots användandet av vedertagna granskningsmallar som stöd för kvalitetsgranskning av artiklarna har författarna tolkat dessa artiklar utifrån deras

förkunskaper om forskningsmetodik. Det ska tas i beaktning att artiklarnas kvalitet kan bedömas olika från person till person. Ytterligare svagheter med studien är att samtliga artiklar som inkluderades i resultatet inte endast fokuserade på personer med AN. Ett av inklusionskriterierna i litteraturöversikten var att personer med AN skulle vara en del av urvalet. I fem resultatartiklar inkluderades dock personer med andra ätstörningar, exempelvis bulimi och EDNOS (eating disorders non specific) vilket enligt Billhult (2017) kan ifrågasätta resultatets validitet. Artiklarna som användes i resultatet har likaså nästan uteslutande undersökt kvinnors erfarenheter av stigmatisering relaterat till AN. Mäns erfarenheter av sjukdomen framkom inte i lika stor utsträckning, eventuellt på grund av ett minskat fokus eller okunskap kring AN inom denna grupp. Det kan likaså diskuteras huruvida ett mörkertal existerar kring mäns erfarenheter kring AN, vilket kan vara en anledning till att artiklar med män i urvalet var svårfunnet.

Författarnas intention med studien var att ge en så objektiv bild av ämnet, valda sökord och tolkning av resultat som möjligt.

## **4.2. Resultatdiskussion**

Stigmatisering kring personer med AN är ett problem i dagens samhälle på flera plan, exempelvis inom sjukvård samt en persons vänner och familj. Psykiska och fysiska aspekter av sjukdomen misstolkas ofta och omgivningen har en förvrängd bild av AN. Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa egenupplevd stigmatisering hos personer med AN och hur det påverkar deras återhämtning. Resultatet visar på att stigmatisering upplevs kraftigt av personer med AN och leder till ett oerhört lidande. Brist på förståelse för sjukdomens omfattning leder till negativa attityder relaterat till behandling och återhämtning.

Omgivningen upplevs uppfatta sjukdomen som enkel och självförvållad med få psykiska aspekter. En förståelse för återhämtningsprocessens tidsaspekt samt att psykiska besvär kan finnas kvar även efter avslutad behandling upplevs saknas hos omgivningen. Att en person upplever sig ha psykiska besvär även efter fysisk återhämtning kan påverka personens känsla av välbefinnande utifrån WHO (2017) definition av begreppet hälsa. Att uppleva välbefinnande är även en del av att inneha psykisk hälsa enligt Folkhälsomyndigheten (2017).



Hälsa ses även som en central del av omvårdnaden (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014) och sjuksköterskan ska likaså främja en persons hälsa och förebygga sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Som sjuksköterska är det därför viktigt att inneha kunskap om att den psykiska återhämtningen för personer med AN kan vara komplex och fortsätta även efter att fysisk återhämtning har uppnåtts.

Resultatet visar att personer med AN upplever en ensamhet i sjukdomen vilken förstärks av rådande stigmatisering. De upplever sig inte kunna beskriva sin sjukdom på grund av svårigheter att bli förstådda. Ensamhet är en del av Eriksson (1994) beskrivning av själsligt och andligt lidande. Detta lidande kan vidare påverkas av omgivningens och sjukvårdens bemötande av personen, vilket enligt Eriksson (1994) kan kopplas till att upplevd stigmatisering ökar det själsliga och andliga lidandet. Om stigmatisering upplevs av personer med AN påvisar vårt resultat att de negativa känslorna förstärks relaterade till att leva med AN, såsom skam, skuld och ensamhet. Dessa känslor är sammankopplade till Erikssons (1994) definition av själsligt och andligt lidande. Stigmatisering leder till ensamhet som leder till ytterligare AN-symptom. Med en upplevelse av stigmatisering från omgivningen kan det spekuleras om sjukdomen kan förvärras för de drabbade personerna. Därigenom försvåras deras återhämtning och deras lidande ökar. Att känna ensamhet kring sin sjukdom och livssituation kan även bidra till en förlust av resurser för personen, exempelvis att inte kunna tala med människor i sin omgivning relaterat till upplevelser av minskat stöd. Då livslidande innebär att en resursbrist upplevs hos en person stämmer resonemanget in på Eriksson (1994) definition av livslidande. Vidare visar resultatet att brist på stöd i sjukdomen i vissa fall leder till metoder för coping såsom missbruk och självskadebeteende vilket påtalar vikten av ett starkt fungerande stöd. Med bristande stöd kan det skapas spänningar och konflikter hos drabbade med AN som då belastas ytterligare i sjukdomen och de kan uppleva ett ökat lidande. Familjemedlemmar och vänner kan känna en frustration kring sjukdomen vilket försvårar situationen för personerna med AN då de vill göra familj och vänner delaktiga i återhämtningsprocessen. En möjlighet för sjuksköterskan att stödja familjen i denna process är att bidra med en ökad kunskap, informera och utbilda familjen om sjukdomen.

Tidigare studier som undersökt omgivningens fördomar gentemot personer med AN beskriver sjukdomen som självförvållad och att personer med AN saknar självkontroll (Caslini, Crocamo, Dakanalis, Tremolada, Clerici & Carrá, 2016; Geerling & Saunders, 2015). Vidare

beskriver media AN som en självförvållad sjukdom (O'Hara & Clegg Smith, 2007) vilket ger en missvisande bild. Resultatet visar på att personer med AN själva upplever samma stigmatisering kring sin sjukdom. Detta kan observeras som ett exempel på självstigma, där en person överför omgivningens upplevda stigmatisering till sig själv (Corrigan, et al. 2012). Det kan även diskuteras hur media påverkar omgivningens fördomar och därmed stigmatisering av sjukdomen. En förändrad mediabild, som exempelvis förklarar de komplexa bakomliggande faktorer som ger upphov till AN, skulle kunna förändra bilden av sjukdomen. Detta skulle i sin tur kunna bidra till minskad stigmatisering och minskat lidande för de drabbade.

Sjukvården och sjuksköterskan har i resultatet påvisats ha en betydande roll när det gäller en persons behandling och återhämtning från AN. Eventuell stigmatisering från sjukvårdspersonal påverkar motivation och attityd till behandling. Sjukvårdspersonalen förväntas vara kunniga och experter inom området av personer med AN. Resultatet visar dock att denna förväntning inte alltid uppfylls. Det uppstår då en kontrast mellan bristande förväntningar och att sjuksköterskan enligt ICN:s etiska kod ska utföra sitt yrke på ett sätt som gör att allmänhetens förtroende ökar (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Sjuksköterskan har likaså en viktig del i återhämtningsprocessen inom flera områden. Ansvar för sjuksköterskans sida är därigenom mångfacetterat.

Resultatet visar att en bra vårdrelation ger bättre förutsättning för återhämtning, dock kan det diskuteras hur en eventuell stigmatisering hämmar denna vårdrelation. Enligt Snellman (2014) är vårdrelationen redan från början en asymmetrisk sådan, där sjuksköterskan har en maktposition gentemot personen som söker vård. Med en hämning av denna relation skulle asymmetrin eventuellt kunna förstöras ytterligare. Det är viktigt att påpeka att det i sjuksköterskans roll ingår att utföra sitt yrke professionellt, med respektfullhet samt trovärdighet och medkänsla (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Det har framkommit i resultatet att första kontakten som personer med AN har med sjukvården spelar en avgörande roll för motivation till fortsatt behandling där sjuksköterskan har en betydande roll. När sjuksköterskan sympatiserar med patienten, individanpassar vården

och är tydlig gynnas behandlingen. Tillgång till mental utbildning och en kunskap hos vårdpersonal kring sjukdomen främjar likaså behandlingen. Resultatet visar att det är viktigt för personer med AN att det finns respekt, tillit, engagemang, stöd och motivation mellan dem och sjuksköterskan. Enligt ICN:s kod för sjuksköterskor ska även sjuksköterskan vara engagerad, stödjande och respektfull (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014).

Resultatet visar på att en högre stigmaresistens finns hos de som genomgått behandling. En gynnsam behandling visar på lägre nivå av självstigmatisering vilket betonar vikten av behandlingens effekt. Faktorer som ytterligare påtalar vikten av behandling är att personer som är mer kapabla att motverka stigmatisering visar sig ha ett ökat självförtroende och mer positiva attityder. För att som sjuksköterska arbeta för att öka självförtroendet och minska upplevelsen av stigmatisering hos personer med AN kan stigmaresistens vara ett arbetssätt. Det kan diskuteras om stigmaresistens kan användas av sjuksköterskan för att öka delaktigheten för patienten. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) ska hälso- och sjukvården så långt det är möjligt genomföras i samråd med personen och utformas efter hans behov och individuella förutsättningar. En implementering av stigmaresistens i vård av personer med AN som en omvårdnadsmetod kan diskuteras ha betydelse för delaktighet och *empowerment*, där *empowerment* enligt Askheim och Starrin (2007) syftar till att använda omvårdnadsmetoder för att öka en persons hälsa. Att vara delaktig kan även möjliggöras av att ha tillgång till all information (Askheim & Starrin 2007). Ett av sjuksköterskans ansvarsområden är att se till att informationen som ges också tas emot på ett lämpligt sätt för att underlätta förståelse och användning av denna information (SFS 2014:821; Svensk sjuksköterskeförening, 2014; Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Detta kan även kopplas till psykopedagogisk intervention som används för att ge information om sjukdomen till personer som lider av psykisk ohälsa samt deras anhöriga (Socialstyrelsen, u.å.).

Personer med AN upplevde en stigmatisering även efter avslutad behandling.

Stigmatiseringen under denna fas har visat sig leda till copingstrategier i form av alkohol och droger vilka i sin tur kan påverka personens hälsa negativt. Detta kan ses i relation till hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) där sjukvården ska fokusera på att förebygga ohälsa. Att

minska upplevelsen av stigmatisering hos personer med AN är därför av största vikt för sjukvården för att dessa personers känsla av hälsa inte ska hämmas ytterligare.

Självstigmatisering visas enligt resultatet vara ett av de största hindren för återhämtning hos personer med AN. När de känner sig trygga, förstådda och sedda av sjukvårdspersonalen bidrar det till en ökad motivation för återhämtning. Personer med AN har ett behov av att kommunicera utan att bli dömda av sin omgivning och behöver känna en trygghet i samtal om sjukdomen. När positiva samtal fördes med omgivning, familj och vänner kände sig personer med AN i större utsträckning fria från stigmatisering. Självkänslan ökade hos personer med AN och de upplevde sig ha en ökad kontroll över de negativa effekterna av sjukdomen. Resultatet visar på att ökad självkänsla och själv effektivitet påverkar de drabbades attityder till återhämtning positivt. Vidare visar resultatet att familjen är en viktig del i att minska upplevd stigmatisering hos personer med AN samt att stöd från familj och vänner är av betydande värde för personer med AN. Stigmatisering upplevd av personer med AN upplevs dock ofta komma från familj och/eller vänner. Det kan diskuteras huruvida utbildning av familj och vänner i samband med behandling av personer med AN kan minska stigmatiseringen, vilket stöds av tidigare forskning där föräldrar upplever en större förståelse för sitt barn vid utbildning om sjukdomen (Engman-Bredvik, Carballeira Suarez, Levi & Nilsson, 2016). Ett vidare begrepp som innefattar familj och vänner inom psykiatri är *expressed emotions*. Genom psykopedagogisk intervention kan *expressed emotions* minskas (Berglund, 2014) inom en nära grupp med hjälp av olika övningar och information (Borell, 2014). Att minska *expressed emotions* kan minska fientliga känslor och öka mer positiva aspekter (Berglund, 2014) vilket kan hjälpa en familjesituation som eventuellt varit baserad på stigmatiserande åsikter kring AN.

Återhämtningsprocessen beskrevs som en period i fyra faser. Under återhämtningsprocessens första fas kunde det upplevas en positiv förändring av personerna med AN relaterat till motivation. Detta beskrevs som ögonblicket då personerna övergick till fas två och personen kunde fortsätta genom faserna i återhämtningsprocessen. En anledning till denna positiva förändring var en upplevelse av minskad stigmatisering. Om en person med AN skulle bemötas av omgivningen och sjukvårdspersonal med en icke-dömande attityd och minskad

stigmatisering skulle det kunna leda till att återhämtningsprocessens andra fas påbörjas tidigare. Detta skulle minska de drabbades lidande och ge dem en förbättrad chans till återhämtning.

Det kan diskuteras huruvida media påverkar samhället till de fördomar som upplevs av personer med AN. I dagens samhälle har media en framträdande roll och i västvärlden har majoriteten tillgång till internet och massmedia. Resultatet visade att personer med AN har bevisats uppleva att omgivningen ser deras sjukdomstillstånd som en extrem bantningskur. Huruvida dagens skönhetsideal eventuellt påverkar denna bild är en intressant aspekt. Media bidrar likaså till en ökad stigmatisering av AN och förstärker som redan nämnt sjukdomen som ett skönhetsideal. I en studie av O'Hara et al. (2007) framkommer det att media ofta ger en orättvis och orealistisk bild av AN. De komplexa psykologiska och biologiska faktorer som leder till att en person drabbas av AN lyfts inte fram. Slutligen visades AN ofta upp i media som något att sträva efter, kopplat till nöjesbranschen och dess kändisskap.

Resultatet visar att upplevelsen av stigmatisering kring AN skiljer sig mellan kvinnor och män. Män upplever att sjukdomen beskrivs som en "kvinnlig sjukdom" vilket bidrar till att de inte uppsöker vård. Detta stöds av tidigare forskning där självstigma har visats påverka män med AN i högre utsträckning och leder till att de eventuellt blir odiagnostiserade (Griffiths, Mond, Li, Gunatilake, Murray, Sheffield & Touyz, 2015c). Det kan diskuteras huruvida deras lidande inte endast växer från att leva med sjukdomen utan även från deras upplevda stigmatisering och eventuell avsaknad av acceptans från sjukvården. Från sjukvårdens sida har det även påvisats att män med AN upplever att det finns en risk att sjukdomen missas på grund av att det är en man som uppvisar symptomen. Det kan diskuteras huruvida ett mörkertal existerar bland män på grund av att sjukdomen stämplas som en "kvinnlig sjukdom". Bilden av att AN främst drabbar kvinnor beskrivs även i media (O'Hara et al. 2007). Att män upplever stigmatiseringen olika jämfört med kvinnor kan dock inte helt fastställas då det finns alltför lite forskning inom mäns upplevelser av att leva med AN. Inte desto mindre är det intressant att spekulera kring samtidigt som mer forskning behövs.

#### **4.2.1 Implikationer för omvårdnad**

Självstigmatisering har påvisats hos personer med AN vilket bidrar till ett ökat lidande. För att minska upplevelsen av stigmatisering hos personer med AN och därmed minska deras lidande kan sjukvården stödja och guida dem till högre stigmaresistens vilket gynnar behandling och ger goda förutsättningar för framtiden. En minskning av självstigmatisering har påvisats ha god effekt genom NECT. Att införa NECT i omvårdnaden minskar självstigma hos personer med psykisk ohälsa samt ökar deras självkänsla mer jämfört med andra behandlingsmetoder (Hansson, Lexén, & Holmén, 2017). Psykopedagogisk intervention är ytterligare ett exempel på hur sjuksköterskan kan minska lidande hos personer med AN samt deras anhöriga. Psykopedagogisk intervention är ett implementerat redskap inom omvårdnad av personer med schizofreni för att underlätta den sociala miljön i familjen (Socialstyrelsen, u.å.). Att använda psykopedagogisk intervention inom omvårdnad av personer med AN skulle kunna gynna dem, exempelvis för att se hur detta påverkar recidiv. Det kan diskuteras hur dessa redskap kan implementeras inom vård av personer med AN och hur sjuksköterskan kan använda sig av dessa i omvårdnaden. Resultatet visar även på att ytterligare kunskap och utbildning behövs kring stigmatisering. Utbildning inom ätstörningar, däribland AN, samt dess stigmatisering behövs både hos grundutbildad sjukvårdspersonal och omgivningen för att minska stigmatisering under återhämtningsprocessen. Könsskillnader existerar likaså inom AN vilket betyder att det är viktigt för sjuksköterskan att ge en genusanpassad information och att ha förståelse för att stigmatiseringen skiljer sig mellan könen.

#### **4.2.2. Vidare forskning**

Under arbetets gång uppmärksammades flera områden där fortsatt forskning behövs. Ett intressant område relaterat till delaktighet men även för att minska lidande är stigmaresistens. Det behövs mer forskning kring detta i relation till AN för att kunna implementera det i evidensbaserad omvårdnad. Mäns upplevelser av stigmatisering kring AN behöver likaså uppmärksammas ytterligare inom forskningen då de lider i det tysta. Forskningsprojekt med fokus på olika interventioner, exempelvis NECT och psykopedagogisk intervention, är likaså

önskvärda för att i framtiden kunna införa dem i evidensbaserad omvårdnad relaterat till personer med AN. Ytterligare relevanta områden för vidare forskning är hur media påverkar bilden av personer med AN och bidrar till stigmatisering från omgivningen. Forskning kring hur personer med AN upplever behandlingen i relation till vikten av kost jämfört med mental träning är även av intresse. Med vidare forskning för att etablera evidensbaserad omvårdnad kan en ny behandlingsform eventuellt etableras i framtiden.

### **4.3. Konklusion**

Personer med AN upplever en stark stigmatisering kring deras sjukdom. Detta i kombination med självstigma hämmar deras chans till fullständig återhämtning. Stigmatisering kan leda till att personer med AN inte söker vård, detta är särskilt relaterat till mäns upplevelser av sjukdomen. Bilden av att AN är en kvinnlig sjukdom visas i att män har svårare att söka vård relaterat till sina besvär. Det finns betydligt fler hinder än möjligheter för personer med AN att uppnå hälsa, genomgå behandling samt uppleva återhämtning. Omgivningen upplever fortsatt AN som en självförvårdad sjukdom och när ett sådant föråldrat synsätt fortfarande råder i dagens moderna samhälle talar det för vikten av fortsatt utbildning och resonemang.

Implikationer för omvårdnad kan öka chansen till delaktighet för personer med AN. Att införa stigmaresistens och NECT i omvårdnaden av personer med AN kan vara viktiga behandlingsmetoder. Dessa metoder är även viktiga för att hjälpa personer med AN och stödja dem att nå bästa möjliga återhämtning. Att använda sig av tydlig individanpassad vård underlättar återhämtningen och skulle vara en vinst för personer med AN i deras återhämtningsprocess.

Sammanfattningsvis leder upplevd stigmatisering hos personer med AN till ett ökat lidande, dock finns ett flertal behandlingsmetoder att använda sig av samt möjlighet till utbildning som skulle underlätta deras väg mot återhämtning avsevärt. Med vidare forskning, implementering av olika behandlingsmetoder i evidensbaserad omvårdnad samt utbildning av individer i samhället och sjukvårdspersonal skulle personer med AN gynnas både inom vården men även ute i samhället.

## Referenslista

Referenser markerade med \* är resultatartiklar

- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: a systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 9-21. doi: 10.1002/eat.22598.
- Allgulander, C. (2014). *Klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (Red.). (2007). *Empowerment i teori och praktik*. Malmö: Gleerups.
- Berglund, N. (2014). Närståendearbete i integrerad psykiatri. I C. Brain., S. Landqvist-Stockman., & H. Olsson (Red.), *Integrerad psykiatri - case management i teori och praktik*, (s. 149-166). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A. (2017). Mätinstrument och diagnostiska test. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.133-142). Lund: Studentlitteratur.
- Björkman, T. (2005). Stigma. I D. Brunt & L. Hansson (Red.), *Att leva med psykisk funktionsnedsättning - livssituation och effektiva vård- och stödinsatser* (s.57-72). Lund: Studentlitteratur.
- Borell, P. (2014). Kognitiv beteendeterapi och integrerad psykiatri. I C. Brain., S. Landqvist-Stockman., & H. Olsson (Red.), *Integrerad psykiatri - case management i teori och praktik*, (s.123-147). Lund: Studentlitteratur.



- Caslini, M., Crocamo, C., Dakanalis, A., Tremolada, M., Clerici, M., & Carrá, G. (2016). Stigmatizing attitudes and beliefs about anorexia and bulimia nervosa among Italian undergraduates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(12), 916-924. doi: 10.1097/NMD.0000000000000606
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469. doi:10.1177/070674371205700804
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande - i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- \* Dawson, L., Rhodes, P., & Touyz, S. (2014). "Doing the impossible": The process of recovery from chronic anorexia nervosa. *Qualitative Health Research*, 24(4), 494-505. doi: 10.1177/1049732314524029
- \* Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Muskat, S., Domingo, A., & McCallum, L. (2016a). "You don't have anorexia, you just want to look like a celebrity": perceived stigma in individuals with anorexia nervosa. *Journal of Mental Health*, 25(1), 47-54. doi: 10.3109/09638237.2015.1101422
- \* Dimitropoulos, G., McCallum, L., Colasanto, M., Freeman, V. E., & Gadalla, T. (2016b). The effects of stigma on recovery attitudes in people with anorexia nervosa in intensive treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(5), 370-380. doi: 10.1097/NMD.0000000000000480
- Eldh, A.C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt* (s. 485-501). Lund: Studentlitteratur.

Engman-Bredvik, S., Carballeira Suarez, N., Levi, R., & Nilsson, K. (2016). Multi-family therapy in anorexia nervosa - a qualitative study of parental experiences. *Eating Disorders*, 24(2), 186-197. doi: 10.1080/10640266.2015.1034053

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

\* Federici, A., Kaplan, A. S. (2008). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: a qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 16(1), 1-10. doi: 10.1002/erv.813

Fitcher, M.M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders – results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391-401. doi: 10.1002/eat.22501

Folkhälsomyndigheten. (2017). *Psykisk hälsa - nationella folkhälsoenkäten*. Hämtad 2017-10-26, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/psykisk-halsa/>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier - värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade studentarbeten* (s.141-151). Lund: Studentlitteratur.

Geerling, D. M., & Saunders, S. M. (2015). College students' perceptions of individuals with anorexia nervosa: irritation and admiration. *Journal of Mental Health*, 24(2), 83-87. doi: 10.3109/09638237.2014.998807

- \* Griffiths, S., Mond, J. M., Murray, S. B., & Touyz, S. (2015a). The prevalence and adverse associations of stigmatization in people with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 767-774. doi: 10.1002/eat.22353
- \* Griffiths, S., Mond, J. M., Murray, S. B., Thornton, C., & Touyz, S. (2015b). Stigma resistance in eating disorders. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 50(2), 279-87. doi: 10.1007/s00127-014-0923-z
- Griffiths, S., Mond, J. M., Li, Z., Gunatilake, S., Murray, S. B., Sheffield, J., & Touyz, S. (2015c). Self-Stigma of seeking treatment and being male predict an increased likelihood of having an undiagnosed eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 775-778. doi: 10.1002/eat.22413
- \* Gulliksen, K. S., Nordbø, R. S. H., 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
- Hansson, L., Lexén, A., & Holmén, J. (2017). The effectiveness of narrative enhancement and cognitive therapy: a randomized controlled study of a self-stigma intervention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(11), 1415-1423. doi: 10.1007/s00127-017-1385-x.
- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt*. (s. 361-382). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.411-420). Lund: Studentlitteratur.

- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.
- Lilja, L., & Hellzén, O. (2014). Vårdares attityder och stigmatisering. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (s. 441-454). Lund: Studentlitteratur.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1146/annurev.soc.27.1.363>.
- Nationalencyklopedin (NE). (2017). *Psykisk hälsa*. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/psykisk-h%C3%A4lsa>
- O'Hara, S. K., & Clegg Smith, K. (2007). Presentation of eating disorders in the news media: what are the implications for patient diagnosis and treatment? *Patient Education and Counseling*, 68(1), 43-51. doi: 10.1016/j.pec.2007.04.006.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen - kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- \* Rance, N., Clarke, V., & Moller, N. (2017). The anorexia nervosa experience: shame, solitude and salvation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 17(2), 127-136. doi: 10.1001/capr.12097
- Raveneau, G., Feinstein, R., Rosen, L. M., & Fisher, M. (2014). Attitudes and knowledge levels for nurses and residents caring for adolescents with an eating disorder. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(1), 131-136. doi: 10.1515/ijamh.2013.0015

Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, *121*(1), 31-49. doi: 10.1016/j.psychres.2003.08.008

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 429-443). Lund: Studentlitteratur.

\* Räisänen, U., & Hunt, K. (2014). The role of gendered constructions of eating disorders in delayed help-seeking in men: a qualitative interview study. *The British Medical Journal*, *4*(4), e004342. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004342.

Segersten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade studentarbeten* (s.105-108). Lund: Studentlitteratur.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Smith, A.R., Zuromski, K.L., & Dodd, A.R. (2017). Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Current Opinion in Psychology*, *12*(22), 63-67. doi: 10.1016/j.copsy.2017.08.023

- Snellman, I. (2014). Vårdrelationer - en filosofisk belysning. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt* (s.439-462). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa - Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Hämtad 2017-10-31, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-4-1>.
- Socialstyrelsen. (u.å.). *Utbildning*. Hämtad 2017-11-02, från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforpsykosocialainsatservidschizofreni/centralarekommendationer/utbildning>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2014). *Bilaga 5 - Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser*. Hämtad 2017-10-05, från [http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_kvalitativ\\_forskningsmetodik.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf)
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2017). *Vår metod*. Hämtad 2017-11-14, från <http://www.sbu.se/sv/var-metod/>
- Stewart, M. C., Schiavo, R. S., Herzog, D. B., & Franko, D. L. (2008). Stereotypes, prejudice and discrimination of women with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16(4), 311-318. doi: 10.1002/erv.849.
- Svensk MeSH Ordbok. (2016). *Anorexia*. Hämtad 2017-11-25, från <https://mesh.kib.ki.se/Mesh/search/?searchterm=anorexia>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2017-11-23, från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2017-11-23, från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/>

Svenska Akademiens Ordbok. (2017). *Stigmatisering*. Tillgänglig: [https://www.saob.se/artikel/?unik=S\\_11633-0104.5I47](https://www.saob.se/artikel/?unik=S_11633-0104.5I47)

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). (2017). *Psykisk hälsa*. Hämtad 2017-10-25, från <https://skl.se/halsasjukvard/psykiskhalsa.229.html>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis.

\* Walker, S., & Lloyd, C. (2011). Issues experienced by service users with an eating disorder: a qualitative investigation. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 18(10): 542-550.  
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=12a1844d-796e-43cc-9488-1717b12b5ca8%40sessionmgr102>

Watson, J. (1989). Human caring and suffering: a subjective model of health science. In R. Taylor & J. Watson (Ed.), *They shall not hurt: Human suffering and human caring* (s. 125-136). Boulder, CO: Colorado Associated University Press.

Wentz, E. (2014). Ätstörningar. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (s. 283-301). Lund: Studentlitteratur.

Wiklund Gustin, L. (2014). Lidande - en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt*. (s. 269-292). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organisation (WHO). (2017a). *Body Mass index - BMI*. Hämtad 2017-10-17, från <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

World Health Organisation (WHO). (2017b). *What is the WHO definition of health?* Hämtad 2017-10-31, från <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>.

\* Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 2020-2029. doi: 10.1111/jocn.12182.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.59-82). Lund: Studentlitteratur.



# Bilaga 1

## Söktabell

<i>Datum</i>	<i>Sökord</i>	<i>Begränsningar (Limits)</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Relevanta abstract</i>	<i>Granskade artiklar</i>	<i>Valda artiklar</i>
5/10-2017 PubMed	stigmatization AND eating disorder	5 year studies	42	5	5	Griffiths et al. (2015a).  Dimitropoulos et al. (2016a)  Griffiths et al. (2015b).
13/10-2017 PubMed	anorexia nervosa AND treatment AND men	5 year studies	26	4	2	Räisänen et al. (2014)
13/10-2017 Cinahl	stigma AND anorexia OR anorexia nervosa	peer reviewed	48	6	4	Dimitropoulos et al. (2016b).
13/10-2017 PsychINFO	stigma AND anorexia OR anorexia nervosa	peer reviewed	65	3	2	Rance et al. (2017).

16/10-2017 Cinahl	eating disorders AND treatment experience	peer reviewed	37	3	1	Walker et al. (2011)
19/10-2017	Manuell sökning					Gulliksen et al. (2015). Zugai et al. (2013).
20/10-2017	Manuell sökning					Dawson et al. (2014) Federici et al. (2008)

## Bilaga 2

### Artikelöversikt

<i>Titel</i> <i>Författare</i> <i>Årtal</i> <i>Land</i>	<i>Syfte</i>	<i>Metod</i>	<i>Urval</i>	<i>Resultat</i>	<i>Kvalitetsgranskning</i>
<p>“Doing the impossible”: the process of recovery from chronic anorexia nervosa.</p> <p>Dawson et al. (2014).</p> <p>Australien</p>	<p>Undersöka tillfriskningsprocessen hos personer med tidigare kronisk anorexia nervosa.</p>	<p>Kvalitativ forskningsmetodik med narrativt fokus. Utförd genom djupintervjuer.</p>	<p>Ändamålsenligt urval. Åtta kvinnliga deltagare värvades genom mediautskick och exkluderades med hjälp av inklusionskriterier. Återhämtning från anorexia nervosa bedömdes enligt två mallar.</p>	<p>Fyra faser uppstod under tillfriskningsprocessen. Faserna kunde upplevas tydligt åtskilda eller överlappade samt skiljde sig åt tidsmässigt.</p> <p><i>Fas 1:</i> ovillig eller inte redo för förändring.</p> <p><i>Fas 2:</i> Brytpunkten då motivation återfanns.</p> <p><i>Fas 3:</i> aktivt arbete för återhämtning.</p> <p><i>Fas 4:</i> reflektion och rehabilitering.</p>	<p>Hög</p>
<p>“You don’t have anorexia, you just want to look like a celebrity”: percieved stigma</p>	<p>Undersöka vilka fördomar personer med anorexia nervosa upplever att samhället har.</p>	<p>Kvalitativ metod med tematisk analys. Utförd genom semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Lämplighetsurval där 19 personer med anorexia nervosa deltog.</p>	<p>Identifierar tre teman kring uppfattad stigmatisering kring anorexia nervosa.</p> <p>1. Anorexia nervosa inte ses som en</p>	<p>Hög</p>

<p>in individuals with anorexia nervosa.</p> <p>Dimitropoulos et al. (2016a).</p> <p>Kanada</p>				<p>sjukdom.</p> <p>2. Omgivningen uppfattar det som ett val att drabbats av sjukdomen, att det handlar om att få uppmärksamhet eller är en typ av skönhetsideal att eftersträva.</p> <p>3. Det upplevs finnas en snabb och enkel lösning på sjukdomen. Omgivningen uppfattas inte vara insatt i hur omfattande behandlingen är fysiskt och psykiskt.</p>	
<p>The effects of stigma on recovery attitudes in people with anorexia nervosa in intensive treatment.</p> <p>Dimitropoulos et al. (2016b)</p> <p>USA</p>	<p>Att bepröva en tidigare använd modell av självstigmatisering på individer som vårdas för anorexia nervosa inom slutenvården</p>	<p>Kvantitativ forskningsmetodik med tvärsnittsdesign. Utförd genom frågeformulär.</p>	<p>Bekvämlighetsurval. 36 kvinnor värvades inom två veckor efter inskrivning på en ätstörningsklinik.</p>	<p>Återhämtning påverkas av stigmatisering, självstigma samt självkänsla.</p> <p>Tilltro till återhämtning påverkas negativt av upplevd stigmatisering och självstigma.</p>	<p>Hög</p>
<p>The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: a qualitative</p>	<p>Utforska subjektiva berättelser hos viktåterställda kvinnor med tidigare anorexia nervosa. Undersöka deras</p>	<p>Mixad method. Kvalitativ forskningsmetodik med fenomenologiskt fokus. Utförd genom</p>	<p>Lämplighetsurval. 15 kvinnor värvades genom Toronto General Hospital efter avslutad behandling. Två grupper</p>	<p>Personer som vårdas för anorexia nervosa har personliga vårdbehov som skiljer sig ifrån varandra.</p> <p>Återhämtningsprocessen upplevs</p>	<p>Hög</p>

<p>study.</p> <p>Federici et al. (2008).</p> <p>Kanada</p>	<p>upplevelser av sjukdomen.</p>	<p>semistrukturerade intervjuer. Tillägg av kvantitativ undersökning relaterat till BMI samt skillnader i vårdmiljön.</p>	<p>utgjorde urvalet: de som fick recidiv inom ett år och de som inte fick recidiv.</p>	<p>fortsätta även efter avslutad behandling. Att känna trygghet hos familj och vänner upplevdes som viktigt.</p>	
<p>The prevalence and adverse associations of stigmatization in people with eating disorders.</p> <p>Griffiths et al. (2015a).</p> <p>Australien, Storbritannien, USA</p>	<p>Undersöka omfattning samt samband mellan stigma hos personer med ätstörningar</p>	<p>Kvantitativ metod genom mediautskick där enkäter besvarades online.</p>	<p>317 personer med anorexia nervosa, bulimia nervosa och EDNOS.</p>	<p>Deltagarna upplevde att det finns olika stigmatisering kring ätstörningar. Stigma kring att sakna självkontroll och att män kände sig mindre manliga identifierades. Ju mer stigma som upplevdes fanns under längre tid desto svårare ätstörning. Låg självkänsla och att inte våga söka hjälp resulterade i mer självstigmatisering.</p>	<p>Hög</p>
<p>Stigma resistance in eating disorders.</p> <p>Griffiths et al. (2015b).</p> <p>Australien, Storbritannien, USA</p>	<p>Undersöka stigmaresistens hos personer med ätstörningar</p>	<p>Kvantitativ metod genom media utskick där enkäter besvarades online.</p>	<p>452 personer med nydiagnostiserad och/eller tidigare diagnoserad anorexia nervosa, bulimia nervosa och EDNOS.</p>	<p>Stigma resistens är högre hos individer som genomgått vård än hos de individer som är nydiagnostiserade. Högre stigma resistens hos individer som genomgått vård berodde bland annat på mindre ätstörningssymtom och depressiva symtom, ökat självförtroende, mer positiva attityder till att söka hjälp och lägre</p>	<p>Hög</p>

				självstigmatisering.	
<p>The process of help-seeking in anorexia nervosa: patients' perspective of first contact with health services.</p> <p>Gulliksen et al. (2015).</p> <p>Norge</p>	<p>Undersöka omständigheter, tankar och reaktioner kring första vårdkontakten för kvinnor med anorexia nervosa</p>	<p>Kvalitativ forskningsmetodik med deskriptiv samt grounded-theory design.Utförd genom semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Lämplighetsurval. 34 kvinnor värvades genom fem vårdinstitutioner i Norge. 22 vårdades inom öppenvården, 12 inom slutenvården.</p>	<p>Första kontakten med sjukvården skedde genom olika scenarion, antingen på eget initiativ, med hjälp av andra personer eller efter påtryckning av sjukvården.</p> <p>Motivation till vård upplevdes sällan av personerna vid första vårdtillfället. Ofta var depressiva och/eller somatiska besvär orsaken till vårdkontakten.</p> <p>Bemötandet från vårdpersonalen påverkade personernas reaktion på första vårdkontakten. Det påverkade huruvida personen blev motiverad till fortsatt behandling.</p>	<p>Hög</p>
<p>The anorexia nervosa experience: shame, solitude and salvation.</p> <p>Rance et al. (2017).</p> <p>Storbritannien</p>	<p>Uppmärksamma de upplevda erfarenheterna av kvinnor med anorexia</p>	<p>Kvalitativ forskningsmetodik med tematisk design. Utförd genom semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Ändamålsenligt urval. 12 kvinnor värvades genom en nationell organisation som stödjer personer med ätstörningar, rådgivningstjänster samt stödgrupper i södra England.</p>	<p>Tre teman fastställdes: skam, ensamhet och räddning.</p> <p>Skam upplevdes av kvinnorna som en stor del av deras erfarenhet med sjukdomen. De kände även en ensamhet i att leva med sjukdomen. Samtidigt sågs vissa aspekter av sjukdomen ur en positiv synvinkel - sjukdomen blev därigenom en räddning.</p>	<p>Hög</p>

<p>The role of gendered constructions of eating disorders in delayed help-seeking in men: a qualitative study.</p> <p>Räisänen et al. (2014).</p> <p>Storbritannien.</p>	<p>Att förstå hur unga män känner igen ätstörningssymtom och söker vård samt undersöka deras första möte med primärvården</p>	<p>Kvalitativ forskningsmetodik med djupintervjuer.</p>	<p>Ändamålsenligt urval samt snöbollsurval. 10 män med en ätstörningsdiagnos: anorexia nervosa, bulimia nervosa och/eller EDNOS.</p>	<p>Ätstörningar upplevs som ett "kvinnligt" problem vilket försvårar männens väg till vård. Deltagarna upplevde att deras sjukdom inte upptäckts tidigare på grund av bristande intresse för ätstörningar hos män. De upplevde att de inte blev tagna på allvar av vården och de ville inte vara en "börda". Deltagarna upplevde en avsaknad av genusanpassad information och resurser för män med ätstörningar.</p>	<p>Medelhög</p>
<p>Issued experienced by service users with an eating disorder: a qualitative investigation.</p> <p>Walker et al. (2011).</p> <p>Australien</p>	<p>Att undersöka upplevelsen av behandling hos individer som blivit diagnostiserade med ätstörning.</p>	<p>Kvalitativ metod i en fokusgrupp med semistrukturerad uppbyggnad.</p>	<p>Ändamålsenligt urval. 6 kvinnor värvades genom ett register över personer som behandlats eller behandlas för ätstörningar (anorexia nervosa samt bulimia nervosa).</p>	<p>Tre teman identifierades.</p> <p>1. Terapeutiskt förhållande. Det måste finnas ett förtroende för terapeuten för att behandlingen ska fungera. Deltagare måste kunna kommunicera och känna utan att bli dömda.</p> <p>2. Respons från omgivning. Deltagare upplever att stöd från familj och vänner spelar stor roll. Sjukdomen kan skapa spänningar och leda till konflikter. Deltagare upplevde stigma och brist på förståelse från omgivningen. Omgivningen misstolkade ofta viktnedgången som att deltagarna var drogberoende eller</p>	<p>Hög</p>

				<p>uppmärksamhetssökande.</p> <p>3. Behandlingsupplevelser. Deltagare upplevde att vårdare hade för lite kunskap och brist på förståelse för sjukdomen. Om de däremot vårdades av specialister kände de mer empati och förståelse. Deltagare kände att problemlösning och fokus på känslor var meningsfullt.</p>	
<p>Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumers perspective.</p> <p>Zugai et al. (2013).</p> <p>Australien</p>	<p>Att fastställa hur sjuksköterskor säkerställer viktökning och en positiv patientupplevelse för behandling av unga vuxna med anorexia nervosa genom patienternas perspektiv.</p>	<p>Kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med en tematisk analys.</p>	<p>Bekvämlighetsurval. 8 personer med AN värvades från en ätstörningsklinik i Sydney.</p>	<p>Sjuksköterskor spelade en stor roll för upplevelsen av behandlingen. Tre teman identifierades i studien.</p> <p>1. Hur sjuksköterskor försäkras sig om viktuppgång hos personen de vårdar. Deltagare upplevde att sjuksköterskorna tog kontroll över deras situation.</p> <p>2. Hur sjuksköterskor bibehåller en terapeutisk social miljö. Deltagare upplevde att sjuksköterskor ska vara tydliga med vilka regler som gäller men kunna anpassa dem efter individen och inte exempelvis "straffa" eller berätta om konsekvenser när det inte är relevant.</p> <p>3. Relationen till sjuksköterskan.</p>	<p>Hög</p>



				<p>Relationen mellan sjuksköterska och personerna med AN hade en avgörande roll både för viktuppgång och patientupplevelse. Sjuksköterskor behövde visa empati och se till att relationen kändes avslappnad. Respekt, tillit, engagemang, stöd och motivation var viktigt för deltagarna i studien.</p>	
--	--	--	--	---	--