



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete
KURS 17, 15 hp
VT 2012

KVINNLIGHETENS KONSEKVENNS

En diskursanalytisk studie om sjuksköterskors tal om anorexi

A CONSEQUENCE OF BEING FEMALE

A discourse analytic study on nurse's talk of anorexia

Anna Leijon

SAMMANFATTNING

Detta är en kvalitativ studie som genom applicerandet av ett genusperspektiv och ett diskursanalytiskt analysätt ämnat belysa olika diskurser som finns i sjuksköterskors tal om anorexi. *Bakgrund:* Anorexia Nervosa utgör en av de vanligaste formerna av ätstörningar. Bakomliggande orsaksförklaringar saknas dock fortfarande och inga säkra svar finns heller på varför kvinnor är så överrepresenterade bland de som drabbas. Teoretiserandet ur ett genusperspektiv erbjuder nya förståelsemodeller men är eftersatt inom omvårdnadsforskningen. *Syfte:* Att belysa och identifiera hur anorexi konstrueras med hjälp av olika diskurser i sjuksköterskors tal om anorexi. *Metod:* En diskursanalys genomfördes på materialet som bestod av intervjuer med fyra legitimerade sjuksköterskor arbetande i primärvården. *Resultat:* Tre olika diskurser identifierades och kallades för Individualitetsdiskursen, Samhällsdiskursen och Genusdiskursen. I den första identifierade diskursen diskuterades anorexi som ett problem vars orsaksförklaring står att finna hos den enskilda individen, i den andra som ett tillstånd konstruerad i relation till samhällelig påverkan och i den tredje som ett uttryck för ett ojämnt samhälle. Diskurserna visade hur förståelsen av anorexi kan både skilja sig åt och förstås på olika sätt samtidigt beroende på tolkningen. *Slutsats:* Anorexi kan förstås som såväl en individuell sjukdom såväl som ett tillstånd orsakat av samhälleliga och mediala krav på kvinnor samt även som en strukturell problematik där den egentliga sjukdomsbilden står att finna hos samhället.

Nyckelord: anorexi, omvårdnad, genusperspektiv, feminism, diskurs.

SUMMARY

This is a qualitative study, which through the application of a gender perspective as well a discursive approach has aimed to highlight different discourses in nurses' talk of anorexia.

Background: Anorexia Nervosa is one of the most common forms of eating disorders. Despite this, explanations regarding underlying causes are still lacking and no definite answers exist concerning the overrepresentation of women carrying the disease. Theorizing from a gender perspective offers new models of understanding but is neglected within nursing science.

Purpose: This study aims to highlight and identify how anorexia is constructed within different discourses in nurses' talk of anorexia. *Method:* A discourse analytic approach was applied to the material, which consisted of interviews with four registered nurses working in primary health care. *Results:* Three different discourses were identified and labeled The Individuality Discourse, The Societal Discourse and The Gender Discourse. This showed how the understanding of anorexia can both differ and be understood in different ways simultaneously depending on one's reading. The first identified discourse discussed anorexia as an individual disease with individual underlying causes, the second as a condition constructed in relation to societal influence and the third as an expression of an unequal society. *Conclusion:* Anorexia can be understood as an individual disease as well as a condition caused by society and media pressure and also as a problem on a structural level where the real sickness is to be found within society itself.

Keywords: anorexia, nursing care, gender perspective, feminism, discourse.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND.....	2
	2.1 Genusbegreppet och dess relevans för forskningen	4
	2.2 Ätstörningar med fokus på anorexi.....	5
	2.3 Ätstörningar/anorexi ur ett feministiskt-/genusperspektiv	7
3	PROBLEMFÖRMULERING	9
4	SYFTE	9
5	Design	10
	5.1 Design.....	10
	5.2 Urval.....	11
	5.3 Datainsamlingsmetod och genomförande	11
	5.4 Dataanalys	13
6	ETISKA ASPEKTER.....	15
7	RESULTAT	16
	7.1 Individualitetsdiskursen	16
	7.2 Samhällsdiskursen.....	17
	7.3 Genusdiskursen	18
8	DISKUSSION.....	20
	8.1 Metoddiskussion	20
	8.2 Urvalsdiskussion	21
	8.3 Tillförlitlighet.....	21
	8.4 Gjorda val som påverkat arbetets utformning och resultat	22
	8.5 Resultatdiskussion.....	23
	8.6 Avslutande reflektion av författaren	25
	8.7 Slutsatser	27
	8.8 Klinisk betydelse.....	28
	8.9 Förslag på vidare forskning/utveckling	28
9	REFERENSER	30
10	BILAGOR.....	1

1 INLEDNING

Sommaren 2003 väger jag 45 kg till mina 172 centimetrar. Sedan vänder det. Siffrorna på vågen börjar, som det brukar heta, peka uppåt. Kurvor (om än blygsamma) återvänder till min tunna kropp. Jag låter dem göra det. Min två år långa sjukskrivning avslutas. Jag börjar läsa genusvetenskap. Läker. Finner nya insikter. Blir starkare, stärkt. Skriver en kandidatuppsats om anorexi och vård. Börjar forska.

2009. Längtar efter en annan typ av praktik. Säger upp mig. Börjar utbilda mig till sjuksköterska. Förvånas. Var finns det, genusperspektivet? Min saknad är stor. Övertygelsen blir hos mig starkare och starkare, stärks av lagstiftning och vetenskapen jag bär sedan tidigare: den behövs här, genusvetenskapen. Den är inte ett förhållningssätt, en ideologi eller ett tyckande. Den är en vetenskap som kan göra oss till bättre sjuksköterskor. Det råder motvind. Men ibland; mjuka, kärleksfulla klappar på min kind och viskande röster i annars tysta klassrum som säger ”fortsätt”. Så jag gör det. Och skriver vidare om ett bortglömt område i sjukvården, i omvårdnadsforskningen. För alla de som bär en problematik som tynger dem. För alla som vågar se den större bilden. Och för att jag gäckas, förfasas och fascineras av detta svårfångade begrepp som är *anorexi*.

2 BAKGRUND

Här kommer problematiken med anorexi att presenteras ur olika perspektiv. Även arbetets teoretiska förståelseramar kommer att presenteras, samt begrepp som är av bärande betydelse för denna studie.

2.1 Nödvändigheten av ett vidgat perspektiv på omvårdnadsforskning

Öhman (2004) menar att dagens vårdutbildningar jämfört med tidigare blivit bättre på att presentera multifaktoriella orsaksförklaringar till ohälsa och sjukdom. Dock menar hon samtidigt att vad som fortfarande saknas är en integrering av andra forskningsområden och perspektiv, såsom exempelvis genusperspektiv, för att komplettera den befintliga biomedicinska kunskapen. En följd av detta blir således enligt Öhman att studenterna tränas i och blir duktiga på att leta efter ”det onormala” (ibid., s. 181) men ofta saknar redskap för att förstå den sociala dimensionen av problematiken.

Notter och Rose Hott (1996) menar att sjuksköterskor tidigare varit benägna att ”godta auktoritetens idéer och kunskap utan att nämnvärt ifrågasätta dessa” (ibid., s. 18) då omvårdnadens praktiska aspekter stått i fokus snarare än forskning på ämnet. Författarna menar att ett sådant förhållningssätt från sjuksköterskans sida går att spåra till Florence Nightingales baserande av vad som kom att bli den moderna sjuksköterskeutbildningen på en militär tradition med en starkt auktoritär prägling. Situationen kan jämföras med den som diskuteras av Jorfeldt (2006) och som vetenskapligt varit rådande mellan medicinska och kulturella förklarings- och förståelsemodeller där den medicinska diskursen innehåft tolkningsföreträdet. Att omvårdnad, som är en relativt ny vetenskap, och medicin är verksamma på samma plan ledde länge till att den förra förhöll sig osjälvständig gentemot den starka och väletablerade medicinska vetenskapen och dess ontologiska grundantaganden. Under 80-talet sågs dock enligt Jorfeldt en början till ett frigörande från denna och röster höjdes för en tvärvetenskaplig inriktning på vårdforskningen vilken förespråkare för denna menade i högre utsträckning borde nyttja influenser från såväl medicinska som

beteende- och samhällsvetenskapliga vetenskaper. Vårdforskningen befann sig därmed i ett spänningsfält när den gjorde inträde på forskningsarenan och tvingades inte minst metodologiskt hävda sig gentemot en hierarkisk medicinsk vetenskapsdiskurs (Jorfeldt, 2006).

Määttä (2009) reflekterar i linje med detta i sin artikel över avsaknaden av forskning gällande kvinnors och mäns olika upplevelser av psykiatrisk sjukhusvård och menar att den obefintliga forskningen kan tolkas som ett tecken på en ”taken-for-granted-attitude” (ibid., s. 177) där uppfattningen är att de rådande villkoren är naturliga och därigenom oproblematiska. Määttä, liksom Jorfeldt (2006), konstaterar att något ytterligare som saknas i den omvårdnadsvetenskapliga forskningen är studier om kvinnor och män i vårdens olika delar samt i en klinisk kontext; något som Määttä (2009) anser problematiskt då vårdpersonalens attityd till patientens genus såväl som biologiska könstillhörighet enligt henne utgör en nyckelroll i vårdens kvalitet. Määttä visar vidare på hur patientrollen konstrueras i interaktion med vårdpersonalen. Här framträder den dubbla börda kvinnliga psykiatriska patienter upplever genom att först *bli patienter* samt vidare genom att förväntas uppträda på ett visst sätt i enlighet med en förutbestämd uppfattning om kvinnlighet. Deras position blir på så sätt dubbelt utsatt genom att inte bara vara patient utan även en *kvinnlig* sådan.

Halford och Leonard (2003) menar att människor till viss del skapar den plats de befinner sig på – men att platser i sig även kan användas för att skapa människor; både genom att inskränka eller begränsa dem samt genom att erbjuda möjligheter i skapandet av en identitet. Om man som Halford och Leonard förstår identitet som något som ständigt skapas (till skillnad från något historiskt givet, min anm.) blir identiteten även beroende av de omedelbara resurser som omger människor i såväl tid som rymd. På detta sätt kan den materiella rumsligheten komma att bli ”a tool for thought and action” (ibid., s. 202) och därmed, menar de, blir institutioner såsom sjukhus aktiva medskapare av specifika subjekt till skillnad från att utgöra en neutral förvaringsplats.

2.1 Genusbegreppet och dess relevans för forskningen

Genusforskningen anses ha växt fram med hjälp av en feministisk drivkraft (Dahlborg & Eriksson, 2006). Detta betyder dock inte att ett genusperspektiv är fokuserat enbart, eller primärt, på kvinnor utan att *konstruktionen av* och *relationen mellan* könen är föremål för analys. Forskningen blir i sin tur *feministisk* då den avser att belysa, ändra eller kritisera ojämlika maktförhållanden mellan könen.

Begreppet *genus* är en försvenskning av det engelska ordet *gender* vilket betyder kön (Johansson & Hovellius, 2004). Dahlborg och Eriksson (2006) skriver att det från början användes som en medicinsk term, men i takt med den feministiska vetenskapens framväxt under 1960-70 talen även kom att användas som beskrivande en social process vilken i sin tur kopplades till kön i allmänhet. Med detta menas att begreppet även började användas som analysredskap. Detta möjliggjorde i sin tur att idén om kön kunde lösöras från det biologiska och istället kom att innebära en förståelse av att *kvinnligt* och *manligt* är något som konstrueras och återskapas i den sociala kontexten. Genus skulle alltså kunna användas som beskrivande *det sociala könet*, i betydelsen att innebörden skapas och förändras historiskt, socialt och kulturellt och betydelsen av *kvinnligt* och *manligt* kan därmed även skifta över tid och rum. Begreppet *genus* behandlar här, i enlighet med Dahlborg och Erikssons beskrivning, även sociala maktstrukturer och hierarkier. Att integrera ett genusperspektiv i omvårdnadsforskningen handlar även om ett synliggörande av de ”falska anspråk på könsneutralitet” (Jorfeldt, 2006, s. 37) som döljer sig i såväl tankar och praktiker som det vetenskapliga arbetet och vidare ett påvisande av att ”kön/genus utgör ett centralt ämne för att förstå praktiskt taget alla aktiviteter i sjukvård och omvårdnad” (ibid., s. 37).

Hammarström (2007) talar om *genus* som analysredskap. Med detta avser hon *strukturella* analyser vilka hon menar är centrala för producerandet av ny kunskap. En analys som däremot behandlar kön endast som en variabel, vilket tidigare varit vanligt, riskerar enligt Hammarström dock snarare att befästa överdrivna olikheter mellan män och kvinnor. En *genus*analys utmanar däremot dominerande epistemologier och minimerar även risken att kunskapsproduktionen blir essentialistisk (i betydelsen att kvinnor och män samt skillnaden och relationen dem emellan betraktas som konstant och icke förändringsbar (ibid.)). Holdcroft (2007) menar även att uppmärksammandet

och integrerandet av genus som analytisk kategori i forskningen både reducerar bias, då hon menar att den tidigare genusblinda forskningen negligerat effekterna av såväl omgivning som social interaktion mellan individer, och leda till förstärkta forskningsresultat (Holdcroft, 2007).

I vad som följer kommer begreppet *genus*, till skillnad från det biologiska *kön*, att användas som ett analysverktyg i enlighet med betydelsen som ges av Smirthwaite (2007). Hon utgår ifrån begreppet som någonting vi ständigt skapar, återskapar och omskapar i och med våra handlingar. Vidare menar Smirthwaite att förståelsen av teorin om ett tvådelat *genussystem* med å ena sidan ett isärhållande av kategorierna *manligt* och *kvinnligt* och å andra en hierarkiskt ordnad verklighet med en manlig norm och dito primat kan tillföra ett mervärde i arbetet för en jämställd vård. Denna förståelse utgör även arbetets teoretiska avstamp.

2.2 Ätstörningar med fokus på anorexi

Enligt Kunskapscentrum för ätstörningar (2011) räknas bulimia nervosa, ätstörning utan närmare specifikation samt anorexia nervosa till de vanligaste formerna av ätstörningar. Det är den senare av dessa som står i fokus för denna uppsats och kommer i fortsättningen att skrivas ut som *anorexi*.

En person som lider av anorexi diagnostiseras i enlighet med något av de två diagnostiska systemen DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fjärde upplagan), som är det amerikanska systemet, eller WHO:s ICD-10 (International Classification of Diseases, version 10) (Kunskapscentrum för ätstörningar, 2011). I Sverige används oftast DSM-IV vars diagnostiska kriterier gällande anorexia nervosa redogörs för nedan:

A. Vägrar hålla kroppsvikten på eller över nedre normalgränsen för sin ålder och längd, t ex viktnedgång som leder till att kroppsvikten konstant är mindre än 85 % av den förväntade, ökar inte i vikt trots att kroppen fortfarande växer, vilket leder till att kroppsvikten är mindre än 85 % av den förväntade.

B. Personen har en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, trots att han eller hon är underviktig.

C. Störd kroppsupplevelse avseende vikt eller form, självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar allvaret i den låga kroppsvikten.

D. Amenorré hos menstruerande kvinnor, d v s minst tre på varandra följande menstruationer uteblir. En kvinnas menstruation anses ha upphört om hon endast menstruerar till följd av hormonbehandling, t ex med östrogen (Stockholms Läns Landsting, 2010).

Två undertyper förekommer: med enbart självsvält och med hetsätning/självrening. Den första beskriver ett tillstånd då personen under den aktuella episoden av anorexia nervosa inte regelmässigt har hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder, d v s självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang. Den andra undertypen identifierar ett tillstånd under den aktuella episoden av anorexia nervosa då personen regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder så som beskrivits ovan (Stockholms Läns Landsting, 2010).

Eftersom inte alla fall av anorexi upptäcks eller kommer under behandling går det inte med säkerhet att säga hur vanligt förekommande tillståndet är. Då diagnoskriterierna ändrats över tid är det även svårt att jämföra vetenskapliga studier men görs en sammanfattning av det rådande kunskapsläget med hänsyn till forskningsbegränsningarna kan det först och främst konstateras att ätstörningar i stort men i synnerhet anorexi drabbar i könsmässigt väldigt olika utsträckning. De som främst drabbas av anorexi är tonårsflickor och unga kvinnor där det beräknas att ca 1 % i riskåldern 13-30 uppfyller de diagnostiska kriterierna vilket för Sveriges befolkning som helhet beräknas motsvara ca 10000 individer. Dessa beräkningar inkluderar inte heller pojkar eller män, vilkas andel drabbade beräknas till ca 0,1 % av den totala befolkningen (Kunskapscentrum för ätstörningar, 2011).

Varför kvinnor och män drabbas i så olika utsträckning är inte klarlagt, och inte heller vad tillståndet beror på eller orsakas av (Clinton & Norring, 2002). Behandlingen av tillståndet har över tid präglats av olika teorier, modeller och idéer till följd av denna oklarhet - något som även är karakteriserande för ett så relativt ungt forskningsområde som problematiken med ätstörningar utgör. Dock råder en bred konsensus inom vården idag om att anorexi både utgörs och orsakas av en stor mängd samspelande faktorer. Clinton, Engström och Norring (2002) diskuterar den komplexa etiologin vilken de

menar är ett samspel av psykologiska, biologiska och sociokulturella faktorer som alla medverkar till uppkomst och vidmakthållande vilket även är orsaken till att det fortfarande inte går att svara på varför en specifik behandlingsmodell är verksamt för vissa patienter men inte för andra. En liknande diskussion förs även av psykiatrikern Bob Palmer (2000) som betonar nödvändigheten av att använda olika teorier för att förklara uppkomsten av såväl ätstörningar i stort som anorexi. Dock menar han att ett snarast rutinmässigt hänvisande till en multifaktoriell förklaringsmodell inte bör ses som slutet på orsaksdiskussionen utan istället som inspirerande till ett sökande efter nya förståelseperspektiv gällande hur en person som lider av problematiken bäst kan förstås.

För vården är det vanligt att personer med ätstörningsproblematik orsakar stora problem såväl gällande svårigheter att behandla tillståndet som *var* det ska behandlas då såväl barn- som vuxensjukvård och psykiatri som somatik omfattas (af Sandeberg et al., 2009).

2.3 Ätstörningar/anorexi ur ett feministiskt-/genusperspektiv

Utifrån strukturella och såväl genus- som feministiskt inriktade perspektiv utgör inte ätstörningar ett enhetligt kliniskt begrepp utan ses som något reflekterande kulturella motsättningar gällande kvinnor och femininitet. Kroppar och kroppsliga praktiker ses som konstituerade *inom* såväl som *av* en normativ västerländsk kulturkontext (Malson & Ryan, 2008). Detta gör att den ätstörda/anorektiska praktiken förstås som uttryckande en mångfald av motsättningsfulla sociala värderingar, problemområden och dilemman. Det är även ett perspektiv som menar att sjukdomsbegrepp såväl som diagnoser inte utgörs av neutrala biomedicinska faktorer utan istället är resultat av samtidens kontextbundna uppfattningar om vad som konstituerar *friskt* och *sjukt* och vars innebörder därmed även är skiftande över tid.

Johannisson (1994) diskuterar i en historisk redogörelse hur kvinnlig sjuklighet förstås annorlunda i olika tider och menar att exempelvis diagnosen anorexi ersatt den under 1800-talet vanligt förekommande klorosen. I fallet med anorexi kan tillståndet således förstås som ett individuellt iscensättande av samhällliga konflikter och ett sätt att

”etablera ett språk mellan kroppen, jaget och samhället” (ibid., s. 8). Att anorexi kommit att förstås som en sjukdom menar Johannisson är en följd av de vetenskapliga argument som introducerades under 1800-talet och vilka biologiserade såväl som patologiserade kvinnans underordning.

Även Moulding (2006) bygger sitt resonemang på en förståelse av ätstörningar som reflektioner av kulturella motsägelser och motsättningar rörande femininitet. Hennes fokus ligger på ett utforskande av de outtalade och underförstådda antaganden om genus som finns inbäddade i teoretiserandet kring ätstörningar från medicinskt och psykiatriskt håll. Synliggörandet av dessa menar hon är nödvändiga för att kunna närma sig en förståelse för de bristande terapeutiska resultat behandlingen av ätstörningsrelaterade tillstånd har. Moulding redogör för och ansluter sig i sin artikel till de feministiska teoretiker som bland annat menat att anorexi symboliserar ett avståndstagande från den barnafödande kroppen och de implikationer gällande maktförlust denna bär på. Hon menar vidare att den smala kroppen kan ses som ett avståndstagande från en konstruktion av femininitet (den reproduktionsfokuserade) vilken kan uppfattas som förminskande och kvävande. Den anorektiska praktiken menar Moulding kan förstås som ett försök att på en individuell nivå förena de tillsynes oförenliga dimensionerna individuellt självbestämmande och femininitet.

Malson och Ryan (2008) (vilka även nämnts ovan) uppmärksammar i sin artikel hur många feministiska kvalitativa forskare utforskat hur en samtida västerländsk kulturdiskurs och de samtida diskursiva praktiker vilka konstruerar och reglerar normativ femininitet är intimt förbundna med, vad de menar är, konstruktionen av det ätstörda och dess bärare. I linje med detta utforskande möjliggörs enligt Moulding (2006) även en förståelse av ätstörningar inte som distinkta eller givna kliniska enheter utan som komplexa, heterogena och skiftande fenomen existerande i en specifik sociohistorisk kontext. Kroppar och det anorektiska konstrueras enligt denna förståelse således *inom* och *av* den samtida kulturen snarare än oberoende av denna. Moulding diskuterar även hur det ätstörda återskapas snarare än åtgärdas då en medvetenhet om dessa faktorer saknas av behandlande enheter.

3 PROBLEMFÖRMULERING

Kring problematiken med anorexi finns en både växande och pågående diskursproduktion som styr hur problematiken uppfattas och därmed behandlas. Hur anorexi konstrueras som ett problem analyseras dock sällan, och i en svensk kontext så gott som aldrig, ur ett genusvetenskapligt och/eller feministiskt perspektiv. Därmed finns en forskningslucka att fylla och ett ansvar att ta för att ett problemområde som saknar säkerställda orsaksförklaringar beforskas ur även detta perspektiv. Genusperspektivet har hittills behandlats styvmoderligt och tolkningarna varit grunda – varpå risken finns att viktig kunskap går förlorad. Den verkliga förloraren blir givetvis problematikens bärare. När en problematik är så svårklarad som den rörande anorexi är det författarens till detta arbete uppfattning att vetenskapliga prestigegränser måste bortses från och dialoger mellan olika forskningsperspektiv skapas. Som sjuksköterskor verksamma inom en omvårdnadsvetenskaplig och därmed tvärvetenskaplig kontext är det vårt ansvar att ta denna svårdefinierade problematik på allvar genom att våga möta olika och kanske oväntade vinklar av densamma. Bäraren av problematiken kommer vi med all säkerhet att möta; i yrkessammanhang såväl som privat. Och ibland, om vi lyssnar noga, kanske även inom oss själva. Hon förtjänar vår respekt för sin kamp - och vi kan visa den genom att våga utforska alla tillgängliga perspektiv. Att utforska talet kring anorexi kan förhoppningsvis ge oss en ytterligare förståelse för problematikens komplexitet. Och kanske blir vi lite, lite klokare och lite, lite modigare på kuppen.

4 SYFTE

Att belysa och identifiera hur anorexi konstrueras med hjälp av olika diskurser i sjuksköterskors tal om anorexi.

5 DESIGN

Vid kvalitativa studier ligger tyngden på ord och mening snarare än på kvantifiering av data (Bryman, 2011). Denna uppsats har en kvalitativ design vilken kommer att redogöras för nedan.

5.1 Design

Denna uppsats har en utforskande ansats samt ett kvalitativt angreppssätt. Den har vidare ett postmodernt perspektiv på så sätt att vikt läggs vid att ifrågasätta det för givet tagna. Kvale och Brinkmann (2009) beskriver ett postmodernt tänkande som ifrågasättande av legitimerade metaberättelser. Av detta följer att den epistemologiska ståndpunkten är sådan att den bejakar föreställningen om världen som en social konstruktion vilken tolkas genom förhandlingar om mening(ar) – till skillnad från det epistemologiska antagandet att kunskap utgör en spegling av verkligheten. I denna studie betraktas kunskap som perspektivistisk och därmed avhängig forskarens värderingar och synvinklar. Vidare är den empirisk och bygger på genomförandet av fyra ostrukturerade intervjuer. Intervjusubjekten analyseras inte som individuella subjekt i meningen att de skulle utgöra isolerade öar utan som existerande i ”en väv av relationer” (ibid., s. 69) – något som är förenligt med postmodernismens förskjutning av den analytiska tyngdpunkten från människors enskilda medvetande till att istället fokusera på relationerna mellan dessa. Utgångspunkten är konstruktionistisk i betydelsen att den utgår från det ontologiska grundantagandet att det inte existerar några på förhand givna enheter utan att såväl företeelser som kategorier konstrueras i ett ständigt pågående socialt samspel – vilket också leder till en ständig revidering av hur dessa uppfattas (Bryman, 2011). I linje med detta skrivs denna uppsats med vad Bryman benämner som ”medvetet värdeladdad forskning” (ibid., s. 44) och ansluter sig till den feministiska forskning som tar avstånd från både positivistiska och objektivistiska synsätt och istället använder en ”medveten partiskhet” (ibid., s. 45) i analysen av materialet. Haraway (2008) benämner detta ”förkroppsligad objektivitet” (ibid., s. 231) och menar att ett sådant feministiskt kunskapande genom att belysa forskarens perspektiv därmed tar ansvar för forskningsresultaten. Forskningen styrs således av ett partiellt och situerat seende vilket i sin tur skapar ”*situerade kunskaper*” (ibid., s. 231). Detta skiljer sig från ett relativt vetenskapande, vilket med ovan

beskrivna förståelse blir ett sätt att vara överallt samtidigt utan att ansvara för någonting. Haraways (2008) praktik är däremot både partikulär och positionerad. Målet är att skapa bättre redogörelser för världen, en bättre vetenskap, genom att avsäga sig idén om en oskyldig objektivitetsdoktrin och istället skapa en förkroppsligad, partiell sådan (ibid.).

Genus är den organiserande principen i feministisk forskning och för att tala med Polit och Beck (2004) placerar denna uppsats in sig i en tradition av ”feminist postmodernism” (ibid., s. 265) vilken betraktar världen som sammansatt av ändlösa historier och narrativ gällande vilka inga sanningsanspråk kan göras. Denna typ av forskning blir således med nödvändighet politisk.

5.2 Urval

Ett val gjordes att intervjua legitimerade sjuksköterskor arbetande inom primärvården. Ett bekvämlighetsurval gjordes. Skillnaden mellan det målinriktade och det mer bekvämt fokuserade urvalet är att det senare i större utsträckning handlar om tillgänglighet och tillfälligheter, och då denna uppsats författare vid tidpunkten arbetade inom primärvården gjorde möjligheten till en enkel åtkomst att intervjuerna kom att ta plats på uppsatsförfattarens, vid tidpunkten för intervjuernas tillblivande, aktuella arbetsplats.

Valet av fyra intervjuer baserades på uppsatsförfattarens önskan att belysa ett område och valda frågeställningar snarare än att uppnå en teoretisk mättnad. Detta antal bedömdes då som både tillräckligt och hanterbart inom ramen för detta arbete.

5.3 Datainsamlingsmetod och genomförande

Fyra ostrukturerade intervjuer genomfördes. I enlighet med Brymans (2011) beskrivning av denna intervjuform innebar det för denna uppsats att frågornas formuleringar och ordningsföljd skiljde sig åt mellan intervjuerna och ställdes på ett informellt sätt. Uppsatsförfattarens förhåll sig vid intervjutillfällena till ett på förhand löst formulerat tema som informanterna tilläts utveckla självständigt med uppföljande frågor av uppsatsförfattaren.

Som ett första steg initierades kontakt med verksamhetens chef som muntligen introducerades till studien och tillfrågades om lov att intervjua personal på arbetsplatsen. Då detta godkännts av såväl verksamhetschef som examinator och handledare av uppsatsen tillfrågades arbetsplatsens sjuksköterskor muntligen vid en samling om fyra av dessa kunde tänka sig att medverka vid intervjuer. Fyra jakande svar erhöles på plats och tidpunkt för intervjuernas genomförande bestämdes i samband med detta. Ett önskemål från uppsatsförfattarens sida var att sjuksköterskorna skulle varit yrkesverksamma i minst två år, något som även varit fallet.

Intervjuerna tog plats i ett avskilt rum då intervjuare och intervjusubjekt var positionerade snett mitt emot varandra med en inspelningsapparat placerad på ett bord med lagom avstånd till de båda talande. Innan intervjun påbörjades erhöles informantens godkännande att spela in intervjun och information om studiens syfte samt intervjupersonens rättighet att avbryta deltagandet närsomhelst och på valfria grunder delgavs även. Intervjuerna inleddes med att informanterna tillfrågades om godkännande för att spela in samtalen samt löfte från författarens sida att dessa skulle komma att raderas efter transkription. Ambitionen med uppsatsen; att diskutera anorexi i relation till flickor och kvinnor, upprepades inledningsvis för informanterna och dessa ombeddes därefter att berätta vad de tänkte kring begreppet *anorexi*. Informanterna uppmuntrades till ett eget resonande och till att prata själva med hjälp av följd- och förtydligande frågor från uppsatsförfattaren. Intervjuerna var av varierande längd och avslutades då den framkomna informationen av uppsatsförfattaren uppfattades som tillräcklig, vilket skedde då liknande saker började återkomma i samtalen.

I ett av de fyra fallen gjorde nödvändigheten att intervjun fick genomföras telefonledes på en tid som bestämdes av den intervjuade personen. Detta medförde en viss svårighet då samtliga anteckningar gjordes. Dock hade detta en positiv inverkan på intervjuens validitet då en följd av detta blev ett ständigt återkopplande till intervjupersonen och frågor från uppsatsförfattaren om huruvida dennas tolkning av svaret kunde sägas överensstämma med informantens avsedda mening innan detta nedskrevs. Bryman (2011) menar även att denna intervjuform kan ha fördelen att viss känslig information lättare kan förmedlas på ett sådant sätt. Belägg finns även för att skillnaderna i svar är ringa mellan en intervju som genomförs via telefon och en som tar plats mellan två

fysiskt närvarande personer (Bryman, 2011). Skillnaden för detta arbetes del ligger mestadels i transkriptionen.

De tre intervjuer som genomfördes med både informant och uppsatsförfattare fysiskt närvarande har transkriberats i sin helhet av uppsatsförfattaren, i fallet med den fjärde telefonintervjun gjordes alltså simultana anteckningar på vilken analysen bygger. Den transkribering som gjorts har följt förslaget som ges av Winther Jörgensen och Phillips (2000) och visar pauser såväl som tysta perioder samt överlappningar mellan talare.

5.4 Dataanalys

Studiens empiriska material analyserades genom användandet av diskursanalys. Detta är en tvärvetenskaplig ansats till vilket ett brett förhållningssätt har anlagts. Metoden utgår ifrån begreppet diskurs som beskrivande ”ett bestämt sätt att tala om och förstå världen (eller ett utsnitt av världen)” (Winther Jörgensen & Phillips, 2000, s. 7). Bryman (2009) gör ett passande exempel och samtidigt förtydligande av begreppet som citeras nedan:

Diskursen skapar en version av objektet och dessutom kommer versionen av ett objekt att *konstituera* det. En viss diskurs som rör exempelvis mental ohälsa kommer att utgöra vår syn på och uppfattning om hur mentalt störda personer är, vad deras sjukdom egentligen är för något, hur man ska bemöta och behandla dem och vem som har legitim rätt att behandla dem. Diskursen blir på så sätt en referensram för att rättfärdiga den makt som praktiker inom vårdapparaten har över mentalt sjuka individer och över behandlingssystemet (Bryman, 2011, s. 474).

Den form av diskursanalys som här använts delar de premisser som anges av Winther Jörgensen och Phillips (2000) och vilka här sammanfattas i fyra bärande delar:

- *Det existerar ingen objektiv sanning.* Verkligheten är därmed endast tillgänglig för oss genom våra skapade kategoriseringar av denna och ett kritiskt förhållningssätt till självklar kunskap är därmed även nödvändigt.

- *Vår kunskap om världen är historiskt och kulturellt specifik.* Världsbilder och identiteter är historiskt och kulturellt förändringsbara och socialt konstruerade.¹
- *Vår uppfattning om världen skapas, förändras och upprätthålls av sociala processer.* Gemensamma sanningar om vad som konstituerar *sant* och *falskt* skapas i social interaktion.
- *Vår kunskap styr våra sociala handlingar.* Den världsbild vi konstruerat styr vilka handlingar och förhållningssätt vi uppfattar som naturliga, logiska och acceptabla (likväl som motsatsen).

Ett diskursanalytiskt analysätt fokuserar alltså på hur sanningseffekter skapas som varken är sanna eller falska (Kvale & Brinkmann, 2009). Den diskursanalytiskt inriktade forskaren ämnar på så sätt inte upptäcka vad människor *egentligen* menar utan snarare presentera en tolkning av detta för att undersöka de mönster som framkommer i utsagorna och vilka sociala konsekvenser och effekter den undersökta diskursiva framställningen får (Winther Jørgensen & Phillips, 2000). Det grundläggande målet kan sägas vara att klarlägga hur en vald del av omvärlden *framställs*.

Inom diskursanalysen kodifieras inte texten (Bryman, 2011). Tolkningen av det empiriska materialet har här gjorts genom en analysprocess i tre steg. Denna inleddes med att en granskning av *textdimensionen* gjordes då det konkreta innehållet, dess mening och textstruktur analyserades. Därefter fokuserades den *diskursiva praktiken*, d.v.s. hur språket använts för att producera texten vilken här utgjordes av det sagda. Parallellt det detta gjordes en analys av den *sociala praktiken* med vilket här avses det kontextuella, alltså sociala och kulturella, sammanhanget.

En sådan analysprocess relateras till den förgrening av diskursanalysen som kallas kritisk diskursanalys, vilken främst utvecklats av Norman Fairclough, och punkterna ovan är formulerade efter Bryman (2011, s. 485) och Winther Jørgensen och Phillips (2000, s. 74f.). En hjälp vid tolkningen av materialet har varit att förhålla mig till frågeställningarna: *Varför utgör anorexi ett problem?* samt *Hur konstrueras anorexi som ett problem?*

¹ Kunskapssynen är alltså antiessentialistisk i betydelsen att ingenting är på förhand givet och det existerar därmed inte heller några autentiska karakteristika.

6 ETISKA ASPEKTER

För att i möjligaste mån säkra informanternas anonymitet har dessa avidentifierats så långt som möjligt. Namn på deltagarna framkommer varken i sammanställningen av materialet eller i studien så som den presenteras i sin helhet. Dessa kommer inte heller att vara kända för någon annan än författaren till detta arbete. Innan intervjuernas början gavs informanterna både information om studien och dess syfte. Innan påbörjat deltagande gav informanterna även sitt informerade samtycke till medverkan samt informerades om rätten att utan vidare motivering avbryta det egna deltagandet vid vilken tidpunkt som helst. Vid användandet av citat presenteras dessa i en form där exempelvis pauser och utfyllnadsord och -ljud uteslutits av hänsyn till informanten. Det kan dock inte uteslutas att dessa skulle kunna kännas igen av informanten själv eller de andra deltagarna i studien. Det är även svårt att säkert veta vilken påverkan det haft på informanterna att dessa var arbetskollegor med både varandra och uppsatsförfattaren. Min förhoppning är att detta bidrog till en önskan från alla deltagares sida att bemöda sig om att svara ärligt med syftet att bidra till skapandet av ett givande underlagsmaterial.

Även författarens egen förförståelse är av vikt för analysens tillblivande (Polit & Beck, 2010). Analysen av det empiriska materialet har här oundvikligen skett i relation till den förförståelse av anorexi författaren av denna uppsats tillgodogjort sig genom sitt personliga intresse, sina upplevelser och den kunskap som arbetet med en tidigare c-uppsats (*Anorexi och vård. Ett feministiskt perspektiv*, Leijon, 2006) inom ämnet genusvetenskap gett.

7 RESULTAT

Resultatet kommer att presenteras utifrån de olika diskurser som identifierats i relation till metodfrågorna. Dessa är *Individualitetsdiskursen*, *Samhällsdiskursen* och *Genusdiskursen*. Citat från intervjuerna kommer att användas för att förtydliga och genomlysa resultatet.

7.1 Individualitetsdiskursen

Denna diskurs belyser informanternas konstruktion av anorexi som utgörande ett individuellt problem vars orsaksförklaring står att finna hos den enskilda individen.

Då informanterna ombeddes att resonera kring anorexi och vad som konstituerar tillståndet lyftes främst initialt under intervjuerna faktorer som rörde den lidande individen fram. Exempelvis: *"det har att göra med en psykisk depression."* Anorexi beskrevs även som utgörande *"psykiska problem som man kanaliserar i att försöka ha alldeles för mycket kontroll över matintag"* eller mer generellt uttryckt som att det *"handlar om problem på ett djupare (i betydelsen psykologiskt, min anm.) plan"*. En informant uttryckte att *"istället för att få någon annan form av psykiska besvär så får man ett sånt här beteende"*.

Personen lidande av anorexi beskrevs exempelvis som en *"ung och osäker tonåring"* eller *"det är väl de som hela tiden fokuserar på maten. Som inte kan se maten som ett vanligt beteende, ett vanligt sätt att äta. Som måste räkna kalorier."*

Individualiseringen av tillståndet framkom även genom att överrepresentationen av drabbade flickor och kvinnor beskrevs som en möjlig följd av att *"Män har starkare psyke"* samt av att *"kvinnor kan ha sämre psyke"*. Den individuella anorektiska praktiken hänvisades till som att *"det är som alkoholism, ett beteende man hela tiden får ha med sig"*. Detta syntes även exempelvis i uttalanden som *"Det blir inte en normal relation till maten som de vanliga människorna har"* samt *"det är det här med att vara smal och smärt som kvinnor håller på med"*.

Hänvisningar till de egna fysiologiska förutsättningarna förekom även: *”Jag har själv haft en jättebra ämnesomsättning.”*

7.2 Samhällsdiskursen

En annan diskurs som identifierades var samhällsdiskursen där problematiken diskuterades i relation till det omgivande samhället. Problematiken diskuterades här av informanterna som konstruerad i relation till en samhällelig påverkan.

En hos samtliga informanter förekommande reflektioner kring flickors och kvinnors överrepresentation gällande anorexi var den mediala påverkan som informanterna menade att dessa grupper har att förhålla sig till. Uttalanden som *”Jag tänker att det har att göra med media”* förekom i samtliga intervjuer och även i diskussion kring orsaksförklaringar och påverkansfaktorer. *”Jag tror att det har att göra med reklamkampanjer”, ”tjejer påverkas av de tjejer man ser på reklampelare”* och *”Unga ser upp till modellerna i alla tidningar, modetidningar, som finns”* är exempel på hur informanterna uttryckte sig kring medias roll.

I relation till detta diskuterade informanterna även kring det rådande kroppsidealet för kvinnor vilka de menade skiljde sig markant från det manliga. En informant formulerade det som att *”kvinnan har ett helt annat ideal”* medan en annan konstaterade att *”Det är ju idealet med en väldigt smal, eller undernärd kvinna är det ju”*. Informanterna uttryckte även att kvinnor både jämförs och jämför sig själva med ett på förhand fastställt och hårt kontrollerat utseendeideal: *”Man ska se ut på ett visst sätt, man ska prestera på alla sätt”* och *”Jag tror att alla dessa fotomodeller är en bidragande orsak”* är exempel på hur två av informanterna uttryckte detta. Samtliga resonerade även kring de krav de menade placerades på kvinnor att förhålla sig till ett utseende som de menade dikterats av mediaframställningar: *”kvinnor har ett annat, vi har hårdare krav på oss rent utseendemässigt. Och det är ju fortfarande så att flickor, alltså barn, att de, tjejer utsätts säkert för mer, eller hårdare, krav. Man ser reklamkampanjer och så.”*. Dessa krav beskrevs som betungande och utgörande *”mycket krav”, ”jättemycket krav”* och *”väldigt mycket krav”*.

7.3 Genusdiskursen

Den tredje diskursen som identifierades i materialet var den som här kallas genusdiskursen. Här konstruerades anorexi som ett resultat av samhälleliga strukturer som missgynnar kvinnors varande och bevarande av hälsa.

Informanterna uttryckte kritik mot ett samhälle vilket de menade gjorde kvinnor sjuka genom rådande villkor. Skillnader mellan män och kvinnor uttrycktes vilka informanterna ansåg kunde leda till att kvinnor uttryckte sjuklighet på ett specifikt sätt.

Tjejer får inte göra några utspel och vara tokiga och brotta ner någon för då är man utom kontroll medan pojkar kanske har mer, de får agera ut mer tror jag. Och att det är ok. Men jag tror inte att det är det för tjejer utan man ska liksom vara mer lågmäld som tjej. Det är lite överslätande jamen grabbar, medan med tjejer är det liksom mindre ok.

Informanterna menade att kvinnor och män därmed uttryckte psykisk sjuklighet på olika sätt vilka de menade var ett resultat av olika villkor som ställs på människor beroende på deras könstillhörighet. Ett uttalande som *"Jag tror att det kanske ibland är högre krav på tjejer. Alla krav"* exemplifierar här något som uttrycktes av samtliga informanter i olika former. En informant uttryckte de som att *"de (killar, min anm.) tar till droger eller att man går ut på stan och slåss eller det finns liksom andra ventilationsgrejer som killar tar till fast som också är minst lika destruktivt eller liksom ett rop på hjälp"*. Då idealen skiljer sig åt mellan könen menade informanterna att detta fick påföljder för hur kvinnor och män hanterar sina kroppar i förhållande till psykisk ohälsa: *"Män tar till anabola och hamnar i ett steroidmissbruk istället"* och *"killar ska vara muskulösa mer än pinnsmala"* är exempel på informanternas tolkningar av hur denna ohälsa kan manifesteras. Även åsikter som *"det kanske inte är lika lätt för en kille att ta det till mat"* uttrycktes i olika former av informanterna.

Att anorexi skulle utgöras av en strukturell problematik uttrycktes av informanterna genom uttalanden som *"Det handlar i större utsträckning om en samhällsjukdom än en individuell sjukdom. Det är själva samhället som är sjukt"* och *"Samhället är kvinnoförnedrande"*. Detta kopplade informanterna till att *"Det handlar om att idealet i sig är ett falskt ideal"*. *"En normal storlek idag är en skinny-storlek"* och *"Det finns inga stora storlekar i affärerna"* utgjorde enligt informanterna exempel på detta.

Ytterligare reflektioner som gjordes var att informanterna menade att ett ätreglerande förhållningssätt är mer vanligt hos kvinnor än hos män, något som även kunde betraktas som ett förväntat beteende. *”Det är ju väldigt få kvinnor som har ett normalt förhållningssätt till mat. Eller som inte någon gång har varit i en gråzon”* och *”Det är väldigt få kvinnor som inte är medvetna om hur de äter”* utgör exempel på hur informanterna uttryckte vad de menade var en samhällslig normaliseringsprocess. Ett sådant tryck menade en informant resulterade i anorexi genom att *”Man vill vara huvud mer än kropp”*.

8 DISKUSSION

8.1 Metoddiskussion

För att svara på syftet har en kvalitativ ansats använts. Empirin har utgjorts av fyra ostrukturerade intervjuer vilka tolkats genom applicerandet av ett diskursanalytiskt analyssätt. Metoddiskussionen kommer att adressera dessa gjorda val samt några ytterligare ställningstaganden som gjorts i processen att färdigställa detta arbete.

I enlighet med de kunskapsteoretiska utgångspunkterna för detta arbete, vilka angivits i bakgrunden, har en kvalitativ ansats varit given. Kvalitativ forskning anses även av vissa ha kopplingar till en feministisk form av känslighet och respekt för det analyserade. Detta har mestadels en historisk grund då kvinnors röster tenderat att uteslutas ur historieskrivningen och en kvalitativ ansats ansetts bättre lämpad att fånga upp kvinnors erfarenheter (Bryman, 2011). Författaren till detta arbete ansluter sig till den åsiktsgruppering som menar att även kvantitativ forskning, genom exempelvis statistiska datas tydliga uppvisande av ojämlikheter, kan vara feministisk till sin praktik. I fallet med denna uppsats syfte har dock användandet av en kvalitativ ansats varit bäst lämpad då det handlat om att urskilja olika sätt att tala om och konstruera ett begrepp (anorexi).

Syftet med detta arbete har således varit att urskilja olika konstruktioner/diskurser. Det konstruktionistiska perspektivet som redogjordes för i bakgrunden har därmed varit användbart då ett övergripande syfte kan sägas ha varit påvisandet av vår befintliga kunskap som obestämbar, skiftande och socialt konstruerad. För denna uppsats del fick detta betydelsen att ovanstående resultatpresentation endast gjort anspråk på att vara *en version* av verkligheten och således varken slutgiltig eller oföränderlig.

Den ostrukturerade intervjun som materialinsamlingsform har varit väl lämpad då det alltså inte varit fråga om att erhålla några direkta svar utan att analysera talet i sin helhet. Som Bryman (2011) säger är den kvalitativa/ostrukturerade intervjun passande då informanternas egna uppfattningar och synsätt är i fokus för analysen och har i detta arbete utgjort en väl lämpad form för insamlandet av det empiriska materialet. Den

ostrukturerade intervjun är även passande för användandet av sonderingsfrågor i högre grad än direkta, preciserande frågor vilket korrelerar väl med den diskursanalytiska tolkningsramen (Bryman, 2011). I linje med detta arbetes feministiska ansats passar den kvalitativa intervjuens mindre hierarkiska relationsskapande även väl i sammanhanget. En diskursanalytisk tolkningsram har även varit väl lämpad för identifierandet av olika diskurser gällande arbetets valda fokus på problematiken med anorexi. Metoden kan alltså sägas ha svarat mot syftet.

8.2 Urvalsdiskussion

Intervjuer genomfördes med sjuksköterskor arbetande inom primärvården då denna av författaren till uppsatsen bedömdes utgöra en lämplig arena p.g.a. det stora och varierande antal individer som kommer i kontakt med denna. Ett urval av sådant slag syftar till att vara strategiskt och skulle möjligen kunna kallas målinriktat (Bryman, 2011). Målet med intervjuerna var dock att göra mer ingående analyser snarare än att finna ett representativt urval och detta var även styrande för valet, vilket av författaren till detta arbete således fortsatt bedöms som ett bekvämlighetsurval. Detta val kom även att motsvara syftet. Trots att antalet informanter inte valdes med ambitionen att uppnå en teoretisk mättnad, utan snarare för att genom sina röster exemplifiera olika diskurser, visade sig materialet ändå vara tillräckligt för att upplevas som mättat.

De intervjuade deltagarna i studien har omväxlande kallats för deltagare och informanter. Detta för att undvika språklig upprepning och uttröttande av läsaren.

8.3 Tillförlitlighet

Vid genomförandet av en diskursanalys är inte syftet att utröna vad någon *verkliga* menar eller att uttala sig kring hur verkligheten *egentligen* ser ut. Tvärtom menar diskursanalytikern att diskursen skapar verkligheten och begrepp som reliabilitet och validitet är därmed inte applicerbara. Inom kvalitativ forskning är det mer fruktbart att förhålla sig till begreppet tillförlitlighet. Enligt Bryman (2011) består denna av fyra delkriterier vilka utgörs av trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och en möjlighet att styrka och konfirmera. Kriterium nummer två, tre och fyra menar Bryman (2011) är jämförbara med extern validitet (överförbarhet), reliabilitet (upprepningsbarhet) och

objektivitet vilka sett till detta arbetes design och ontologiska såväl som epistemologiska ståndpunkter inte kan sägas vara aktuella. Som jag ser det finns dock möjlighet att förhålla sig till det första kriteriet: trovärdighet (motsvarande intern validitet). I detta arbete har jag förhållit mig till detta genom att skapa en överensstämmelse mellan det teoretiska ramverket och de slutsatser som redogjorts för. Vidare har ett nära förhållningssätt till de angivna ramar som arbetets teorier stipulerat fungerat som säkerställande av en så god trovärdighet som möjligt. Som en reflektion från min sida kan inflikas att resultatet delvis förvånat mig – vilket skulle kunna ses som en indikation på att en valid forskningsprocess ägt rum.

8.4 Gjorda val som påverkat arbetets utformning och resultat

Detta arbete är fokuserat på sjuksköterskors tal om flickor och kvinnor med anorexi. Som Thurfjell (2004) skriver har pojkar och män tenderat att exkluderas ur forskningsstudierna på grund av att de varit så få. Detta, menar Thurfjell, kan även bero på en möjlig underrapportering av män relaterat till en ovilja hos dessa att tala om och förknippas med tillstånd som kan uppfattas som kvinnliga. Då mitt syfte med arbetet inte är att fastställa vare sig orsaksförklaringar till problematiken med anorexi eller utbredning utan snarare att undersöka diskursiva konstruktioner menar jag att detta val inte är förknippat med några problem relaterat till den här specifika studien – däremot möjligen till diskursproduktionen och –konstruktionen som stort betraktat. Inom detta arbetes ramar är dock denna aspekt inte relevant.

Som läsaren har noterat benämns även *anorexi* då det hänvisas till av författaren själv som ett *tillstånd* istället för en *sjukdom*. Detta för att vara konsekvent med såväl det diskursanalytiska förhållningssättet som det feministiska/genusperspektivistiska som beskrivits i bakgrundsavsnittet. Läsaren torde även noterat användandet av begreppen *genusperspektiv* och *feministisk* i relation till forskningsprocessen. I de fall detta möjligen kan uppfattas som förvirrande eller eventuellt som ömsesidigt utbytbara begrepp hänvisas till begreppsförklaringen i bakgrunden.

För att bevara informanternas identitet i största möjliga utsträckning har de redovisade citaten i texten inte kopplats till en viss intervju. Då intervjuerna inte heller är menade att jämföras med varandra utan att belysa ett övergripande tal är den individuella

kopplingen inte heller relevant. Intervjuerna har inte heller analyserats separat utan i analysprocessen betraktats som röster i ett samtal. På så sätt har alltså ingen vikt lagts vid vem som sagt vad utan fokus har legat på den diskursiva produktionen, i enlighet med analyssättet.

8.5 Resultatdiskussion

Resultatet visade att det i sjuksköterskornas tal om anorexi gick att urskilja tre samtidigt förekommande samt även motsägelsefulla diskurser. Dessa utgjordes av vad jag valt att kalla *Individualitetsdiskursen*, *Samhällsdiskursen* och *Genusdiskursen*.

Bryman (2011) menar att ”diskurser som verkar vara dominerande och hegemoniska kanske inte är det” (ibid., s. 484). Winther Jörgensen och Phillips (2000) uttrycker en liknande förståelse genom att säga att ”Diskursiva relationer fungerar som fokus för social kamp och konflikt” (ibid., s. 78). Med detta menar jag att förtydliga att det i materialet framkom att vad som ansågs konstituera anorexi hos informanterna *samtidigt* kunde utgöras av en individuell psykisk sjukdom relaterad till ett sårbart psyke, något som drabbar kvinnor p.g.a. en ohanterlig kravbörd som det omgivande och mediala samhället placerar på individen samt en reaktion, till skillnad från sjukdom (min anm.), på vad som uppfattades som ett sjukt samhälle. I en artikel av Sunvisson, Haberman, Weiss och Benner (2009) diskuteras diskursers påverkan på förståelse av Parkinsons sjukdom. Då det uppenbara fokuset gällande sjukdomen legat på den mekanistiska fysiologin har vårdpersonalen kommit att anta att det är detta som utgör sjukdomens sanna diskurs och huvudsakliga innehåll med resultatet att andra mer beskrivande diskurser och alternativa förståelser av patienternas livsvärldar förbisetts. Denna avsaknad av dialog mellan diskurser menar författarna fått tragiska konsekvenser för patienterna eftersom vårdpersonalen behöver båda perspektiven för att kunna erbjuda en lyhörd såväl som effektiv vård (Sunvisson et al., 2009). I relation till denna studie tydliggörs härigenom vikten av att olika perspektiv tillvaratas och blir hörda för att en så god förståelse som möjligt för patienten ska kunna skapas.

Piran (2010) menar att en nyckelaspekt gällande skillnaden mellan ett feministiskt teoretiserande kring ätstörningar och det teoretiserande som tidigare gjorts gällande riskfaktorer på området är relaterat till betraktandet av orsaksförklaringar. Hon menar

att man tidigare fokuserat specifika riskfaktorer så som exempelvis bantning, en negativ självbild eller perfektionism – något som deltagarna i studien även diskuterade i relation till den identifierade individualitetsdiskursen. Översatt till hur man inom sjukvården med ett sådant synsätt förhållit sig menar Piran att fokus då legat på sekundärprevention genom att identifiera vad man uppfattat som riskindivider och därefter behandlat dessa med terapier vars effekter främst varit kortsiktiga. Förhåller man sig istället till problematiken som drabbande en främst kvinnlig del av befolkningen hamnar istället genusperspektivet i fokus – något som även identifierades i den här studiens genuskurs. Ett sådant synsätt menar Piran (2010) innebär ett uppmärksammande av flickor och kvinnors ojämställda sociala villkor, vilket exempelvis kan innebära fokus på utseendet som ett sätt att skaffa sig en social position, och framkom även i informanternas tal. Piran skiljer på dessa synsätt genom att referera till det första som "causes of cases" (ibid., s. 185) vilket kan översättas till individuella orsaksförklaringar (min anm.) och "causes of incidence" (ibid., s. 185) vilket kan översättas med vad som orsakar förekomsten (min anm.).

Piran (2010) menar vidare att riskfaktorer uppenbart manifesteras hos individer men att dessa genereras och förstärks av omgivningen. På så sätt blir till synes skiljda riskfaktorer, som exempelvis negativ självbild, möjliga att förstås som en konsekvens av en samhällelig ojämställdhet mellan könen. Detta kan även ses i informanternas tal och i hur den individuella diskursen förekom samtidigt som den samhälleliga. I den senare menade informanterna att samhälleliga och mediala krav kunde leda till utvecklandet av anorexi hos individen – något som hos informanterna även sågs som en konsekvens av att samhället i sig uppfattades som kvinnoförnedrande och ovan presenterats i samband med genuskursen. Resonerandet som syntes i denna diskurs korrelerar även med resonandet hos såväl Malson och Ryan (2008) som Moulding (2005) vilka samtliga menat att den anorektiska praktiken kan ses som ett försök att hantera såväl som förena de motsägelsefulla krav som ställs på kvinnor. Ett liknande resonemang syns även hos Bekker och van Mens-Verhulst (2007) vilka menar att den traditionella västerländska kvinnorollen föreskriver kvinnor att reagera på påfrestningar med ett passivt beteende eftersom de inte uppmuntras till självsäkerhet och ett självstödande beteende. I förhållande till ett ätstört beteende menar de att detta således kan kopplas till vad de benämner som "gender-role stress" (ibid., s. 185) och vilket även var synligt i informanternas resonemang kring att flickor formas till att vara mer

lågmalda än pojkar och inte agera utåt på det sätt de menade att pojkar tillåts göra. I relation till den identifierade samhällsdiskursen finner denna konstruktion såväl som informanternas funderingar stöd i en spansk studie från 2010 (Calado, Lameidas, Sepulveda, Rodriguez & Carrera). I denna etableras sambandet mellan kvinnors ätstörningar och deras utsatthet för medieexponering. Författarna menar att en förståelse av denna mekanism är av största vikt gällande förebyggandet av ätstörningar; något som informanterna i denna studie tydligt förhöll sig till.

Piran (2010) menar att hänsyn bör tas till rollen som sociala strukturer spelar i formandet av individens erfarenheter. Detta menar jag är även vad som uttrycks hos informanterna när de samtidigt ger uttryck för anorexi som ett individuellt tillstånd som även påverkas av omgivande faktorer i en större ojämfälld samhällskontext. Att endast förhålla sig till en "grand theory" (ibid., s. 187) blir således inte fruktbart och detta menar jag att informanterna inte heller gör då de samtidigt hanterar olika nivåer av resonemang i vad de menar konstituerar tillståndet anorexi. Bakker et al. (2011) menar även att en sjuksköterskas uppgift i relation till en patient lidande av anorexi bör ta hänsyn till såväl den fysiska som känslomässiga och psykosociala aspekten av problematiken, något som även van Ommen, Meerwijk, Kars, van Elburg och van Meijel (2009) visat fungerar positivt för patientens tillfrisknande, och detta menar jag i materialet varit identifierbart hos informanterna genom det samtidiga hanterandet av tre olika diskurser och hanterandet av flertalet och skiljda orsaksförklaringar.

8.6 Avslutande reflektion av författaren

"The problem with sex/gender is not nature against nurture...but to look for a more complex analysis in which an individual's capacities emerge from a web of mutual interactions between the biological being and the social environment." (Fausto-Sterling, 2003, refererad i Klinge, 2007).

Att natur- och humanvetenskaper sedan länge legat i kamp om vetenskaplig hegemoni utgör ingen ny upptäckt; inte heller att relationen mellan de två är asymmetriskt ordnad. Denna kan även sägas representera ett av många dikotoma begreppspar där exempelvis

friskt/sjukt, förnuft/kroppslighet och - naturligtvis - manligt/kvinnligt utgör relaterade exempel som å ena sidan utgjort historiska föresättningar och å andra sidan teoretiserats och ifrågasatts av feministiskt vetenskapande (Fausto-Sterling, 2000; Haraway, 2008). En uppsats som fokuserar den mångfacetterade problematik som anorexi utgör kan omöjligt undvika att förhålla sig till denna förståelse – men bör samtidigt eftersträva att inte fastna i ett polariserat tänkande. Som Klinge (2007) menar så är det inte studiet av skillnader i sig som är mest intressant, utan hur dessa skillnader uppstår och utvecklas. Detta, menar hon, studeras bäst genom skapandet av multidisciplinära koalitioner.

Med inspiration av Haraways (2008) vetenskapsteoretiska synsätt har jag ämnat undvika återskapandet av dualistiskt och hierarkiskt ordnade sanningar vilket kan göras om man, som här, förhåller sig till olika diskurser där kroppen kan fungera som en projektyta och tillåts påvisa olika problematiker. Ett outtalat mål med denna uppsats har varit att peka på omvårdnaden som kulturell verksamhet och medskapare av verkligheten – något som tydliggjorts genom uppmärksammandet av de samtidigt förekommande diskurserna kring anorexi.

I linje med många av ovan redogjorda för författare menar jag att problematiken med anorexi är den logiska följderna av en samhällsordning som premierar en binär förståelse av könslighet och som tillmäter individer egenskaper i enlighet med deras könsidentifikation. Inte från någons perspektiv, och minst av alla patienternas, är detta gynnsamt. Som Smirthwaite (2007) påpekar drabbas kvinnor oftare än män av kvalitetsbrister i vård och omsorg; jag menar dock att detta drabbar *alla* då även män riskerar att feldiagnostiseras gällande exempelvis depression. Lyfts problematiken utanför vårdpraktikens ramar innebär en snäv och alltför omedveten förståelse av genuskonstruktionernas påverkan även en inskränkning i människans frihet att välja sitt varande. I fallet med den psykiatriska vården vilken i mångt och mycket handlar om att hjälpa människor att lära om och socialiseras tillbaka till vad som uppfattas som normalitet anser jag det än viktigare att bära med sig en medvetenhet om detta då resultatet annars riskerar att bli ett fortsatt återskapande av roller som underordnar vissa och låser fast oss i förutbestämda uppfattningar om vårt fortsatta tillblivande och behov. Eriksson (1994) menar att lidandets vad-fråga² är något som svårligen kan greppas då

² Alltså vad som karakteriserar det enskilda lidandet.

varje människas lidande är unikt. Dock konstituerar lidandet en oundvikbar del av en människas liv, samtidigt som ”varje människa kan genom att gå igenom sitt lidande tillskriva det mening” (Eriksson, 1994, s. 11). Detta påstående har valts att återges som citat för att betona vikten av från sjuksköterskans håll hjälpa patienten att även kunna tolka sitt lidande för att återfå sin hälsa.

Winther Jörgensen och Phillips (2000) påpekar att medvetandet om vilka diskurser som är verksamma kan bidra till en förståelse av de sociala konsekvenser dessa har och på så sätt menar jag att granskningar av dessa gynnar vår helhetsförståelse av patienten vi ämnar hjälpa. Jag menar på liknande sätt att all vetenskap bör ansvara för de uteslutningar som sker då vi gör våra tolkningar av verkligheten samt både ifrågasätta och omvärdera våra gränsdragningar. Ett mer visionärt perspektiv kan åstadkommas och en ny typ av förståelse om olika perspektiv tillåts samtala med varandra. Den övergripande ambitionen med denna uppsats där den komplexa problematiken med anorexi fokuseras är att skapa en dialog mellan olika tankesätt – eftersom bäraren av problematiken inte gynnas av att en tolkningsstrid vinnas av endera sidan.

Jag avslutar denna reflektion genom att hänvisa till Polit och Beck (2004) vilka anger stärkandet av tvärvetenskapliga samarbeten som en framtida ambition och riktning för omvårdnadsforskningen:

the priority of nursing research in the future will be the promotion of excellence in nursing science. Toward this end, nurse researchers and practicing nurses will be sharpening their research skills, and using those skills to address emerging issues of importance to the profession and its clientele” (Polit & Beck, 2004, s. 10).

Denna uppsats har utgjort ett försök att göra just detta.

8.7 Slutsatser

I talet kring anorexi kan samtidiga och ibland motstridiga diskurser identifieras. Anorexi kan förstås som en individuell sjukdom såväl som ett tillstånd orsakat av samhälleliga och mediala krav på kvinnor samt även som en strukturell problematik där den egentliga sjukdomsbilden står att finna hos samhället. Dessa slutsatser dras med

reservation för att de endast kan sägas utgöra *en version* av sanningen och vilka är en skapelse av både denna uppsats författare och den kontext den tillkommit i, vilken redogjorts för ovan.

8.8 Klinisk betydelse

Denna studie har visat att flera olika tolkningssätt och diskurser kan vara verksamma samtidigt i förståelsen av anorexi. Att tillståndet innebär lidande torde inte behöva förtydligas här; däremot vikten av ödmjukhet inför olika perspektiv för att kunna förhålla sig till patientens bästa. En av sjuksköterskans uppgifter så som författaren till denna uppsats ser det är att vid betraktandet av patienten kunna se hennes helhet. Jag menar att en person inte går att särskilja från sin omgivning och att den samhälleliga kontexten inom vilken vi alla är verksamma är av stor vikt att ta i beaktande då vi behandlar och förhåller oss till en patient. Påvisandet av olika diskurser gällande anorexi kan möjligen hjälpa oss som är verksamma inom vården att bredda våra perspektiv och förhålla oss till detta komplexa tillstånd.

Enbart denna uppsats kommer troligtvis inte att ha någon betydelse för den kliniska praktiken. Däremot kan den möjligen fungera som diskussionsunderlag och eventuellt avstamp för fortsatta studier om mer strukturellt och tvärvetenskapligt inriktade perspektiv på problematiken med anorexi.

8.9 Förslag på vidare forskning/utveckling

Med stöd av Bakker (2011) som menar att det råder en avsaknad av forskning kring sjuksköterskans roll vid vården av patienter som lider av anorexi föreslår författaren till denna uppsats att detta ämne utforskas vidare.

Som Bryman (2011) säger kanske fokus inte alltid bör ligga på vad ett specifikt begrepp egentligen *är*, utan varför vissa versioner av vår förståelse tillåts att bli de dominerande. I linje med vad som uppmärksammas ovan och för att på bästa sätt kunna hjälpa bäraren av problematiken föreslås även att forskning kring anorexi

relaterad till genusperspektiv tillåts att utvecklas. Detta arbetes författare, tillsammans med flera av de ovan nämnda teoretikerna, menar att ett utforskande av hur antaganden kring genus finns inbäddade i befintlig forskning relaterad till medicin och omvårdnad kan föra diskussionen framåt. Ur ett behandlingsperspektiv skulle detta även kunna bidra till en förståelse av varför och vilka angreppssätt som är fruktbara för patienten.

9 REFERENSER

Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meerwijk, E. & van Elburg, A. (2011). Recovery of Normal Body weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurse's Perspective of Effective Interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24, 16-22. Hämtat från databasen CINAHL With Full Text. doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00263.x

Bekker, M., H, J., & van Mens-Verhult, J. (2007). Anxiety Disorders: Sex Differences in Prevalence, Degree, and Background, But Gender-Neutral Treatment. *Gender Medicine*, 4, 178-193. Hämtat från databasen Medline.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* (uppl. 2). Malmö: Liber.

Calado, M., Lameiras, M., Sepulveda, A. R., Rodriguez, Y. & Carrera, M. V. (2010). The Mass Media Exposure and Disordered Eating Behaviours in Spanish Secondary Students. *European Eating Disorders Review*, 18, 417-427. Hämtat från databasen CINAHL With Full Text.

Clinton, D., Engström, E. & Norring, C. (2002). Uppkomst och utveckling av ätstörningar: ett multifaktoriellt synsätt I D. Clinton & C. Norring (Red.). *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (s. 67-92). Stockholm: Natur och Kultur.

Dahlborg, E. & Eriksson, H. (2006). Introduktion I H. Strömberg & H. Eriksson (Red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad* (s. 11-21). Lund: Studentlitteratur.

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

Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the Body. Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York: Basic Books.

Halford, S. & Leonard, P. (2003). Space and place in the construction and performance of gendered nursing identities. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), 201-208. Hämtat från databasen CINAHL With Full Text.

Hammarström, A. (2007). A Tool for Developing Gender Research in Medicine: Examples from the Medical Literature on Work Life. *Gender medicine*, 4, 123-132. Hämtat från databasen Medline.

Haraway, D. (2008). *Apor, cyborger och kvinnor. Att återuppfinna naturen*. Stockholm: Östlings Bokförlag Symposium.

Holdcroft, A. (2007). Integrating the Dimensions of Sex and Gender into Basic Life Sciences Research: Methodologic and Ethical Issues. *Gender Medicine*, 4, 64-74. Hämtat från databasen Medline.

Johannisson, K. (1994). *Den mörka kontinenten*. Stockholm: Norstedts.

Johansson, E. E. & Hovelius, B. (2004). Begrepp och teorier I B. Hovelius & E. E. Johansson (Red.). *Kropp och genus i medicinen* (s. 35-46). Lund: Studentlitteratur.

Jorfeldt, I. (2000). *Yrke och kön – en studie av kvinnor och män som sjuksköterskor*. Licentiatuppsats, Lärarhögskolan i Stockholm, Institutionen för samhälle, kultur och lärande.

Jorfeldt, I. (2006). Vårdvetenskapen ur ett genusperspektiv I H. Strömberg & H. Eriksson (Red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad* (s. 25-38). Lund: Studentlitteratur.

Leijon, A. (2006). *Anorexi och vård. Ett feministiskt perspektiv*. Självständigt vetenskapligt arbete, Södertörns högskola, Institutionen för Genus, Kultur och Historia.

Klinge, I. (2007). Bringing Gender Expertise to Biomedical and Health-Related Research. *Gender Medicine*, 4, 59-63. Hämtat från databasen Medline.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kunskapscentrum för Ätstörningar (2011). <http://www.atstorning.se>

Malson, H. & Ryan, V. (2008). Tracing a Matrix of Gender: An Analysis of the Feminine in Hospital-Based Treatment for Eating Disorders. *Feminism & Psychology*, 18(1), 112-132. Hämtat från databasen Sagepub. doi: 10.1177/0959353507084955

Moulding, N. (2005). Disciplining the feminine: The reproduction of gender contradictions in the mental health care of women with eating disorders. *Social Science & Medicine*, 62(4), 793-804. Hämtat från databasen CINAHL With Full Text. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.06.048

Määttä, S. (2009). Exploring Male and Female Patients' Experiences of Psychiatric Hospital Care: A Critical Analysis of the Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 174-180. Hämtat från databasen CINAHL With Full Text. doi: 10.1080/0161284080294445

Norring, C. & Clinton, D. (2002). Diagnostik och bedömning I D. Clinton & C. Norring (Red.). *Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (s. 27-41). Stockholm: Natur och Kultur.

Notter, L. E. & Rose Hott, J. (1994). *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

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 patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2801-2808. Hämtat från databasen CINAHL With Full Text. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x

Palmer, B. (2000). *Helping People with Eating Disorders. A Clinical Guide to Assessment and Treatment*. Chichester: Wiley.

Piran, N. (2010). A Feminist Perspective on Risk Factor Research and on the Prevention of Eating Disorders. *Eating Disorders*, 18, 183-198. Hämtat från databasen CINAHL With Full Text. doi: 10.1080/10640261003719435

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research. Principles and methods*. (7th ed.) London: Lippincott, Williams & Wilkins.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7th ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

af Sandeberg, A.-M., Birgegård, A., Mohlin, L., Nordlander Ström, C., Norring, C. & Siverstrand, M.-L. (2009). *Regionalt vårdprogram. Åtstörningar*. Stockholms Läns Landsting.

Stockholms Läns Landsting (2010). *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling*. Stockholm: Stockholms Läns Landsting.

Sunvisson, H., Haberman, B., Weiss, S. & Benner, P. (2009). Augmenting the Cartesian medical discourse with an understanding of the person's lifeworld, lived body, life story and social identity. *Nursing Philosophy*, 10, 241-252. doi: 10.1111/j.1466-769X.2009.00413.x

Thurfjell, B. (2005). *Adolescent Eating Disorders in a Sociocultural Context*. Doctoral dissertation, Uppsala University, Department of Neuroscience, Child and Adolescent Psychiatry.

Smirthwaite, G. (2007). *(O)jämsliddhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Winther Jörgensen, M. & Phillips, L. (2000). *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Öhman, A. (2004). Genus i vårdens organisationer I B. Hovelius & E. E. Johansson (Red.). *Kropp och genus i medicinen* (s. 137-146). Lund: Studentlitteratur.

10 BILAGOR

10.1 Brev till verksamhetschefen



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Till verksamhetschefen vid

.....

Förfrågan angående genomförande av mindre vetenskaplig studie.

Jag, Anna Leijon, är sjuksköterskestudent och studerar vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete (Kandidatuppsats) inom huvudämnet omvårdnadsvetenskap i form av en uppsats på 15 högskolepoäng. Vi avser att genomföra en studie inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är: Kvinnlighetens konsekvens.

Studiens övergripande forskningsfråga är:

Datansamlingen kommer att ske med hjälp av: Intervjuer med fyra sjuksköterskor.

Tidsplan: Datansamlingen planeras starta 2011-12-12 och vara avslutad 2011-12-14.

Jag förbinder mig att skriftligt och muntligt informera personalen i den berörda verksamheten. Vidare förbinder jag mig att handskas konfidentiellt med insamlad data. Från samtlig kontaktad personal inhämtas informerat samtycke inför deltagande i undersökningen. I görligaste mån kommer uppgifter från den intervjuade personalen att vara avidentifierade. Alla resultat kommer att redovisas så att personer och enhet inte kan identifieras. Resultaten i studien kommer att återrapporteras till enheten.

Jag ansöker härmed om att få genomföra den ovan beskrivna undersökningen vid avdelning XXX vid XXXXXXXX.

Stockholm 2011-12-12.

Studentens signatur
Namnförtydligande Anna Leijon

Handledares signatur
Namnförtydligande
Mail-adress

Examinators signatur
Namnförtydligande
Mail-adress

Röda Korsets Högskola
Box 55 676
102 15 Stockholm
Tel. 08 58751600

10.3 Brev till informanterna



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA

- utbildning & forskning inom vårdområdet

Tack för din medverkan som intervjuperson till min uppsats!

Jag skriver en kandidatuppsats i omvårdnadsvetenskap vid Röda Korsets högskola om konstruktionen av anorexi. Uppsatsen kommer att grunda sig på intervjuer och syftet är att undersöka vilka diskurser som kan identifieras i talet. Ett genusperspektiv kommer att appliceras på analysen.

Du som intervjuperson och deltagare har flera rättigheter och jag som intervjuare är skyldig att följa och förhålla mig till vissa etiska principer:

- Ditt deltagande är *helt frivilligt*. Du kan när som helst välja att avbryta intervjun eller vid ett senare tillfälle välja att dra tillbaka din medverkan. Du har dessutom rätt att helt själv bestämma vilka frågor du vill svara på och har alltså även rätt att inte svara.
- Intervjumaterialet kommer endast att användas till skrivandet av min kandidatuppsats och informationen får och kommer *endast* att användas av mig för forskningsändamål.
- Alla uppgifter kring deltagare i arbetet kommer att behandlas *konfidentiellt*. Du garanteras så långt som möjligt anonymitet genom att ingen utomstående ska ges möjlighet att kunna identifiera dig eller någon annan deltagare. Dessutom kommer inte namnet på din vårdenhet att skrivas ut eller användas i studien.

Du är varmt välkommen att kontakta mig om det är något du vill tillägga eller om du har ytterligare frågor.

Med vänlig hälsning,

Anna Leijon

Mobilnr: XXX-XXXXXXX

E-mail: XXXXXXXXX@XXXXX