

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Sjuksköterskans omvårdnad och bemötande av tonårsflickor och unga kvinnor med ätstörningar

FÖRFATTARE	Johanna Björkman Josefin Hansson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Omvårdnad, Eget arbete VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Magdalena Erichsen
EXAMINATOR	Linda Berg

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Vi vill tacka vår handledare Magdalena Erichsen för uppmuntran, goda råd och givande diskussioner kring ämnet under arbetets gång.

Titel:	Sjuksköterskans omvårdnad och bemötande av tonårsflickor och unga kvinnor med ätstörningar.
Title:	Nursing teenage girls and young women with eating disorders.
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå 1
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete/OM5250
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Johanna Björkman Josefin Hansson
Handledare:	Magdalena Erichsen
Examinator:	Linda Berg

SAMMANFATTNING

Det har blivit allt vanligare att unga flickor bantar, vilket är en riskfaktor för att utveckla ätstörningar som anorexia nervosa och bulimia nervosa. Denna patientgrupp söker sällan självmant vård och har oftast ingen insikt i sitt ohälsosamma beteende. Sjuksköterskor har enligt Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, en skyldighet att identifiera och förebygga ohälsosamma riskbeteenden. Då är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap om sjukdomsbilden så att hon kan bemöta patienten på ett respektfullt och värdigt sätt så att patienten kan få insikt om behovet av att förändra sitt beteende, samt bli motiverad att leva hälsosamt. Denna uppsats syftade till att belysa viktiga aspekter i hur man som sjuksköterska bemöter och kommunicerar med unga flickor/kvinnor med ätstörningsproblematik. Genom en litteraturstudie undersöktes vetenskapliga artiklar och fyra olika teman utformades. Dessa var; Hälsorelaterade beteendeförändringar, Strategier för sjuksköterskor som vårdar patienter med ätstörningar, Patientens syn på sjuksköterskans omvårdnad och bemötande samt Prevention och hälsopromotion. Det framkom att sjuksköterskan kan arbeta efter modellen för hälsorelaterade beteendeförändringar, den så kallade förändringsprocessen. Det visade sig att sjuksköterskan bör göra patienten delaktig i de mål som sätts upp i behandlingen, och låta förändringen ske i patientens takt och inte pusha patienten. För ett gott bemötande behövdes tid och kunskap om ätstörningar. För att skapa en god relation med patienten, var det viktigt att sjuksköterskan hade förmåga att känna empati och sympati, att sjuksköterskan kunde agera respektfullt i mötet och kunde se personen bakom sjukdomen. För att förebygga uppkomsten av ätstörningar var det viktigt med prevention och promotion hos skolungdomar från tidig ålder.

Nyckelord: Bemötande, ätstörningar, tonårsflickor/unga kvinnor.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
UNGA FLICKORS KROPPSUPPFATTNING.....	1
ÄTSTÖRNINGAR	2
Definition	2
Historik	2
Diagnostiska kriterier	2
Faktorer som orsakar ätstörningar	3
Behandling.....	3
Prognos	4
Prevalens	4
BEMÖTANDE.....	5
HÄLSOPROMOTION.....	5
KOMPETENSBEKRIVNING FÖR LEGITIMERAD SJUKSKÖTERSKA	6
JOYCE TRAVELBEE – INTERPERSONAL SPECTS OF NURSING	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE.....	7
METOD.....	7
DATAINSAMLING.....	7
DATAANALYS	9
RESULTAT	9

1. HÄLSORELATERADE BETEENDEFÖRÄNDRINGAR.....	9
2. STRATEGIER FÖR SJUKSKÖTERS KOR SOM VÅRDAR PATIENTER MED ÄTSTÖRNINGAR	10
Sjuksköterskor inom somatisk vård.....	10
Sjuksköterskor inom psykiatrisk vård	11
Konkreta omvårdnadshandlingar	11
3. PATIENTERS SYN PÅ SJUKSKÖTERS KANS OMVÅRDNAD OCH BEMÖTANDE	12
4. PREVENTION OCH HÄLSOPROMOTION	14
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION.....	15
RESULTATDISKUSSION	16
Konklusion	20
LITTERATURFÖRTECKNING.....	21
BILAGA	
1. ARTIKELPRESENTATION	
2. DIAGNOSTISKA KRITERIER ENLIGT DSM-IV	

INLEDNING

Barn och ungdomar i Sverige mår allt sämre, även i förhållande till andra länder i västvärlden trots att vi i Sverige har bäst socioekonomiska förutsättningar och tillgång till hälso- och sjukvård (Lindblad & Lindgren, 2010). Statistiska Centralbyråns undersökningar visar att barn och ungdomars psykiska hälsa har försämrats de senaste 15 åren. Statistiska Centralbyråns undersökning av barns levnadsförhållande visar att barn och ungdomar mellan 10-18 år är en grupp där oro, ångest och ångslan ökar, speciellt hos flickor. Både flickor och pojkar känner sig stressade av höga krav från föräldrar och skola, men flickor har även högre krav på sig själva än pojkar. Fler flickor än pojkar är missnöjda med sig själva och sitt utseende (Statistiska centralbyrån, 2007). Ett uttryck för ångest och höga krav på sig själv är att vara kritisk mot och missnöjd med sin kropp.

Unga flickor är i hög grad exponerade för media som förmedlar det pinnsmåla kroppsideal som råder idag. Modeller har blivit allt smalare, till att idag ha ett anorektiskt utseende. Idag har så gott som alla barn och ungdomar tillgång till Internet, där bloggar och forum frodas där flickor diskuterar bantning, ger bantningstips och uppmuntrar varandra till ett ohälsosamt destruktivt beteende i förhållande till vikt, kost och motion. På tidskriftens Chics hemsida genomfördes en läsarundersökning där man frågade läsarna om de tyckte att modellerna är för smala, och om de påverkas av smala modeller. Av 405 deltagande tyckte 86 % att modellerna var för smala. På frågan om man påverkades av smala modeller röstade 721 personer och 72 % svarade ja (Cederquist, 2011).

Kombinationen av att unga flickor har sämre psykisk hälsa, högre krav på sig själva, är missnöjda med sitt utseende och samtidigt är utsatta för media och rådande kroppsideal leder till att många unga flickor bantar. Sextioåtta procent av flickorna i första året på gymnasiet har eller håller på att banta (Werner, 2007). Eftersom många fall av ätstörningar är resultaten av en bantningsperiod som sparat ur, är bantning en stor riskfaktor för att utveckla ätstörningar (Eriksson & Görän, 2001). Då ätstörningar är betydligt vanligare hos tonårsflickor och unga kvinnor har vi valt att inrikta oss på den gruppen. Detta är en grupp som man som sjuksköterska kan stöta på nästan överallt i vården, på vårdcentral eller sjukhus, som vårdas av annan orsak än ätstörningar. Ett tidigt ingripande är en viktig faktor för att personer med ätstörningar, eller som ligger i riskzonen för att utveckla ätstörningar, skall tillfriskna, minska kroniska sjukdomsfall och få bestående skador till följd av sjukdomen (Clinton & Norring, 2009).

BAKGRUND

UNGA FLICKORS KROPPSUPPFATTNING

Studier visar att övervikt som barn är en riskfaktor för att utveckla ätstörningar. Barnfetman ökar i världen och i Sverige, vilket medför fler fall av ätstörningar. Det är vanligt att barn blir retade för sin höga vikt, genomgår viktminskningsprogram och utvecklar då en ätstörning. Högt BMI, att bli retad för sin vikt och att vara missnöjd med sin kropp har visat sig vara riskfaktorer för att flickor ska utveckla ätstörningar. Eftersom det finns ett samband mellan bantning och ätstörningar, är det intressant att undersöka barn och ungdomars kroppsuppfattning (Swanberg, 2004). I en svensk studie som undersökte hur vanligt det är med bantning hos flickor i åldrarna 8-16 år framkom att 43 % någon gång har bantat och 25 % höll vid svarstillfället på att gå ned i vikt (Werner, 2007).

ÄTSTÖRNINGAR

Definition

Det har visat sig svårt att tydligt definiera begreppet ätstörningar, och det är svårt att bestämma när en strikt diet eller extrem bantning blir till en ätstörning (Clinton & Norring, 2009). Dock kom Fairburn och Walsh år 2002 med en definition;

”Med ätstörning avses en ihållande störning i ätbeteendet eller viktkontrollerande beteende, som påtagligt försämrar fysisk hälsa eller psykosocialt fungerande. Störningen skall inte vara sekundär till någon känd medicinsk åkomma (t.ex. en hypotalamisk tumör) eller någon annan psykiatrisk störning (t.ex. ångestsyndrom)”. Både anorexia nervosa och bulimia nervosa uppfyller kraven för den definitionen. Vad gäller termen ätstörningar utan närmare specifikation betecknar den de återstående ätstörningarna, ”det vill säga de förhållanden som uppfyller definitionen av en ätstörning, men inte kriterierna för anorexia nervosa eller bulimia nervosa” (G. Fairburn & Walsh, 2002, s.171-172).

Historik

Det första beskrivna fallet av anorexia nervosa kom så tidigt som år 1694, av den engelske hovläkaren Richard Morton. Runt 1870 kom genombrottet för det vi idag kallar anorexia nervosa, då en fransk professor i klinisk medicin, Charles Laségue, publicerade en uppsats med fallbeskrivningar, och som kallades ”De l’Anorexie Hystérique” vilket myntade namnet på sjukdomen. Enstaka beskrivningar av patienter med anorexia nervosa som också hade episoder av hetsätning beskrevs av Gull, 1874. Det dröjde dock ända till 1987 innan bulimia nervosa som vi känner till den idag kom med i diagnostiseringsystemet DSM-III-R (Clinton & Norring, 2009).

Diagnostiska kriterier

Den amerikanska organisationen American Psychiatric Association publicerade 1994 en fjärde version av ett vanligt förekommande diagnostiskt system för ätstörningar som kallas Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders och förkortas DSM-IV, se bilaga. Här ingår alla typer av ätstörningar, såsom anorexia nervosa, bulimia nervosa och hetsätning (Clinton & Norring, 2009).

För anorexia nervosa krävs enligt DSM- IV en viktnedgång till en nivå av 15 % under förväntad vikt samt amenoré hos menstruerande kvinnor under minst tre på varandra följande menstruationscykler. Man betonar den centrala betydelsen av viktnedgång och kroppsuppfattning som avgörande för patientens självkänsla och den oerhörda rädslan för viktuppgång hos personer med anorexia nervosa. Personen vill ligga under normalvikt, och förstår inte allvaret i sin låga vikt och uppfattar sig som tjock trots att den är underviktig. Man skiljer på anorexia nervosa med enbart självsvält samt anorexia nervosa med inslag av hetsätning och eller självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel eller diuretika (Clinton & Norring, 2009).

Samma diagnostiska system, DSM-IV, beskriver att bulimia nervosa innebär återkommande perioder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av att personen äter under en avgränsad tid en väsentligt större mängd mat än vad de flesta gör under liknande omständigheter och tid. Personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden. Sjukdomen innebär också återkommande olämpligt kompensatoriskt beteende för att inte gå upp i vikt genom

självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel eller diuretika, fasta eller överdriven motion. Såväl hetsätandet som det kompensatoriska beteendet ska förekomma minst två gånger i veckan under tre månader. Självkänslan är överdrivet beroende av vikt och kroppsform. Man skiljer på bulimia nervosa med eller utan självrensning i form av självframkallade kräkningar och missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang. Personen kan ha använt andra kompensatoriska metoder som fasta eller överdriven motion, och kallas då bulimia nervosa utan självrensning (Clinton & Norring, 2009).

Faktorer som orsakar ätstörningar

Vad som orsakar ätstörningar är svårt att ge ett entydigt svar på. De som vanligen drabbas är unga kvinnor i åldrarna 14-20 år som bantar. Dock utvecklar inte alla i denna grupp ätstörningar, utan det krävs också andra faktorer, såsom psykiska och biologiska faktorer och ibland utlöses sjukdomarna av dåliga familjeförhållanden och trauman. Biologiska, fysiologiska, psykologiska, kulturella och sociala faktorer ligger bakom insjuknande och vidmakthållande av sjukdomen. Det krävs en sårbarhet hos individen, och ofta har han eller hon en negativ självbild och perfektionistiska personlighetsdrag. Ätstörningar hos modern kan påverka att även barnet utvecklar någon form av ätstörning, på grund av ärftlighet, låg födelsevikt, spända matsituationer eller negativa kommentarer om barnets vikt (Swanberg, 2004).

Sociokulturella faktorer har betydelse för utvecklandet av ätstörningar, då det västerländska smalhetsidealet och allt magrare modeller syns i reklam och teveprogram påverkar unga flickor. Detta skrevs om redan på 1970-talet, då Miss America deltagarna blev allt magrare. Unga flickor med kontrollbehov lägger stort värde i att kunna kontrollera sitt ätande och sin vikt, och ser det som en väg till lycka. Fairburn hävdade att det finns en västerländsk syn på att viktkontroll leder till lycka, något som unga flickor lätt tar till sig. Kaye menade dock att även om mediabilden bidrar till ätstörningsproblematiken så är det inte en avgörande faktor i de flesta fall, utan det finns andra faktorer som väger tyngre. Andra studier betonar dock betydelsen av den sociokulturella och psykosociala miljön (Swanberg, 2004).

Det är vanligt med andra psykiska problem hos ungdomar med ätstörningar och depressioner hos patienter med anorexia nervosa, men då oftast efter sjukdomsdebuten. Depression är vanligare hos personer med hetsätning än anorektiker. Andra vanliga psykiska besvär hos personer med ätstörningar är tvångstankar och tvångsbeteende, ångest och social fobi. Även drogmissbruk förekommer i samband med ätstörningar. Rosenvinge har i studier funnit att det förekommer avvikande personlighet i högre utsträckning bland personer med ätstörningar, såsom borderlinestörning (idag kallad emotionell instabil personlighetsstörning). Kaye visade att vanliga personlighetsdrag hos personer med ätstörningar är tvångsmässighet, perfektionism, återhållsamhet i emotionella uttryck och låg nivå av social spontanitet (Swanberg, 2004).

Behandling

Eftersom svält medför livshotande symtom är det viktigaste initialt att bryta viktnedgången och att patienten går upp i vikt. Hur mycket som patienten ska gå upp i vikt är individuellt. För kvinnor som tidigare haft mens, är målet att de ska öka så mycket i vikt att de återfår menstruationen. För yngre kvinnor, där sjukdomen debuterade innan puberteten är målet att de ska gå upp så mycket i vikt, att de kan utvecklas normalt och avsluta puberteten. Viktökningen skall dock inte ske för hastigt, då det kan vara riskabelt för kvinnor som svält sig under lång tid (Råstam Bergström, Gillberg, & Gillberg, 1995).

Information är oerhört värdefullt för såväl anhöriga som den anorexisjuka. I ett initialt skede är det viktigt att informera så mycket som familjen och den sjuke kan ta emot, och det kan vara fördelaktigt att ha kontakt med en dietist som har goda kunskaper inom såväl fysiologi, kosthållning och anorexia nervosa för att uppnå goda behandlingsresultat (Råstam Bergström, Gillberg, & Gillberg, 1995).

Individuella samtal med psykoterapeut såväl som familjeterapi ska finnas med i behandlingsplanen. Många patienter i tonåren inser inte sitt behov av att samtala med någon, då de förnekar den djupgående problematiken i sitt beteende. Den farmakologiska behandlingen som används vid anorexia nervosa syftar inte till att behandla själva sjukdomen, utan till komplikationer till följd av svält, för att behandla associerade psykiska besvär eller för att stoppa viktnedgången (Råstam Bergström, Gillberg, & Gillberg, 1995).

Läkemedelsbehandling vid bulimia nervosa har visat sig mer effektivt jämfört med vid anorexia nervosa. Det beror på att bulimia nervosa är starkare sammankopplat med depressiva tillstånd, varför antidepressiva läkemedel har god effekt. Studier visar också på gott resultat vid kombination av psykoterapi och antidepressiva läkemedel. Kognitiv beteendeterapi är också effektiv vid bulimia nervosa och har som mål att få patienten att normalisera sina matvanor och sitt ätbeteende, öka förmågan att känna igen och hantera olika känslor och öka patientens självrespekt, självförtroende och självacceptans (Clinton & Norring, 2009).

Prognos

En svensk och en engelsk studie som undersöker prognos på lång sikt (20-30 år) visar att 15-18 % av personerna med anorexia nervosa har dött av komplikationer till följd av sjukdomen (Theander, 1985) (Ratnasuriya, Eisler, Szmukler & Russell, 1991). I den svenska studien hade vart tredje dödsfall skett till följd av självmord (Theander, 1985). I jämförelse med normalbefolkningen var dödligheten hos personer med anorexia nervosa sex gånger högre. Vid uppföljningsstudier efter ca 4 år är runt hälften normalviktiga och menstruerar, en fjärdedel på bättringsvägen och en fjärdedel hade dålig prognos (Råstam Bergström, Gillberg, & Gillberg, 1995). En studie som gjordes i USA 1999 av Keel et al, undersökte 173 kvinnor med bulimia nervosa som behandlats i specialistsjukvård. Efter ca 11 år hade 69,9 % tillfrisknat helt eller delvis. Elva procent uppfyllde kriterierna för bulimia nervosa och 18,5 % uppfyllde kriterier för Ätstörning UNS. Andra studier visar på liknande siffror (Clinton & Norring, 2009).

Prevalens

Det är svårt att säkerställa exakt hur många som är drabbade av ätstörningar i allmänhet. Detta beroende på att de drabbade känner en stor motvilja till att söka sjukvård, och det ingår i sjukdomsbilden att inte förstå allvaret i sin låga vikt och förneka problemet. En studie gjord i Göteborg visade en prevalens på 0,94 % bland flickor i 17-årsåldern och knappt 0,1 % hos pojkar i samma ålder (Råstam, Gillberg & Garton, 1989). En annan studie utförd i Nacka-Värmdö 1988 visade en prevalens på 0,26 % bland flickor i åldersspannet 16- 24 år (Cullberg & Engström-Lindberg, 1988). Antalet nya fall, incidensen, av anorexia nervosa beräknas ligga på 10-40 nya fall/100 000 kvinnor/år (Clinton & Norring, 2009).

Eftersom bulimia nervosa är en diagnos som första gången beskrevs betydligt senare än anorexia nervosa, finns det färre studier om incidens och prevalens och resultaten varierar. Incidensen i Sverige är oklar, och varierar mellan 5 och 65 nya fall/100 000 kvinnor/år. Olika studier gjorda i USA, Kanada och Norge visar på att prevalensen ligger runt 1-2 % för kvinnor (Clinton & Norring, 2009).

BEMÖTANDE

Nationalencyklopedins definition av bemötande lyder;

”Med bemötande avses det sociala växelspel som sker mellan personer i mötet, det vill säga uppträdanget i den interaktion som förekommer. Bemötande innebär också medvetenhet om och förmåga till inlevelse i andra personers behov och reaktioner samt visad respekt för motparten.”(Nationalencyklopedin, 2000)

Vårdpersonalen innehar en kunskap och ett inflytande som den vårdsökande inte har. Människor som söker sig till vården är oftast sjuka och därmed sårbara och utsatta. Det kan leda till att de känner sig utelämnade till vårdpersonalen. Därför är det viktigt att vårdpersonalen behandlar patienter med respekt och som en jämlik människa för att uppnå ett gott bemötande inom vården (Croona, 2005).

I de allra flesta fall är bemötandet i vården gott, men det finns ändå en bemötandeproblematik, vilket inte minst märks på de antal anmälningar till Socialstyrelsen som handlar om dåligt bemötande. Ofta beror det på bristande kompetens hos personalen, brist på tid eller att kraven på vårdpersonalen har ökat då en ny generation kan skaffa sig mer information på egen hand och därför kräver mer av vården. Det kan också vara i fall då personer med en annan kulturell bakgrund inte blir bra bemötta och det kan vara organisatoriska problem som ligger bakom (Croona, 2005).

En definition av det goda bemötandet i vården har gjorts av Croona, (2005);

”Det goda bemötandet i vården kännetecknas av att vårdpersonal möter vårdsökande människor på ett sätt som värnar om deras integritet och autonomi och svarar mot det behov av förståelse och trygghet som uppstår i kontakt med vården. Dessutom framstår förväntningarna om tid och delaktighet, tillsammans med önskemål om glädje, som aspekter som inte kan förbises.” (Croona, 2005, s.2).

I mellanmänskliga möten är språket en central del för vad som kommuniceras. Inte bara vad som sägs är viktigt, utan också hur det sägs och till vem. Språkkommunikation avspeglar inte bara individen som talar utan också samhälleliga och kulturella aspekter, som påverkar hur språket används i olika sammanhang. Människor ska få komma till tals, vara delaktiga och bli lyssnade på. För ett gott bemötande krävs därför respekt och demokrati, men inom vården krävs också omsorg. I dessa möten i vården krävs ett ansvar och engagemang att hjälpa, ta hand om någon och ibland ta över. Respekt och omsorg är delar som utgör solidaritet vilket är betydande i en professionell roll inom vården och kan ses som grunden i bemötandeteiken. Solidaritet innebär en respekt för allas lika värde, lika rätt till värdighet och okränkbarhet. Det kan i praktiken innebära att bemöta patienter med en balans mellan respekt och omsorg (Croona, 2005).

HÄLSOPROMOTION

Med primärprevention menas arbete för att förhindra att sjukdomen uppträder. Vad gäller preventionsarbete för åttörningar fokuserar det mycket på att påverka attityder kring mat och kropp, och minska ett riskfyllt bantande. En kunskapsöversikt genomförd av Vårdalinstitutet och Medicinska forskningsrådet visar att det finns lite studier gjorda om ämnet, och endast sju studier med kontrollgrupper fanns (Swanberg, 2004).

Enligt norske Rune Borresen handlar förebyggande hälsoarbete om att stärka, stötta och ta fram det som är friskt istället för att bara fokusera på det sjuka. Det är fördelaktigt att satsa på sådant som att främja sociala kontakter med andra, uppmuntra till kontakt med de egna känslorna och förmåga att uttrycka dem, förmåga att uttrycka sina egna behov samt goda uppväxtvillkor. För barn och ungdomar med ätstörningar är det viktigt att främja stärkande av självkänslan (Swanberg, 2004).

KOMPETENSBESKRIVNING FÖR LEGITIMERAD SJUKSKÖTERSKA

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska skall alla sjuksköterskor ha:

”förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer” (Socialstyrelsen, 2005, s.12).

Det ingår även i sjuksköterskans yrkeskunnande att sörja för patientens fysiska och psykiska omvårdnadsbehov, men också behov av kulturella, sociala och andliga aspekter. Patientens lidande och sjukdomsupplevelse skall uppmärksammas och om möjligt lindras med hjälp av adekvata handlingar (Socialstyrelsen, 2005).

Vad gäller bemötande, information och undervisning skall sjuksköterskan ha förmåga att informera och undervisa patient och anhöriga på ett lämpligt sätt enligt de förutsättningar som råder samt försäkra att de förstått den givna informationen. Sjuksköterskan kommunikation med personal, patienter och anhöriga skall genomsyras av ett respektfyllt och empatiskt förhållningssätt (Socialstyrelsen, 2005).

JOYCE TRAVELBEE – INTERPERSONAL ASPECTS OF NURSING

Joyce Travelbee beskriver i sin bok *Interpersonal Aspects of Nursing* mötet mellan sjuksköterska och patient och hur en mellanmänsklig relation byggs upp. I första mötet med en person observerar sjuksköterskan, värderar personen, slutsatser dras och känslor väcks. Observation och de slutsatser som dras är det första steget, och det som lägger grunden för de beslut som senare tas och hur interaktionen kommer att se ut längre fram. Den första bedömningen kallas ibland ett första intryck som är en känsla om den andra personen. Om det första intrycket är gott, beror det ofta på att individen påminner oss om en individ från vårt förflutna, som vi haft en god relation till. En annan anledning kan vara att det tillgodoser ett behov av att bli sedd som en unik individ. I det första mötet ser sjuksköterskan personen som ”patient” och patienten ser sjuksköterskan som enbart ”sjuksköterska”, och båda har förutfattade meningar och fördomar baserat på tidigare erfarenheter och ingen av dem ser den andra som en unik individ. Sjuksköterskans uppgift är att se den unika individen, och inte bara en ”patient”, och det utgör grunden för att kunna gå vidare mot en mellanmänsklig relation (Travelbee, 1971).

Nästa fas är identifikation och projektion. Förutsättningen för detta är att sjuksköterskan har en förmåga att se det unika hos individen, och kunna knyta ett band till den andra individen. Sjuksköterskan uppfattar hur individen tänker, känner och uppfattar situationen, och patienten ser sjuksköterskan mer som en egen person, och inte bara en representant för alla sjuksköterskor. Sjuksköterskan ska bli medveten om hur hon uppfattar personen, och se den unika individen. För att kunna uppnå empati, behöver sjuksköterskan kunna se likheter och skillnader mellan henne själv och patienten och kunna relatera till patientens situation (Travelbee, 1971).

Empati uppkommer mellan två eller flera individer och innebär förmåga att gå in i och leva sig in i en annans psykiska tillstånd vid ett specifikt tillfälle, att kunna bortse från utåtriktat beteende och leva sig in i och förstå personens innersta tankar. Forskning visar att förmågan att känna empati beror på graden av likhet mellan individerna, och därför kan inte sjuksköterskan förväntas känna empati med alla sjuka människor. Dock, kan gränsen för empati tänjas och förmågan kan bli större. Empati karaktäriseras av förmåga att kunna förutse en annan individs beteende, och beror på graden av likheter och erfarenheter mellan individerna. Alla människor dömer andra, utifrån kunskap, irrationell eller rationell, korrekt eller inkorrekt. En sjuksköterska kan inte sträva efter att vara helt icke dömande, utan snarare mot att bli medveten om sina egna fördomar om den sjuke personen (Travelbee, 1971).

Ur empati föds sympati. Då kan människan leva sig in i den andra individens svårigheter, bli berörd eller rörd och känna medlidande och vilja att hjälpa uppstår. Sympati är ofta något icke verbalt, och som uttrycks mycket subtilt känslomässigt. Det innebär en värme och omtanke, som går utöver att vara vänlig eller hövlig mot sjuka. Det innebär i praktiken att sjuksköterskan visar att hon bryr sig, visar omtanke och vilja att lindra lidandet genom att finnas tillgänglig för stöd i krisen som patienten genomgår (Travelbee, 1971).

PROBLEMFÖRMULERING

Sjuksköterskor ska enligt Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer. Personer med ätstörningar söker dock sällan självmant vård, de förnekar att de har ett ohälsosamt beteende och är ofta motvilliga till behandling. Därför är det viktigt att vårdpersonal kan fånga upp denna grupp och hjälpa dem till insikt så att de söker specialiserad vård. För att göra detta krävs det att personalen har kunskap om hur man bemöter unga flickor med ätstörningar eller risk för ätstörningar på rätt sätt utan att skrämja bort dem. Många flickor är missnöjda med sina kroppar, och tycker att de är för tjocka vilket kan leda till dålig självkänsla och psykisk ohälsa som orsakar lidande. För att motarbeta att flickor påverkas av mediabilden och rådande kroppsideal, och på så vis riskera att utveckla ätstörningar, samt för att höja unga flickors självkänsla och förbättra deras kroppsuppfattning, krävs preventionsarbete och hälsopromotion. Vi vill undersöka hur man ingriper som sjuksköterska om man misstänker att en patient lider av ätstörningar, samt vilken typ av hälsopromotion som kan vara fördelaktig.

SYFTE

Syftet är att belysa viktiga aspekter i hur man som sjuksköterska bemöter och kommunicerar med unga flickor/kvinnor med ätstörningsproblematik.

METOD

DATAINSAMLING

Vid insamlandet av data till litteraturstudien användes en induktiv metod. Sökning av artiklar utfördes i databaserna Cinahl och PubMed, och sökorden var *eating disorders, nursing, nursing care, interventions, nursing interventions, bulimia nervosa, treatment, women, communication, anorexia nervosa, health promotion* och *children* i olika kombinationer. Sökningarna begränsades till peer reviewed både i PubMed och Cinahl, och i PubMed gjordes även begränsningen Links to Full Text. En artikel som via PubMed enbart kunde läsas mot betalning, söktes på Google där det fanns en länk till artikeln utan kostnad. Sökresultaten bearbetades genom att författarna först läste igenom artiklarnas titlar samt abstract, för att på

så vis exkludera artiklar som inte överensstämde med syftet. Artiklar som handlade om pojkar, äldre patienter och patienter med ätstörningar relaterat till annan sjukdom exkluderades. Artiklarna som inte exkluderats lästes igenom överskådligt och öppet, för att få en uppfattning om de bidrog till syftet och en kort sammanfattning av varje artikel med viktiga ord eller meningar utfördes. Totalt hittades 14 artiklar som var relevanta för syftet. Ytterligare en artikel inkluderades, som inte helt stämde överens med syftet, men som ändå var intressant och nämns därför i diskussionen. En annan artikel riktade sig mot tandläkare och inte till sjuksköterskor, och därför inkluderades även den i diskussionen.

Tabell 1. Översikt av litteratursökning samt artikelurval i litteraturstudien.

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal valda artiklar
110209	PubMed	Eating disorders and health promotion	Only items with links to full text, Humans, Female, English, Adolescent: 13-18 years, Young adult: 19-24 years, published in the last 5 years.	30	1
110209	PubMed	Eating disorders and communication	Only items with links to full text, humans, Female, English, Adolescent: 13-18 years, Young adult: 19-24 years, published in the last 10 years.	153	6
110209	Cinahl	Eating disorders, nursing, treatment	Peer reviewed, Boolean/Phrase	52	5
110209	Cinahl	Anorexia nervosa, women, communication	Peer reviewed, Boolean/Phrase	5	0
110225	PubMed	Eating disorders and nursing care and nursing interventions	Humans, English, Adolescents: 13-18 years, Young adults: 19-24 years, published in the last 10 years	12	1

110306	Cinahl	Eating disorders, nursing care	Peer reviewed, Find all my search terms, English language, Any author is nurse	3	1
110306	Cinahl	Eating disorders, nursing care, children	Peer reviewed, find any search term, any author is nurse, English	28	1

DATAANALYS

Författarna valde att göra en litteraturöversikt för att skapa en överblick av området, samt att använda ett induktivt tillvägagångssätt i analysen av artiklarna, och försökt identifiera återkommande teman inom sjuksköterskans bemötande och omhändertagande av patienter med ätstörningar. Dels lästes artiklarna öppet och förutsättningslöst flera gånger för att identifiera teman, men de lästes även med utgångspunkten att hitta teman som överensstämde med frågeställningen. De aspekter som berörde samma område sorterades in under olika rubriker i resultatet, vilket resulterade i fyra olika teman (Friberg, 2006). De teman som identifierades var sjuksköterskans perspektiv på att vårda patienter med ätstörningar, patientens syn på sjuksköterskans omvårdnad och bemötande, hälsorelaterade beteendeförändringar samt preventionsarbete och hälsopromotion.

RESULTAT

1. HÄLSORELATERADE BETEENDEFÖRÄNDRINGAR

Tonårsflickor utvecklar ofta ätstörningar till följd av att de upplever att de inte har någon kontroll över sitt liv, det kan till exempel handla om föräldrar som upplevs vara dominanta och fatta alla beslut för tonåringen. Ätstörningen blir ett sätt att återskapa en känsla av kontroll (Patching & Lawler, 2009). Förutom att få kontroll tror många att de ska bli omtyckta, lyckliga, vackra och accepterade när de går ner i vikt. De känner sig ofta värdelösa, fula, hopplösa, osäkra i sig själva och ångestfyllda när de ser bilder på smala modeller. När de väl gått ner i vikt så försvinner inte de negativa känslorna, utan de blir istället deprimerade, ledsna, arga och förlorar vänner (Breiner, 2003).

Tillfrisknande från ätstörningen kan endast ske då personen själv bestämt sig för att göra ett försök, och tillfriskningen måste ske utifrån personens villkor (Patching & Lawler, 2009). Sjuksköterskor som arbetar med personer med ätstörningar beskriver det som att de går bredvid patienten i deras takt, genom att använda deras språk och försöka förstå deras världsuppfattning istället för att försöka forcera fram ett tillfrisknande.

”We (sjuksköterskor) must never want this more than them (patienter)” (Snell, Crowe, & Jordan, 2010, s. 354).

Prochaska och DiClemente (1983) formade en modell för hälsorelaterade beteendeförändringar, där fem olika faser i patientens beteende kartläggs och beskrivs. Denna modell kan förklara tillfriskningsprocessen hos en patient med ätstörningar, samt visar hur vårdpersonal bör agera i varje fas. Faserna kallas *förnekelse, begrundande, förberedande,*

handling och *bibehållande*. Patienten kan gå tillbaka i processen och få återfall (Waldrop, 2005).

I första fasen, *förnekelse*, förnekar patienten att det finns ett problem i beteendet, upplever sig fortfarande ha kontroll över situationen och är motvillig till att förändra sitt beteende. Sjukvårdspersonal, i detta fall sjuksköterskan, kan i den inledande fasen ge patienten information på ett individanpassat sätt och inte argumentera emot patientens åsikter och upplevelser av situationen (Waldrop, 2005).

I nästa steg, *begrundande*, har patienten insett problematiken och överväger att förändra sitt beteende, men har ännu inte påbörjat en förändring. Då kan sjuksköterskan hjälpa patienten att identifiera positiva och negativa aspekter av att förändra beteendet, motivera och finna lösningar på eventuella hinder (Waldrop, 2005).

I den tredje fasen, *förberedelse*, har patienten beslutat sig för att förändra sitt beteende och då kan sjuksköterskan diskutera med patienten hur hon ska lyckas, och uppmuntra små steg i början. Sjuksköterskan kan också hjälpa patienten att få kontakt med en dietist (Waldrop, 2005).

Nästa steg är *handling*, genomförande av förändringar, då patienten är motiverad och engagerad. Genom uppmuntran och stöttning kan sjuksköterskan förhindra återfall (Waldrop, 2005). Många patienter upplever denna fas som svår och krävande, och har svårt att acceptera en viktökning (Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005). Sjuksköterskan kan då hjälpa patienten att utveckla coping-strategier vid eventuella återfall (Waldrop, 2005).

Sista fasen är *bibehållande*, när patienten uppnått målet med beteendeförändringen och lyckas på egen hand upprätthålla sin nya livsstil och kunna hantera eventuella återfall. Sjuksköterskan kan bidra med förstärkning av coping-strategier, utvärdering och stöttning (Waldrop, 2005).

2. STRATEGIER FÖR SJUKSKÖTERSKOR SOM VÅRDAR PATIENTER MED ÄTSTÖRNINGAR

Sjuksköterskor inom somatisk vård

En grupp forskare (Reid-Searl, Dwyer & Happell et al, 2009) utförde en intervjustudie där de undersökte hur sjuksköterskor som arbetar inom somatisk vård upplever att hantera och vårda patienter med mentala och psykiska problem. Sjuksköterskorna upplevde ofta en kunskapsbrist. Ofta arbetar sjuksköterskorna under tidspress, och de måste prioritera de mest akuta tillstånden och patienterna med psykiska problem kommer då i andra hand. Detta gör att sjuksköterskorna känner sig otillräckliga och besvikna på sig själva och upplever att de inte gjort ett bra arbete. Inom somatisk vård är arbetet ofta uppgiftsorienterat, till skillnad från psykiatrisk vård där samtal med patienter ses som en mycket viktig del i omvårdnaden. Därför upplever sjuksköterskor i somatisk vård svårigheter att ta sig tid till att samtala med patienterna med psykiska problem. Sjuksköterskor är då rädda att kollegor ska se dem som lata, och att de inte utför sina arbetsuppgifter. Det är viktigt att psykiskt sjuka patienter känner att sjuksköterskan har tid att samtala, och inte gör det för att hon känner sig tvingad. Många sjuksköterskor som inte har specialistutbildning inom psykiatri, känner sig ofta osäkra, otillräckliga och vet inte vad de ska säga till patienten, då de är oroliga för att förvärra patientens tillstånd. Ofta talar de då om något helt annat än hur patienten mår (Reid-Searl et al, 2009).

Sjuksköterskor inom psykiatrisk vård

I en kvalitativ studie av Ryan, Malson & Clarke (2006) intervjuas sjuksköterskor som arbetar med ätstörningspatienter på specialistavdelningar för ätstörningar. Sjuksköterskorna beskrev sitt arbete som att ge patienterna kärleksfull vård och omtanke, visa empati och ge uppmuntran och positiv feedback när patienten uppvisat hälsosamt beteende. De jobbar också med att hjälpa patienterna finna saker som gör att de känner sig duktiga, så att de kan stärka sin självkänsla. Samtidigt arbetar de med att hålla patienterna inom ramen för behandlingen och hjälpa dem att följa reglerna. De måste då agera strikt med disciplin och övervakning, utan att framstå som en "elak fångvaktare". Eftersom dessa patienter har ett stort kontrollbehov kan det uppstå konflikter mellan alltför dominerande sjuksköterskor och patienter, vilket är frustrerande och utmanande för sjuksköterskorna (Ryan et al, 2006).

I Archives of Psychiatric Nursing skriver Earlene G. Irwin om psykiatrisjuksköterskors utmaningar i mötet med patienter med anorexia nervosa och/eller bulimia nervosa. Sjuksköterskan har en helhetssyn på patienten, och har kunskap om såväl kroppsliga och själsliga behov, samt är den som har ansvar dygnet runt för patientens omvårdnad. Sjuksköterskan kan identifiera såväl ätstörningssjukdomar som riskbeteende. Om sjuksköterskan känner till diagnostiseringskriterierna för anorexia nervosa och bulimia nervosa, DSM-IV, kan sjuksköterskan i ett tidigt skede observera symtom och tecken på ätstörningar och få en förståelse för den komplexa sjukdomsbilden (G. Irwin, 1993).

I ett tidigt stadium av relationen mellan sjuksköterskan och patienten, innan patienten har tillit till sjuksköterskan, är patienten ofta hemlighetsfull och undanhåller sanningen om till exempel mat- och träningsvanor, hur ofta de kräks upp maten och om de använder eller missbrukar laxermedel. Detta är ett sätt för patienten att kunna upprätthålla sjukdomen. Det är då viktigt att sjuksköterskan upprättar en trygg miljö, där det är svårt för patienten att ljuga (G. Irwin, 1993).

Patienter med ätstörningar upplever vikt, kost, motion och elimination som deras enda sätt att ha kontroll över sina egna liv. I början ser patienten ofta sjuksköterskan som en fångvaktare, som försöker överta kontrollen. Genom att sjuksköterskan skapar en tillitsfull relation med patienten finns en större chans att patienten följer instruktioner och medverkar i behandlingen (G. Irwin, 1993).

Konkreta omvårdnadshandlingar

Det första mötet mellan patienten och sjuksköterskan sker ofta vid ankomstsamtalet, där sjuksköterskan försöker kartlägga patientens dagliga liv. I detta fall med en patient med misstänkt eller diagnostiserad ätstörning, kan sjuksköterskan lägga till frågor om plötslig viktnedgång/uppgång, sömnrubbningsvanor, matvanor, elimination och eventuell användning av laxermedel och diuretika, motionsvanor och om patienten har regelbunden mens. Vikt i förhållande till längd är viktiga faktorer att uppmärksamma. Dessa frågor kan ge indikationer om huruvida patienten har en ätstörning och i så fall vilken grad (G. Irwin, 1993).

Ett sätt för sjuksköterskan att hjälpa patienten att bryta sitt skadliga beteende kan innebära att patienten alltid har sällskap under måltider och en stund efter, och att sjuksköterskan noterar vad patienten äter (G. Irwin, 1993). Patientens ångest är som störst i samband med måltider, både under och en stund efteråt och därför är det viktigt att de inte är ensamma, men även för att förhindra att de kräks upp eller gömmer maten. En annan anledning är att kunna aktivera dem med till exempel ett spel, pyssel eller samtal så att de blir distraherade från sina ångestfyllda tankar (Breiner, 2003).

Genom skapandet av en tillitsfull relation och enskilda samtal med patienten, kan sjuksköterskan hjälpa patienten att identifiera hur patientens negativa tankar hänger ihop med sjukdomen. Ofta har dessa patienter negativa tankemönster, felaktiga och snedvridna uppfattningar vilket bidrar till att patienten får dålig självkänsla. Sjuksköterskan kan identifiera dem och försöka guida patienten att medvetandegöra och ersätta dessa tankar med mer verklighetstroga och realistiska tankar (G. Irwin, 1993).

Personer med anorexia nervosa upplever sig ofta vara mycket större än vad de egentligen är. Ett sätt att få dem att inse hur skev deras kroppsbild är att låta dem måla sin upplevda kroppsform på ett stort papper efter att man märkt ut vissa fasta punkter för huvud, axlar, armbågar, fingrar, höjd på midjan, skrev, knä och fötter. Därefter lägger sig patienten på pappret och sjuksköterskan fyller i den verkliga kroppsformen, som i regel är betydligt smalare än den patienten målade. Detta kan få patienten att inse hur smal hon faktiskt är;

"I didn't know that I was that small" "I'm a lot different than I think I look"
(Breiner, 2003, s.77).

Ett sätt att försöka bryta patientens tankar kring mat och hur man ska göra sig av med den är att fråga vad patienten skulle vilja göra istället, och kan på så vis hjälpa patienten att hitta andra "intressen" för att uppnå en känsla av tillfredsställelse, och bryta självdestruktiva beteendemönster (G. Irwin, 1993).

3. PATIENTERS SYN PÅ SJUKSKÖTERSKANS OMVÅRDNAD OCH BEMÖTANDE

Patienter med ätstörningar beskriver sjuksköterskor som en alltid närvarande vårdare som finns där dygnet runt, som vet allt om vad som sker och som deltar i alla aktiviteter. All interaktion med sjuksköterskor ansågs ha terapeutiskt värde, såväl specifika som allmänna samtal som att utföra dagliga aktiviteter, till exempel bädda sängen tillsammans. Till skillnad från en terapeut, psykolog eller läkare som träffar patienten en kort stund, har sjuksköterskan en helhetssyn på patienten och är en konstant del av patientens dagliga liv (Ryan et al, 2006).

En intervjustudie gjord av van Ommen, Meerwijk & Kars, (2009) undersöker hur patienter på en ätstörningsavdelning uppfattade sjuksköterskors bemötande. Målet med behandlingen på avdelningen är att patienterna ska höja kroppsvikten, normalisera matvanor, tankemönster, kroppsuppfattning och familjekontakter och sociala kontakter.

I det initiala skedet av behandlingen låg fokus på kost och matvanor. Sjuksköterskan tog helt över ansvaret för vad patienten skulle äta och satt med under hela måltiden. Patienter beskriver det som extremt psykiskt påfrestande eftersom de inte ville äta och var livrädda för att gå upp i vikt. I efterhand, tyckte patienterna att det var nödvändigt att sjuksköterskan tog över all kontroll över mat och träning eftersom de inte hade någon uppfattning om vad som är normalt, och att de inte kunde kontrollera sitt tvångsmässiga beteende (van Ommen et al, 2009).

En patient sa;

"It was a good thing that someone took over so that I did not have to think for myself. Just so that I did not have to make any decisions at all" (van Ommen et al, 2009, s.2804).

Under den första tiden på avdelningen lämnades patienterna aldrig ensamma, utan hade alltid sällskap av en sjuksköterska. Detta beskrivs av patienterna som avgörande för deras

tillfrisknande, till exempel så var det då omöjligt för dem att träna och röra på sig alltför mycket, såsom de egentligen ville. Patienterna kände sig beroende av att en sjuksköterska hela tiden var närvarande. Samtidigt upplevde de ångest då de inte kunde agera ut sitt tvångsmässiga beteende, men de var också tacksamma för att de hade kontinuerligt stöd (van Ommen et al, 2009).

Patienterna tyckte också att den information om ådstörningar som sjuksköterskorna gav dem var av stor vikt. De hade tidigare enbart fokuserat på det positiva med att vara smal, men nu fick de veta hur farligt det är att vara undernärd och vilka konkreta fysiska konsekvenser det kunde ge (van Ommen et al, 2009).

På avdelningen fanns patienter som kommit längre i behandlingen, som åt mer normalt utan att få lika mycket ångest. Sjuksköterskorna såg till att de patienter som kommit längre i behandlingen fick dela med sig av sina erfarenheter till de nyinskrivna patienterna. På så vis insåg de sjukare patienterna att det faktiskt är möjligt att bli friskare, de fick tips på hur de gått tillväga och hanterat svårigheter. De såg de friskare patienterna som förebilder, och önskade bli lika friska som dem (van Ommen et al, 2009).

Under intervjuerna med patienterna noterade van Ommen et al (2009) ett antal återkommande attityder hos sjuksköterskorna som bidragit till att de förändrat sitt beteende. Dessa var involvering, pålitlighet, tillgänglighet, klarhet och envishet. Detta var aspekter som var viktiga för att skapa en god relation mellan sjuksköterskan och patienten där sjuksköterskan kunde ge empatiskt stöd. Patienterna indikerade också vikten av att sjuksköterskorna signalerade känslomässig tillgänglighet, att de hade tid att lyssna och att de kunde se när patienten mår dåligt (van Ommen et al, 2009).

I långsam takt och med stöd av sjuksköterskorna ökade patientens ansvar för sina måltider, och steg för steg fick de alltmer bestämma själva vad de skulle äta. Sjuksköterskorna var inte lika kontrollerande och strikta, utan fokus låg mer på att skapa tillit och en förtroendefull relation. Patienten upplevde det betryggande att sjuksköterskorna var kunniga inom ådstörningar, samt den tillit de kände för sjuksköterskorna gjorde att de kunde öppna upp sig mer och berätta om sina tankar och känslor angående sin kroppsuppfattning och sitt beteende (van Ommen et al, 2009).

Patienterna fick långsamt börja ägna sig åt lättare fysiska aktiviteter, där sjuksköterskorna var närvarande och kunde visa vad som är normalt och agera som en förebild. Detta fick patienterna att tänka positivt om sig själva, samt stärka deras självkänsla. Patienterna fick även åka hem över helgerna. Då upplevde de att det var ytterst viktigt att ha samma regler hemma som på avdelningen. Inför permissionerna erbjöds föräldrarna att delta vid en måltid på avdelningen, så att de kunde få instruktioner om hur de skulle uppmuntra sina barn till att äta när rädslan för att gå upp i vikt blev för stor (van Ommen et al, 2009).

I den sista delen av behandlingen fick patienterna ansvara för mat- och träningsvanor, dock fanns sjuksköterskan alltid närvarande för att ge stöd och uppmuntran, eller svara på frågor. Patienterna uppmuntrades till att försöka lösa problem själva. Patienterna uttryckte ångest och oro över att de hade gått upp i vikt och hur deras vänner skulle se på dem nu. De ansåg att sjuksköterskornas stöd var väldigt värdefullt, då de ifrågasatte deras negativa tankar och hjälpte dem till insikt. Patienterna tyckte det var viktigt att sjuksköterskorna kunde se personen bakom sjukdomen, då detta hjälpte dem att återgå till det normala livet de hade innan ådstörningsdebuten (van Ommen et al, 2009).

4. PREVENTION OCH HÄLSOPROMOTION

Grothaus menar att det är viktigt med preventionsarbete och hälsopromotion för att minska risken för att unga flickor drabbas av ätstörningar. Men då krävs utbildning om ätstörningar för sjuksköterskor, annan vårdpersonal och lärare som kommer i kontakt med unga flickor och kvinnor. Unga flickor behöver diskutera och utmana dagens kroppsideal som är starkt förankrade i vår sociokultur och de beteenden kopplat till kost och motion som kan leda till ätstörningar (L. Grothaus, 1998).

En undersökning från 2008 av Stice, Shaw, Black Becker & Rhode visar relevans för att använda metoden Dissonansbaserad Intervention, DBI, inom ätstörningsprevention och att resultaten är goda. DBI grundar sig på dissonansbaserade övertalningsprinciper från socialpsykologin och innebär att deltagaren får ikläda sig en roll, och argumentera för en åsikt genom till exempel rollspel, skriftliga övningar och diskussioner. Det har tidigare använts för att få till andra typer av attitydförändringar och beteendeförändringar, till exempel rökavvänjning och för att bota ormfobi och nu används det också inom ätstörningsprevention. Metoden minskar riskfaktorer, symtom, framtida insjuknande, framtida fetma och förbättrar mental hälsa. Vissa effekter varar upp till 3 år. DBI har visat sig vara ett bättre interventionsprogram än andra former av interventionsprogram (Stice et al, 2008).

Dissonansbaserad Intervention i samband med ätstörningar innebär förenklat att deltagare får argumentera emot det rådande smalhetsidealet och framhäva vilka nackdelar upprätthållandet av detta medför. Bäst resultat fås genom rollspel inför en publik. Genom det kan deltagarnas självuppfattning ändras och därmed också deras attityder, vilket ger en mer långvarig effekt än om de enbart får information om ätstörningar från en extern källa. Alltså fick unga kvinnor utmana det västerländska smalhetsidealet som framhävs i media genom att argumentera emot det i verbala och skriftliga övningar samt beteendevningar (Stice et al, 2008).

Deltagarna diskuterade kring smalhetsidealet, dess ursprung och hur det uttrycker sig. Hur påverkan sker från familj, pojkvänner, kamrater och media och hur företag tjänar pengar på att kvinnor eftersträvar detta orealistiska ideal. Deltagarna ombeddes att till nästa möte skriva ett brev till en yngre kvinna och däri beskriva nackdelar med att eftersträva smalhetsidealet. De uppmanades också stå framför en helkroppsspegel och finna positiva aspekter hos dem själva, fysiska, psykiska, känslomässiga och sociala delar och undvika negativa tankar (Stice et al, 2008).

I nästa session diskuterades reaktionerna på att skriva brevet och varje deltagare fick berätta om deras upplevelse av spegelövningen, vilka känslor och tankar som dykt upp och de fick berätta i gruppen vad de tyckte om hos dem själva. Sedan utfördes ett rollspel där gruppledarna spelade olika roller, allt från någon som bantar till anorektiker, och deltagarna fick då argumentera mot detta beteende. Hemläxan blev att ta tre exempel från deras liv där de upplevt press på att vara smala, och finna motargument mot dessa. De skulle också skriva en top-10-lista på vad kvinnor och flickor kan göra, säga, undvika och lära för att motstå smalhetsidealet (Stice et al, 2008).

I tredje sessionen fick varje deltagare välja en sak att diskutera som handlade om deras egna erfarenheter av att få press utifrån att vara smal och hur de kan utmana den pressen verbalt. Sedan fick de utföra detta i rollspel gentemot sina kamrater, och sedan diskutera sina egna kroppskomplex och varför de valde att delta i försöket. De skulle sedan utmana sina kroppskomplex genom att i nästa möte framhäva de delar av kroppen de har komplex för, till exempel bära shorts om de hade komplex för sina ben. De fick sedan diskutera sin top-10-lista och fick i hemläxa att genomföra en av dessa punkter till nästa gång (Stice et al, 2008).

I sista mötet fick deltagarna dela med sig av sina upplevelser av att delta i dessa sessioner och de uppmanades att fortsätta utmana sig själva i framtiden. De diskuterade eventuella svårigheter de kommer att möta i framtiden och hur de ska hantera det, till exempel prata om sin kropp på ett positivt sätt och inte negativt, och när de får en komplimang inte säga ”nej jag är så fet” utan säga ”tack”. De uppmanades att via e-post kontakta gruppledaren och berätta om deras upplevelser av dessa övningar (Stice et al, 2008).

I en studie av Stice, Marti, & Spoor, (2008) undersöktes långtidseffekten av DBI. Studien visade att deltagarna i DBI löper betydligt mindre risk jämfört med kontrollgruppen att utveckla ätstörningar. Risken i DBI var 6 % jämfört med 15 % i kontrollgruppen. Det innebär en minskning på 60 % av förväntade fall av ätstörningar och det medför att om 100 kvinnor deltar i DBI, skulle nio färre deltagare drabbas av ätstörningar än om de inte deltagit. Främst minskade risken för att utveckla bulimia nervosa, där DBI genererade en minskning på 75 % av risken för att drabbas av bulimia nervosa i jämförelse med kontrollgruppen (Stice et al, 2008).

En studie av Becker, Smith & Ciao (2005) undersökte skillnaden i utfallet mellan en grupp kvinnliga collegestudenter som fick testa kognitiv dissonans, och en grupp studenter som fick lära sig mer om medias påverkan. Dissonansgruppen fick liksom i föregående studie diskutera, skriva brev och göra rollspel, medan mediagruppen diskuterade medias, speciellt reklamens inflytande på kroppsidealet. De fick se en film om reklamens påverkan på kroppsuppfattningen och efter filmen diskuterade de sina reaktioner på filmen och försökte finna strategier för att motarbeta pressen som media genererar. Hypotesen var att båda dessa grupper skulle uppnå större motståndskraft mot smalhetsidealet jämfört med kontrollgruppen, vilket också studien visade. Dock var hypotesen att dissonansgruppen skulle få ett bättre utfall än mediagruppen, men studiens resultat visade att utfallet var lika gott i båda grupperna. Det förklarades med att mediagruppen inte enbart utsatte deltagarna för budskap som genererades externt, utan de diskuterade de filmer de sett och var därmed också interaktiva (Becker et al 2005).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med studien var att belysa viktiga aspekter i hur man som sjuksköterska bemöter och kommunicerar med unga flickor/kvinnor med ätstörningsproblematik. Författarna valde att göra en litteraturstudie för att undersöka kunskapsläget idag, och anser att det var en lämplig modell att använda eftersom författarna inte hade så stor kunskap om ämnet innan. Om det funnits mer tid till förfogande hade det varit intressant att göra en intervjustudie. Resultat är baserat på både kvalitativa och kvantitativa artiklar.

Valet av artiklarna har gett en bra beskrivning över området som undersöktes, samt gett en bra förståelse av sjuksköterskors och patienters upplevelse och erfarenhet av bemötande. De artiklar som inkluderades i litteraturstudien kommer från olika delar av världen, såsom USA, Australien och Europa. Att det är just i länder i västvärlden som bedriver forskning kring ätstörningar beror på våra samhälleliga välfärdsstrukturer i västvärlden. Författarna tror att ätstörningar är ovanligt förekommande i fattigare länder i världen. Efter litteratursökningen valdes 15 artiklar ut, varav en togs upp i diskussionen istället då den riktade sig till tandläkare. En annan artikel användes också enbart i diskussionen, då den inte helt stämde överens med syftet. Antalet artiklar har dock varit fullt tillräckligt för att kunna täcka frågeställningen och

ge ett tillräckligt innehållsrikt resultat utan att bli överflödigt. Tretton av artiklarna var skrivna efter år 2000, och de två resterande var skrivna 1993 och 1998. Först och främst söktes artiklar som var skrivna på 2000-talet, men de två andra artiklarna var enligt författarna fortfarande relevanta och kompletterade de övriga artiklarna bra. Eftersom författarna hade knapphändiga förkunskaper och inte visste hur utforskat området var, söktes artiklar med få begränsningar till att börja med, för att sedan utifrån det bestämma en inriktning för syftet. När lämpliga artiklar valts ut till resultatet, var själva analysarbetet inte särskilt svårt. Ganska snabbt kunde återkommande teman identifieras som passade syftet. Däremot var det svårare att hitta bra benämningar på teman som täckte området.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med litteraturstudien var att belysa viktiga aspekter i sjuksköterskans bemötande av tonårsflickor och unga kvinnor med ätstörningar. När det föreligger misstanke om ätstörningsproblematik hos en patient, som sjuksköterskan vårdar av annan orsak, är sjuksköterskan enligt kompetensbeskrivningen skyldig att ingripa (Socialstyrelsen, 2005). Flera artiklar behandlade modellen för hälsorelaterade beteendeförändringar, som innehåller olika stadier som en person med ätstörningar genomgår i förändringsprocessen (Waldrop, 2005). Sjuksköterskan kan använda sig av och utgå ifrån den här modellen vid kommunikation med personer med ätstörningar, och anpassa sitt agerande utifrån vart i förändringsprocessen som patienten befinner sig. Modellen ger en förståelse för processen som flickorna genomgår, som sjuksköterskan behöver för att kunna ge ett adekvat bemötande i de olika faserna. Författarna ville undersöka mer specifikt hur en sjuksköterska kan gå tillväga när det föreligger misstanke om att en patient har ätstörningar. En artikel av Burkhart et al (2005) behandlar just detta ämne, men utifrån tandläkares perspektiv. Författarna tror dock att mycket av deras material är användbart också för sjuksköterskor, som till exempel arbetar inom somatisk vård eller saknar djupgående kunskap om ätstörningar. Ätstörningar är ofta ett känsligt ämne och för att inte skrämna iväg patienten är det viktigt att känna till hur man ska ta upp ämnet med patienten.

Sjuksköterskan bör vara medveten om att tillfrisknande från ätstörningen endast kan ske då personen själv bestämt sig för att göra ett försök (Patching & Lawler, 2009). Det är heller inte lämpligt att sjuksköterskan försöker forcera fram ett tillfrisknande, eller pushar patienten allt för hårt, då tillfrisknandet måste ske utifrån patientens villkor. Patienten skall också genom hela behandlingen vara delaktig i besluten om vilka mål som sätts upp (Snell, Crowe & Jordan, 2010). Burkhart et al, 2005 beskriver konkreta strategier om hur sjuksköterskan kan gå tillväga då hon misstänker att en patient lider av en ätstörning, och poängterar att det är av vikt att inte vara för pushig eller hotfull i mötet med patienten, då denne kan känna sig påhoppad. Det första sjuksköterskan bör göra är att se till att ha tid och att konversationen kan ske avskilt från andra patienter och vårdpersonal. Sjuksköterskan bör inte sitta för nära patienten då detta kan upplevas som hotande, ett avstånd på cirka en meter är lagom. Sjuksköterskan ska inte heller luta sig fram mot patienten då detta kan upplevas som pressande och att direkta svar förväntas. Kroppsställningen skall vara avslappnad, armarna ska inte ligga i kors samt direkt ögonkontakt kan upplevas som skrämmande och påträngande. För att undvika det kan man fästa blicken på hakan (Burkhart et al, 2005).

För att inleda samtalet kan man säga ”Jag känner mig lite orolig för dig och skulle vilja ta upp en sak”. Det är viktigt att gå långsamt till väga och nästa steg är att ta upp det avvikande man upptäckt i beteendet, till exempel plötslig viktnedgång eller att patienten äter väldigt lite, och fråga om patienten har någon förklaring till vad det kan bero på. Om patienten svara ja ska man lyssna till förklaringen, om inte patienten har någon förklaring fortsätter man genom att

ta upp orsaker till viktnedgång eller matleda och fråga om någon av dessa är relevanta för patienten. Om patienten säger nej igen går man vidare genom att introducera möjligheten att patienten har en ätstörning och fråga om det går bra om man samtalar om patientens mat- och träningsvanor. Här är det viktigt att man väntar in patientens svar och ger patienten tillräckligt med tid för att hon ska kunna ge ett bra och klart svar. Svaret beror ofta på i vilket stadie i modellen om "hälsorelaterade beteendeförändringar" som patienten befinner sig. Sjuksköterskan bör i det här stadiet kunna avgöra om patienten är redo för fortsatt diskussion och eventuell förändring (Burkhart et al, 2005).

Om patienter fortsätter att förneka ett ohälsosamt beteende avslutar sjuksköterskan samtalet med att tacka patienten för att hon har gått med på att prata om detta samt säga att detta behöver tas upp med läkaren. Om patienten däremot svarar ja på någon av frågorna skall sjuksköterskan fördjupa sig i svaren och ställa följdfrågor. Sjuksköterskan kan ge patienten information om vilka konsekvenser det skadliga beteendet kan föra med sig. Under samtalet bör sjuksköterskan vara beredd på att patienten kan reagera defensivt, eftersom detta är ett tecken på att det föreligger en eventuell ätstörning. Sjuksköterskan bör då behålla sitt lugn, vara stöttande och agera betryggande (Burkhart et al, 2005). Detta stämmer överens med resultatet där Waldrop, 2005 beskriver att sjuksköterskan i den första fasen "förnekelse" kan ge patienten individanpassad information om ätstörningar och inte argumentera emot patientens åsikter och upplevelse.

En svensk studie gjord i slutet av 1990-talet visar att 28 % av 7-åriga svenska flickor ville bli smalare och 22 % hade försökt banta. Siffrorna ökade med åldrarna och 68 % av 16-åriga flickor hade bantat. År 2001/2002 kom en svensk rapport från WHO om svenska skolbarns hälsovanor. Av de 13-åriga flickorna tyckte 36 % att de var för tjocka och bland 15-åringar var siffran 42 %. Bland flickorna i åldern 13-15 år uppgav 15 % att de bantade, och bland 11-åringar bantade 5 % (Swanberg, 2004). Författarna tycker att de siffror som hittats är skrämmande och har diskuterat mycket om vad det kan bero på att unga flickor är missnöjda med sina kroppar och bantar i så ung ålder. Att banta är en riskfaktor för att utveckla ätstörningar, dock utvecklar inte alla som bantar ätstörningar. Orsaker till att börja banta och sedan kanske utveckla ätstörningar, är ett mycket komplext ämne. Författarna tror att det till stor del grundar sig i osäkerhet och dålig självkänsla hos unga tjejer som söker bekräftelse från sina kamrater, något de också säkert får när de blir smalare. Det finns nämligen en sociokulturell norm för kvinnor att smalt är lika med vacker och lycklig, en bild som unga flickor matas med dagligen från olika medier, tv, tidningar och Internet. Resultatet visar att tonårsflickor tror att de ska bli omtyckta, lyckliga och accepterade när de går ner i vikt (Brainer, 2003). Vad som är för smalt, normalt och tjockt är dock en subjektiv åsikt, och gränserna för det som uppfattas som en normal kropp har under senare år gått mot ett allt sjukare kroppsideal. Resultatet visar också att tonårsflickor känner sig fula, värdelösa, osäkra och ångestfyllda när de ser bilder på smala modeller (Breiner, 2003). Detta är även något som bekräftas av Hoskins i en artikel från 2002;

"Girls experience feelings of inadequacy when they evaluate themselves against unrealistic and unattainable standards for thinness" (Hoskins, 2002, s.233).

Författarna tycker att det är intressant att jämföra flickor och pojkars psykiska hälsa och fundera kring vad det beror på att just flickor mår så mycket sämre än pojkar rent generellt. Författarna har funnit att pojkar i åldrarna 10- 18 år ställer mindre krav på sig själva än flickor i samma ålder, de upplever mindre stress än flickor och pojkar ser mer positivt på sig själva än flickor (Swanberg, 2004), vilket överrensstämmer med Hoskins (2002);

”Whereas boys self-esteem takes an upward swing as they enter adolescence, conversely girls’ self-esteem takes a sharp decline” (Hoskins, 2002, s.234).

Författarna tror att en anledning till att flickor mår så mycket sämre under tonåren kan bero på att man då genomgår puberteten, och därmed förändras kroppen. Pojkarna blir ofta längre, får grövre och mer ”manliga” drag, mer muskelmassa och grövre kroppsbe håring. Alla dessa förändringar ses som positiva då en pojke blir man. Många pojkar upplever innan puberteten att de är för smala eller för korta. Flickor däremot som genomgår puberteten får menstruation och kroppen förändras då bröstet växer, höfterna breddas och man får mer underhudsfett. I ett samhälle där idealet är pinnsnalt, kan denna förändring vara traumatisk för många flickor. I en undersökning av Folkhälsoinstitutet konstateras att utbildning och undervisning för mellanstadieelever om puberteten och kroppens utveckling är ett viktigt preventionsarbete (Swanberg, 2004).

Författarna upplever att flickor och pojkar bedöms utifrån olika kriterier, då pojkar bedöms utifrån deras prestationer, medan flickor bedöms efter utseende. Media har en stor del i att spåda på denna syn på kvinnor som passiva, som enbart bryr sig om sitt utseende och inte kan eller vill föra en seriös konversation. Exempel på detta är de mycket populära amerikanska så kallade high-school filmerna där hjältarna i filmerna är killar som är aktiva och som till exempel spelar i skolans fotbollslag, medan flickorna är cheerleaders som ska vara snygga och heja på killarna.

Croona (2003) belyser i sin avhandling om bemötande i vården vikten av att ha tid för att kunna skapa en god relation till patienten där patienten kan känna sig sedd och bekräftad för den person de är. Författarna har funnit att patienter med ätstörningar tycker att det är viktigt att sjuksköterskan har tid att samtala med dem, och sjuksköterskor inom somatisk vård upplever att de sällan har den tid som krävs, och därför känner de sig otillräckliga i mötet med dessa patienter. Författarna ser att det kan vara ett stort problem i de fall då patienten sökt vård för något annat, och sjuksköterskan misstänker ätstörningar. Eftersom dessa patienter sällan söker vård frivilligt, vore det önskvärt om sjuksköterskan vid ett sådant tillfälle kände sig trygg med sin kunskap och hade tillräckligt med tid för att ta upp ämnet med patienten. På så sätt skulle sjuksköterskan kunna förhindra att till exempel ett riskfyllt bantande utvecklas till ätstörningssjukdom, och på så vis främja hälsa och motverka lidande hos unga flickor. Detta blir problematiskt när det inte ingår någon undervisning om ätstörningar i sjuksköterskeutbildningen. Författarna ser ett stort behov av att införa detta i utbildningen, då sjuksköterskorna måste ha kunskap om ätstörningssjukdomar och bemötande av patienter med ätstörningar för att kunna identifiera dessa patienter, samt kunna ingripa på ett lämpligt sätt och ge dem ett adekvat bemötande.

Patienter som behandlades för ätstörningar på en specialistavdelning betonade vikten av att sjuksköterskorna hade gott om tid att lyssna, att de signalerade känslomässig tillgänglighet, och att de kände patienten så väl att de kunde se när patienten mådde dåligt, utan att patienten skulle behöva uttrycka det verbalt. Travelbee (1971) skriver om detta i *Interpersonal Aspects of Nursing*, då relationen mellan sjuksköterska och patient utvecklats till att sjuksköterskan känner empati och visar känslomässig närhet och tillgänglighet, och sympati med patienten. Alltså är det enligt Travelbee viktigt att sjuksköterskan visar att hon bryr sig och har en vilja att hjälpa patienten för att skapa ett gott bemötande och en god relation mellan sjuksköterska och patient.

Patienter som hade vårdats för ätstörningar tyckte att det var viktigt för deras tillfrisknande att sjuksköterskan såg personen bakom sjukdomen, att de var mer än bara en ätstörningspatient. Travelbee (1971) skriver att det är viktigt att som sjuksköterska se den unika individen och se bortom sina fördomar, samt vara medveten om sina egna fördomar i mötet med patienten. Många ätstörningspatienter upplever ätstörningen som deras identitet, de definierar sig själva efter sjukdomen. Därför behöver de hjälp med att flytta fokus till den person de var innan de blev sjuka, samt att sjuksköterskan hjälper dem att stärka sin självkänsla och finna sin identitet. Exempelvis kunde sjuksköterskor på specialistavdelningarna ta reda på om de haft något intresse eller hobby tidigare i livet, och hjälpa dem hitta tillbaka till den aktiviteten. De kunde också samtala med patienten om vardagliga saker som pojkvänner, smink och musik eller andra intressen, för att påminna dem om små glädjeämnen i livet, och på så vis få dem att förstå att det finns så mycket mer i livet än ätstörningen. På så sätt kanske de inte längre behövde se ätstörningen som deras identitet och att inget hemskt kommer att hända om de släpper kontrollen. Sjuksköterskorna kunde påminna dem om att det finns andra källor till glädje i livet än att "vara smal" och andra sätt att känna att man är duktig. Sjuksköterskan kunde berömma dem för saker de gjorde, för att stärka självkänslan. Däremot bör sjuksköterskan tänka på vad som kommuniceras om patientens utseende. Till exempel kan patienter som nyss börjat gå upp i vikt ta illa vid sig av en kommentar om hur hälsosam hon ser ut, och tolka detta som att de är feta. Detta kan ju tyckas vara en snäll kommentar av välvilja, men det gäller att leva sig in i patientens situation och kunna förutse patientens reaktioner, det som Travelbee (1971) beskriver som empatisk förmåga. Croona (2003) poängterar att kommunikation är inte bara det som sägs, utan även det man uttrycker kroppsligt. I artikeln av Burkhart et al (2005) tas betydelsen av kroppsspråket upp vid samtalet med patienter som misstänks ha bulimia nervosa, till exempel ska sjuksköterskan inte luta sig mot patienten då det kan upplevas som hotande och påstridigt, vilket inte är önskvärt då det bidrar till att patienten inte öppnar sig. Enligt Croona (2003) är det även viktigt att visa respekt för att uppnå ett gott bemötande, och Burkhart et al (2005) rekommenderar att man skall fråga patienten om det är okej att prata om ämnet, så att patienten inte känner sig tvingad eller påhoppad. Att prata om ätstörningar kan uppfattas som väldigt känsligt av patienter som befinner sig i den första fasen, "förnekelse", i förändringsprocessen, alltså innan patienten är medveten om att det föreligger ett sjukligt beteende. Det är lätt hänt att patienten tar illa vid sig, blir upprörd och känner sig trängd och förnekar problemet, och detta är ju inte önskvärt då man egentligen vill hjälpa patienten till insikt.

Författarna fann flera artiklar som beskrev sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med ätstörningar på en specialiserad avdelning, samt även patienternas upplevelse av viktiga aspekter i sjuksköterskans bemötande. Författarna fann flera artiklar som nämnde hälsopromotion och prevention av ätstörningar, men det var inte så många som tog fram konkreta modeller för hur sjuksköterskan skulle kunna arbeta med detta. Några av artiklarna undersökte hur dissonansbaserad intervention, DBI, kunde användas för att förebygga ätstörningar samt främja ett sunt kroppsideal hos unga flickor. Författarna tror att detta är ett arbetssätt som skulle kunna ge goda resultat om det används kontinuerligt, till exempel som en del av undervisning i skolan i form av temadagar, kanske så tidigt som på mellanstadiet. I en artikel där patienter som vårdas på en specialistavdelning för ätstörningar, berättade patienterna att de upplevde informationen som de kontinuerligt fick av sjuksköterskan var betydande för deras tillfrisknande. De hade inte innan tänkt på vilka negativa effekter bantning för med sig, och att det kan vara direkt skadligt för kroppen att svälta sig under en längre tid (van Ommen et al, 2009). Författarna tror att ungdomar behöver få information om att ätstörningar kan ge men för livet och i extrema fall leda till döden. Alla vet nog inte vad

det innebär att ha en ätstörning och vad som klassificeras som sjukligt, därför är det bra att ge information om ätstörningar för att klargöra var gränsen går mellan att banta och äta nyttigt och ätstörningar. Författarna tror också det är bra att unga flickor får diskutera och kritisera det tunna kroppsidealet, då det kan hjälpa dem att få en bild av vad som är en mer normalbyggd och hälsosam kropp, samt medvetandegöra dem om medias påverkan och inflytande. I Sverige finns denna typ av preventionsarbete sedan 1994 i Kungälv kommun, där man kontinuerligt arbetat med hälsofrämjande och förebyggande insatser med goda resultat. Även i Vara finns ett preventionsprogram som heter *Vi är bra som vi är*, som går ut på att ungdomar får diskutera det rådande skönhetsidealet och kroppsuppfattning, samt undervisning om retuschering (Swanberg, 2004).

Konklusion

Ätstörningar hos tonårsflickor och unga kvinnor är ett stort och komplext problem som orsakar lidande, kvarstående komplikationer och dödsfall. Dessa patienter har sällan insikt i sitt ohälsosamma beteende och söker sällan sjukvård självmant. Samtidigt finns det få vårdplatser och avdelningar som är specialiserade på ätstörningar, och väntetiderna är ofta långa. Detta blir problematiskt då det är viktigt med ett tidigt ingripande för att förbättra prognosen och minska risken för kvarstående men. Författarna ser ett behov av utökade resurser samt föreslår vidare forskning om hur sjuksköterskor ska agera i mötet med en patient som misstänks ha ätstörningar. Det är svårt att ändra synen på det kvinnliga kroppsideal som råder idag, men hälsopromotion och preventionsarbete från tidig ålder skulle vara ett steg i rätt riktning.

LITTERATURFÖRTECKNING

- Becker, C., Smith, L.M. & Ciao, A.C. (2005) Reducing Eating Disorder Risk Factors in Sorority Members: A Randomized Trial. *Psychology Faculty Research* .
- Breiner, S. (2003) An Evidence-Based Eating Disorder Program. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(1); s. 75-80.
- Burkhart, N., Roberts, M., Alexander, M. & Dodds, A. (2005) Communicating effectively with patients suspected of having bulimia nervosa. *The Journal of the American Dental Association*, 136; s. 1130-1137.
- Cederquist, E. (den 4 Februari 2011) *Chic*. Hämtat från Chic-webbplats: <http://chic.se/tyck-till-paverkas-du-av-smala-modeller/> den 7 Februari 2011
- Clinton, D. & Norring, C. (2009) *Ätstörningar: bakgrund och aktuella behandlingsmetoder. 2 uppl.* Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Croona, G. (2005) *Bemötandets etik och praktik – ur ett diskursteoretiskt perspektiv.* Doktorsavhandling, Växjö Universitet.
- Cullberg, J. & Engström-Lindberg, M. (1988) Prevalence and incidence of eating disorders in a suburban area. *Acta Psychiatrica Scandinavia* , 78; s. 314-319.
- Eriksson, B. & Göran, C. (2001) *Ätstörningar: En strategisk behandlingsmodell.* Lund: Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2006) Att göra en litteraturöversikt. I: F. Friberg, *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 115-124). Lund: Studentlitteratur AB.
- Fairburn, C.G. & Walsh, B. T. (2002) Atypical Eating Disorders (Eating Disorder Not Otherwise Specified). I: C. G. Fairburn & K. D. Brownell, *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (s. 171-177). New York: The Guildford Press.
- Grothaus, K.L. (1998). Eating Disorders and Adolescents: An overview of a Maladaptive Behavior. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 11; 4; s. 146-156.
- Hoskins, M.L. (2002) Girls' Identity Dilemmas: Spaces Defines by Definitions of Worth. *Health Care for Women International*, 23; s.231 – 247. Victoria, British Columbia, Canada.
- Irwin, E.G. (1993) A Focused Overview of Anorexia Nervosa and Bulimia: Part II - Challenges to the Practice of Psychiatric Nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(6); s. 347-352.
- Keski-Rahkonen, A. & Tozzi, F. (2005) The Process of Recovery in Eating Disorder Sufferers' Own Words: An Internet-Based Study. *International Journal of Eating Disorders* , 37; s. 80-86.
- Lindblad, F. & Lindgren, C. (2010) *Välfärdslandets gåta: Varför mår barnen inte lika bra som de har det? 2uppl.* Falun: Carlsson Bokförlag.
- Nationalencyklopedin (2000) *Nationalencyklopedin.* Höganäs: Bra Böcker.

- Patching, J. & Lawler, J. (2009) Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nursing Inquiry*, 16; s. 10-21.
- Ratnasuriya, R.H., Eisler, I., Szmukler, G.I. & Russell, G.F.M. (1991) Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *The British Journal of Psychiatry*, 158; s. 495-502.
- Reid-Searl, K., Dwyer, T., Happell, B., Moxham, L., Kahl, J., Morris, J. & Wheatland, N. (2009) Caring for children with complex emotional and psychological disorders: experiences of nurses in a rural paediatric unit. *Journal of Clinical Nursing*, 18; s. 3441-3449.
- Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G. & Kohn, M. (2006) Discursive Constructions of 'Eating Disorders Nursing': An Analysis of Nurses' Accounts of Nursing Eating Disorder Patients. *European Eating Disorders Review*, 14; s. 125-135.
- Råstam Bergström, M., Gillberg, C. & Gillberg, C. (1995) *Anorexia nervosa: Bakgrundsfaktorer, utredning och behandling*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin Liber Utbildning AB.
- Råstam, M., Cristopher, G. & Garton, M. (1989) Anorexia nervosa in a Swedish urban region. A population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 155; s. 642-646.
- Snell, L., Crowe, M. & Jordan, J. (2010) Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*, 19; s. 351-358.
- Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statistiska centralbyrån (2007) *Barns hälsa*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Stice, E. et al (2008) Dissonance and Healthy Weight Eating Disorder Prevention Programs: Long-Term Effects from a Randomized Efficacy Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 26(2); s. 329-340.
- Stice, E., Nathan Marti, C., Spoor, S., Presnell, K. & Shaw, H. (2009) Dissonance-based Interventions for the Prevention of Eating Disorders: Using Persuasion Principles to Promote Health. *Prev Sci. Author manuscript*, s. 114-128.
- Swanberg, I. (2004) *Prevention av ätstörningar: Kunskapsläget idag*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2004:40.
- Theander, S. (1985) Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2/3); s. 493-508.
- Travelbee, J. (1971) *Interpersonal aspects of nursing. 2 uppl.* Philadelphia: F. A. Davis Company.
- van Ommen, J., Meerwijk, E.L., Kars, M., van Elburg, A. & van Meijel, B. (2009) Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 18; s. 2801-2808.

Waldrop, J. (2005) Early Identification and Interventions for Female Athlete Triad. *Journal of Pediatric Health Care*, 19; s. 213-220.

Werner, B. (2007) *Growth in Sweden: Surveillance of growth patterns and epidemiological monitoring of secular changes in height and weight among children and adolescents*. Stockholm: Karolinska Institutet.

BILAGA 1

ARTIKELPRESENTATION

Författare: Patching J & Lawler J.

Titel: Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach.

Tidskrift: Nursing Inquiry.

År: 2009

Syfte: Skapa större förståelse av hela erfarenheten av utveckling, att leva med och återhämta sig från en ätstörning,

Metod: Kvalitativ studie som använder sig av intervjuer baserade på deltagarnas livshistoria.

Land: Australien

Referenser: 24

Författare: Breiner S.

Titel: An evidence-based eating disorder program.

Tidskrift: Journal of Pediatric Nursing.

År: 2003

Syfte: Med hjälp av en specialist på barns liv utveckla strategier för att hantera de komplexa behoven hos barn med ätstörningar på en pediatrik avdelning.

Metod: Specialisten efterfrågade lämpliga praktiska idéer från andra vårdinrättningar, sökte vetenskaplig litteratur och analyserade data från enheten för att skapa ett program som uppfyller patienternas behov.

Land: USA

Referenser: 11

Författare: Snell L, Crowe M & Jordan J.

Titel: Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit.

Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing.

År: 2010

Syfte: Undersöka och teoretisera sjuksköterskors erfarenheter av att etablera en terapeutisk relation med patienter som tas in på specialiserade ätstörningsavdelningar.

Metod: Kvalitativ studie. Intervjuer med sju sjuksköterskor och grounded theory för analys och kodning.

Land: Nya Zeeland

Referenser: 32

Författare: Waldrop J.

Titel: Early identification and interventions for female athlete triad.

Tidsskrift: Journal of Pediatric Health Care.

År: 2005

Syfte: Undersöka sjuksköterskans roll i identifikation, omhändertagande och prevention hos unga idrottande flickor med ätstörningar, amenoré och benskörhet.

Metod: Översiktsstudie.

Land: USA

Referenser: 33

Författare: Keski-Rahkonen A & Tozzi F.
Titel: The process of recovery in eating disorder sufferers' own words: an internet-based study.
Tidsskrift: International Journal of Eating Disorders.
År: 2005
Syfte: Att förstå vad patienter med ätstörningar menar med ordet tillfrisknande.
Metod: Internetbaserad, kvalitativ studie. Alla meddelanden som postats under 3-månader i ett diskussionsforum för personer med ätstörningar ingick i analysen.
Land: Finland
Referenser: 25

Författare: Reid-Searl K, Dwyer T, Happell B, Moxham L, Kahl J, Morris J & Wheatland N.
Titel: Caring for children with complex emotional and psychological disorders: experiences of nurses in a rural paediatric unit.
Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing
År: 2009
Syfte: Utforska hur sjuksköterskor inom somatisk vård upplever att vårda barn med psykiska åkommor samt strategier för att förbättra vården för dessa barn.
Metod: En kvalitativ studie med fokusgruppintervjuer och individuella intervjuer med sjuksköterskor som arbetade på den pediatrika avdelningen. Intervjuerna analyserades för att identifiera olika teman.
Land: Australien
Referenser: 35

Författare: Ryan V, Malson H, Clarke S, Anderson G & Kohn M.
Titel: Discursive Constructions of 'Eating Disorders Nursing': An Analysis of Nurses' Accounts of Nursing Eating Disorder Patients
Tidsskrift: European Eating Disorders Review
År: 2006
Syfte: Belysa komplexiteten och utmaningar av sjuksköterskans omvårdnad av patienter med ätstörningar.
Metod: En kvalitativ intervjubaserad studie med diskursanalys.
Land: Australien
Referenser: 85

Författare: Irwin E.G.
Titel: A focused overview of anorexia nervosa and bulimia: part II-Challenges to the practice of psychiatric nursing.
Tidsskrift: Archives of Psychiatric Nursing.
År: 1993
Syfte: Undersöka den psykiatriska sjuksköterskans unika roll i diagnostik och behandling av patienter med ätstörningar.
Metod: Fokuserad litteraturöversikt.
Land: USA
Referenser: 17

Författare: van Ommen J, Meerwijk E.L, Kars M, van Elburg A & van Meijel B
Titel: Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective.
Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing.

År: 2009

Syfte: Utveckla en teoretisk modell som förklarar effekten av sjuksköterskans omvårdnad av inneliggande patienter med anorexia nervosa ur patienternas perspektiv.

Metod: Grundad teori samt 13 intervjuer för att samla in data till analysen.

Land: Nederländerna

Referenser: 16

Författare: Grothaus K.L.

Titel: Eating disorders and adolescents: an overview of a maladaptive behavior.

Tidsskrift: Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing.

År: 1998

Syfte: Att presentera information om ätstörningar som inkluderar DSM-IV och typiska profiler för klienten. Forskning, behandling och pedagogiska överväganden för omvårdnad diskuteras.

Metod: Granskning av publicerad litteratur samt kliniska erfarenheter.

Land: USA

Referenser: 42

Författare: Stice E, Shaw H, Black Becker C & Rhode P.

Titel: Dissonance-based interventions for the prevention of eating disorders: using persuasion principles to promote health.

Tidsskrift: Prevention Science.

År: 2008

Syfte: Undersöka den teoretiska grunden och det empiriska stödet för att använda DBI som preventionsprogram för ätstörningar.

Metod: Granskning och sammanfattning av studier som utvärderat DBI vid prevention av ätstörningar.

Land: USA

Referenser: 87

Författare: Stice E, Marti C.N, Spoor S, Presnell K & Shaw H.

Titel: Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial.

Tidsskrift: Journal of Consulting and Clinical Psychology.

År: 2008

Syfte: Undersöka skillnaderna i effekten av DBI och "hälsosam viktkontroll programmet" efter 2-3 år.

Metod: Blindade semi-strukturerade diagnostiska intervjuer.

Land: USA

Referenser: 42

Författare: Becker C, Smith L.M & Ciao A.C.

Titel: Reducing eating disorder risk factors in sorority members: a randomized trial.

Tidsskrift: Psychology Faculty Research.

År: 2005

Syfte: Undersöka nyttan av en mycket interaktiv kognitiv dissonansförebyggande program för att minska empiriskt bevisade riskfaktorer för ätstörningar hos studentföreningsmedlemmar.

Metod: Kvantitativ metod där deltagarna randomiserades till tre olika grupper, den mycket interaktiva gruppen, en mer passiv grupp och en kontrollgrupp. Olika mätinstrument användes för att identifiera skillnader och samla in data.

Land: USA
Referenser: 34

Författare: Burkhart, N, Roberts M, Alexander M & Dodds A.
Titel: Communicating effectively with patients suspected of having bulimia nervosa.
Tidsskrift: The Journal of the American Dental Association.
År: 2005
Syfte: Hur tandläkare ska inleda en dialog med patienter som misstänks ha ätstörningar.
Metod: Litteraturöversikt.
Land: USA
Referenser: 40

Författare: Hoskins, M.L.
Titel: Girls' identity dilemmas: spaces defined by definitions of worth.
Tidsskrift: Health Care for Women International
År: 2001
Syfte: Hur vårdpersonalen kan arbeta med unga flickor att ta itu med fenomenet ätstörningar och problem som rör hälsa.
Metod: Litteraturöversikt.
Land: Canada
Referenser: 44

BILAGA 2

DIAGNOSTISKA KRITERIER ENLIGT DSM-IV*

ANOREXIA NERVOSA

- 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 förnekad allvaret i den låga kroppsvikten.
- D. Amenorré hos menstruerande kvinnor, d v s minst tre på varande följande menstruationer uteblir. (En kvinnas menstruation anses ha upphört om hon endast menstruerar till följd av hormonbehandling, t ex med östrogen.)

Undertyper

Med enbart självsvält: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen inte regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (d v s självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

Med hetsätning/självrensning: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (d v s självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

BULIMIA NERVOSA

- A. Återkommande episoder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av (1) och (2):
(1) Personen äter under en avgränsad tid (t ex inom två timmar) en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter.
(2) Personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (t ex en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter).
- B. Återkommande olämpligt kompensatoriskt beteende för att inte gå upp i vikt, t ex självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, lavemang, diuretika eller andra läkemedel, fasta eller överdriven motion.
- C. Både hetsätandet och det olämpliga kompensatoriska beteendet förekommer i genomsnitt minst två gånger i veckan under tre månader.
- D. Självkänslan överdrivet påverkad av kroppsform och vikt.
- E. Störningen förekommer inte enbart under episoder av anorexia nervosa.

Undertyper

Med självrensning: under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen regelmässigt ägnat sig åt självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.

Utan självrensning: under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen använt andra olämpliga kompensatoriska beteenden som fasta eller överdriven motion, men har inte regelmässigt ägnat sig åt självframkallande kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.

* American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC: AP

ÄTSTÖRNING UNS (utan närmare specifikation)

Denna kategori används vid ätstörningar som inte uppfyller kriterierna för någon av de specifika ätstörningarna, t ex följande:

1. För kvinnor, alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att menstruationen är regelbunden.
2. Alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att personens vikt ligger inom ett normalintervall trots en betydande viktneidgång.
3. Alla kriterier för bulimia nervosa är uppfyllda förutom att hetsätandet och de olämpliga kompensatoriska beteendena förekommer mindre än två gånger i veckan eller under en kortare period än tre månader.
4. En normalviktig person som regelmässigt använder olämpligt kompensatoriskt beteende efter att ha ätit endast små mängder mat (t ex självframkallad kräkning efter att ha ätit två småkakor):
5. En person som vid upprepade tillfällen tuggar och spottar ut, men inte sväljer ned, stora mängder mat.
6. Hetsätningss störning: Återkommande episoder av hetsätning i frånvaro av regelbunden användning av de olämpligt kompensatoriska beteenden som karakteriserar Bulimi Nervosa (se föreslagna kriterier):

HETSÄTNINGSSTÖRNING (provisoriska forskningskriterier)

- A. Återkommande episoder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av (1) och (2):
 - (1) Personen äter under en avgränsad tid (t ex inom två timmar) en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter.
 - (2) Personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (t ex en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket mat man äter).
- B. Hetsätningsepisoderna är förknippade med minst tre av följande kännetecken:
 - (1) Personen äter mycket snabbare än normalt
 - (2) Personen äter tills en obehaglig mättnadskänsla uppnåtts
 - (3) Personen äter stora mängder mat utan att känna fysisk hunger
 - (4) Personen äter ensam på grund av förlägenhet över de stora matmängderna
 - (5) Personen känner sig äcklad av sig själv, nedstämd eller mycket skuldtyngd efter att ha hetsätit.
- C. Personen är tydligt pågad av hetsätandet.
- D. Hetsätningen förekommer i genomsnitt minst två dagar i veckan under sex månader.*

* **Observera:** Metoden för att fastställa frekvens skiljer sig från den som används för bulimia nervosa; framtida forskning bör undersöka om den bästa metoden för att fastställa en frekvenströskel är att räkna antalet dagar en individ hetsäter eller att räkna antalet hetsätningsepisoder.
- E. Hetsätningen är inte förknippat med regelmässig användning av olämpliga kompensatoriska beteenden (t ex självframkallande kräkningar, missbruk av laxermedel, faste eller överdriven motion) och förekommer inte enbart under förloppet av anorexia nervosa eller bulimia nervosa.