



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA**

# **NEGATIV SJÄLVBILD HOS PERSONER MED ÄTSTÖRNING**

**Sjuksköterskans bedömning och åtgärder**

**Karin Lindh och Therese Young**

---

Examensarbete:	15 hp
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Psykiatrisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2020
Handledare:	Lena Johansson
Examinator:	Lars-Olof Persson

Titel svensk:	Negativ självbild hos personer med ätstörning Sjuksköterskans bedömning och åtgärder
Titel engelsk:	Negative self-concept in people with an eating disorder The nurse's assessment and measures
Examensarbete:	15 hp
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Psykiatrisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2020
Handledare:	Lena Johansson
Examinator:	Lars-Olof Persson
Nyckelord:	Negativ självbild, psykiatrisk omvårdnad, sjuksköterska, Ätstörning

---

## Sammanfattning

Ätstörningar är en grupp allvarliga psykiatriska sjukdomar som präglas av ihållande problem med födointaget. Tidigare forskning visar att patienter med ätstörningsproblematik ofta har en negativ självbild, vilket kan innebära att de till exempel har hög självkritik och självförakt. Den negativa självbilden kan påverka både uppkomst, vidmakthållande och behandlingsutfall av ätstörningen.

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med patientens negativa självbild, i omvårdnaden av personer med ätstörning. Hur uppmärksammar och bedömer sjuksköterskan patientens självbild? Vilka strategier använder sjuksköterskan för att stärka patientens självbild? Studien genomfördes som en induktiv kvalitativ intervjustudie utifrån semistrukturerade frågor. Totalt genomfördes sex intervjuer med deltagare från sydvästra Sverige, som arbetar inom olika ätstörningsenheter.

Resultatet visar att en negativ självbild är vanligt förekommande och framkommer i samtal med patienten, men att ingen specifik bedömningsmetod användes. Resultatet visar även att sjuksköterskan inte använde några strukturerade omvårdnadsåtgärder, för att stärka självbilden, men att flertalet indirekta åtgärder gjordes.

Studien bidrar till att belysa ett viktigt ämne och till fördjupad kunskap kring sjuksköterskans erfarenheter av att vårda patienter med en negativ självbild. Sjuksköterskan behöver utökad kunskap för att i den psykiatriska omvårdnaden kunna arbeta på ett mer strukturerat arbets sätt med patientens självbild.

Nyckelord: Negativ självbild, psykiatrisk omvårdnad, sjuksköterska, ätstörning

## **Abstract**

Eating disorders is a group of serious psychiatric illnesses characterized by persistent problems with food intake. Previous research shows that patients with eating disorders often have a negative self-concept, which can mean that they have, for example, high self-criticism and self-contempt. The negative self-concept can affect both the onset, maintenance and treatment outcome of the eating disorder.

The purpose of this study was to investigate nurses' experiences of patients' negative self-concept in people with an eating disorder. How does the nurse pay attention to and assess the patient's self-concept? What strategies does the nurse use to strengthen the patient's self-concept? The study was conducted as an inductive qualitative interview study based on semi-structured questions. A total of six interviews were conducted with participants from southwest Sweden who work in various eating disorder units.

The results show that negative self-concept is common and emerges in conversations with the patient, but that no specific assessment methods were used. The results also show that the nurses did not use any specific nursing measures to strengthen self-concept, but that several indirect actions were taken.

The study contributes to highlighting an important topic and to in-depth knowledge of the nurse's experiences of caring for patients with a negative self-concept. The nurse needs more knowledge to be able to work in a more structured way with the patient's self-concept in psychiatric nursing.

**Keywords:** Eating disorder, negative self-concept, nurse, psychiatric nursing

## Förord

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Lena Johansson, för en alldeles utmärkt handledning. Ditt stöd, dina värdefulla råd och din konstruktiva kritik har hjälpt oss otaliga gånger att utvecklas i både text och tanke!

Vi vill även rikta ett stort tack till er sjuksköterskor som har deltagit i intervjuer och därmed gjort studien möjlig. Tack!

Andreas Birgegård, tack för din spontana vägledning i ämnet och för snabb kommunikation vid uppkomna frågor.

Tack till samtliga enhetschefer som vi har varit i kontakt med vid start av vår studie, för er vänlighet och ert engagemang.

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Ätstörningar .....	1
Förekomst, riskfaktorer och samsjuklighet.....	2
Sjukdomsförlopp och konsekvenser .....	3
Behandling .....	4
Negativ självbild.....	5
Självbilden skapas i relation till andra .....	5
Negativ självbild hos personer med ätstörning .....	5
Bedömning.....	6
Behandlande åtgärder.....	6
Psykiatrisk omvårdnad .....	7
Läkande samtal .....	8
Omvårdnadsdiagnostik och omvårdnadsåtgärder .....	9
Problemformulering .....	10
Syfte .....	10
Frågeställningar .....	10
Metod .....	10
Deltagare.....	11
Datainsamling .....	11
Dataanalys .....	11
Etiska överväganden.....	12
Resultat.....	13
Att få förståelse för patientens självbild .....	13
Patienten beskriver i mötet med sjuksköterskan.....	13
Sjuksköterskan uppmärksammar i mötet med patienten .....	14
Samband mellan livserfarenheter och självbild .....	16
Skattningsinstrument.....	16
Att få förståelse för hur patientens självbild stärks .....	17
Att öka personens självkänedom .....	17

Att lära känna och hantera sina känslor .....	18
Att öka självkärlek och självacceptans .....	19
Att bryta negativa tankar och minska självkritik .....	19
Att få psykosocialt stöd.....	20
Att utgå från ett individuellt perspektiv .....	20
Diskussion .....	21
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion .....	22
Att få förståelse för patientens självbild .....	22
Att få förståelse för hur självbilden stärks .....	23
Slutsatser och implikation .....	24
Referenslista, enligt APA.....	26
Bilaga 1 .....	32
Bilaga 2 .....	34
Bilaga 3 .....	36

## Inledning

Ätstörningar är psykiatriska tillstånd, som ger såväl allvarliga psykiska, kroppsliga och sociala följder som ett enormt lidande och ett minskat välbefinnande hos den drabbade. Sjukdomen skapar även samhällsekonomiska följder samt stora konsekvenser för patientens närstående, som ofta känner en stark oro för sin anhörige (Fairburn, 2017). För den drabbade kan ätstörningen bli livslång och för en del även livshotande, med allvarliga medicinska komplikationer som följd samt en signifikant förhöjd suicidrisk (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

Studier tyder på att en negativ självbild, såsom hög självkritik och självförakt kan skapa stora konsekvenser för den enskilde individen som lider av en ätstörning. Förutom att det påverkar både uppkomst och vidmakthållande påverkar det även följsamhet till behandling och återfallsrisk. En terapeutisk allians kan vara svår att nå, varpå individen kan känna sig både missförstådd och försummad (Socialstyrelsen, 2019). Att specialistsjuksköterskan är medveten om och aktivt medverkar till att förbättra patientens självbild, så tidigt som möjligt i behandlingen, är därmed av stor vikt. Hittills utförd forskning har främst fokuserat på att belysa samt tydliggöra effekterna av en negativ självbild samt en låg självkänsla hos personer med ätstörning. Utförda studier har främst utgått utifrån olika psykologiska behandlingsinsatser (Fennig m.fl., 2008; Kelly, Carter & Borairi, 2014) och studier utifrån psykiatrisjuksköterskans omvårdnadsperspektiv tycks saknas. Författarna vill belysa denna viktiga del i omvårdnaden av personer med ätstörning. Frågan är hur sjuksköterskan kan arbeta med patientens självbild och på så sätt främja och återställa hälsa samt lindra lidande, hos den drabbade (ICN, 2012).

## Bakgrund

### Ätstörningar

Inom det vida begreppet ätstörning finns flera enskilda ätstörningsdiagnoser, som anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), hetsättningsstörning (BED), födorelaterade syndrom eller andra specificerade ätstörningar samt restriktiv, undvikande ätstörning, för att nämna några (Socialstyrelsen, 2019). En person kan ha olika ätstörningsdiagnoser över tid samt restsymtom även efter ett tillfrisknande (Ramklint, 2016). Personer med ätstörning har tappat kontrollen över sitt matintag på olika sätt. Många har även fixerats vid sin kropp och vikt och delar en stark rädsla för viktuppgång (APA, 2017).

AN är den allvarligaste formen av ätstörningar (Wallin, Sandeberg, Nilsson, Linné & Svenska psykiatriska föreningen, 2015). Diagnoskriterier för AN är ett otillräckligt matintag som leder till en signifikant låg vikt utifrån ålder och kön, en intensiv rädsla för viktuppgång eller att bli tjock, så kallad viktfofi, och en störd kroppsuppfattning eller att självkänslan är överdrivet påverkad av vikten (American Psychiatric Association, 2013). Sjukdomen föranleds oftast av bantning, med påföljden av ett alltmer restriktivt ätande eller svält samt många gånger ökad

fysisk aktivitet. Ett beteende som efterhand blir allt mer tvångsmässigt och leder till mycket låga BMI (Wallin m.fl., 2015).

BN är en sjukdom som representeras av frekventa episoder av hetsätning, där en större mängd mat intas under en kort tid och där personen upplever en känsla av kontrollförlust under själva skeendet (Ramklint, 2016). Beteendet följs av en stark känsla av skuld och skam, en upplevelse de delar med de flesta som lider av en ätstörning, och leder till ett intensivt behov av att försöka kompensera för sitt matintag genom till exempel kräkning, missbruka vätskedrivande- eller laxermedel, perioder av fasta samt ökad fysisk aktivitet (Ramklint, 2016). För att få diagnosen BN ska det specifika ätstörningsbeteendet ha pågått under en tremånadersperiod minst en gång per vecka (American Psychiatric Association, 2013). BN är en sjukdom som den drabbade kan hemlighålla under en mycket lång tid, då ett normalt BMI sällan avslöjar att personen lider av en ätstörning. Dock genererar BN ett enormt lidande för den drabbade och kan även innebära stora påfrestningar för närstående (Walin m.fl., 2015).

Vid BED intas stora mängder mat under en kort tid, likt de med BN. Den stora skillnaden är att det inte finns något regelbundet kompensatoriskt beteende. Psykiatrisk samsjuklighet är vanligt så som även överviktsrelaterad problematik (Wallin m.fl., 2015).

### **Förekomst, riskfaktorer och samsjuklighet**

Det beräknas vara cirka 200 000 personer i Sverige som lider av en ätstörning, vid någon tidpunkt under livets gång. Mörkertalet anses dock vara stort då många inte söker vård eller uppfyller alla kriterier för en diagnos (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Livstidsprevalensen för kvinnor i Europa varierar och ligger för AN mellan 1-4 procent, BN 1-2 procent, BED 1-4 procent (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016) och för övriga ospecificerade 15 procent (Smink, van Hoeken & Hoek, 2012).

Uppkomsten och utvecklingen av en ätstörning förklaras idag med en bio-psyko-social-modell (Socialstyrelsen, 2019). En person med en genetisk sårbarhet kan till exempel påverkas mer än andra i integrationen med specifika miljöer och sociala sammanhang eller vid stress. Dagens smalhetsideal och miljön vi lever i spelar också in men kanske främst för de som redan har en sårbarhet för att utveckla en ätstörning (Trace, Baker, Penäs-Lledó & Bulik, 2013). Våra olika personlighetsdrag, som ängslan, tvångsmässighet eller perfektionism, kan påverka hur vi agerar och upplever en högre inre belöning när vi når upp till specifika krav (Ramklint, 2016).

En ätstörning kan utvecklas i alla åldrar men risken är högst för både kvinnor och män i 13-17 årsåldern (NICE, 2017). Ätstörningar tycks även sjunka allt mer i åldrarna (Socialstyrelsen, 2019). För både AN och BN är sjukdomen tio gånger vanligare hos kvinnor än hos män (Smink m.fl., 2012). Ett insjuknande efter 20 års ålder är mer sällsynt (Ramklint, 2016). Riskgrupper för AN är främst de som bantar, grupper inom olika sporter där kropp och vikt är centralt, personer med negativ självbild (Alfoukha, Hamdan-Mansour & Banihani, 2019; Fenning m.fl., 2008; Forsen Mantilla & Birgegård, 2015), de som drabbats av negativa livshändelser såsom



trauman och sexuella övergrepp och personer med tidigare övervikt, där mobbning ofta förekommit (Wallin m.fl., 2015).

Den genetiska bakgrunden för AN överlappar till 60-70 procent med andra psykiska sjukdomar, såsom till exempel depression, ångest, tvångssyndrom samt neuropsykiatriska- och personlighetssyndrom (Watson m.fl., 2019). Det finns även en ökad risk för AN om förälder eller syskon har haft AN eller BN (Ramklint, 2016). Ny forskning visar att det finns genetiska faktorer som kan ligga bakom ökad fysisk aktivitet hos personer med AN, att en störd reglering av ämnesomsättning kan vara en bidragande orsak till att personer med AN kan minska så snabbt i vikt och att svält har en lugnande effekt för en person med genetisk disposition för AN till skillnad från andra (Watson m.fl., 2019). Detta är således ingen "egenvald" sjukdom i form av en önskan att gå ner i vikt, utan mer genetiskt kopplat än vad man tidigare trott.

Risikfaktorer för att utveckla BN är övervikt och fetma i barndomen, en tidig pubertet, övervikt i familjen, stress, relationsproblem med föräldrar och sexuella övergrepp. Samsjuklighet vid BN är framförallt depression, ångestsyndrom, substansmissbruk, ADHD och personlighetssyndrom. Hos patienter med hetsättningsstörning är även överviktsrelaterad problematik vanligt förekommande (Wallin m.fl., 2015).

### **Sjukdomsförlopp och konsekvenser**

För de som lider av ätstörning blir konsekvenserna både fysiska, psykiska och sociala (Wallin m.fl., 2015). De fysiska följderna är flera, men kan bland annat visa sig i form av hormonella rubbningar, påverkan på hjärtmuskulaturen, osteoporos och elektrolytrubbningar (Socialstyrelsen, 2019; Wallin m.fl., 2015). Psykiska konsekvenser kan innebära ett ständigt stress- och ångestpåslag, vilket genererar ett enormt lidande samt både trötthet och inskränkningar i socialt umgänge (Lundin & Möller, 2012). Kognitiva störningar kan visa sig i form av koncentrationssvårigheter, svårigheter med inläring eller att umgås i större grupper (Conse & Lundin, 2012; Lundin & Möller, 2012). De flesta med en ätstörning upplever dessutom en enorm ensamhet och känner ofta stor skuld och skam över sitt beteende (Ramklint, 2016).

Lidandet som sjukdomen skapar är av vida karaktär (Socialstyrelsen, 2019). Många isolerar sig från sin omgivning med ett minskat välbefinnande till följd (Conse & Lundin, 2012). Sjukdomen påverkar även indirekt de anhöriga som ofta känner en stor sorg och förlust över att deras sjuka anhöriga har förändrats som individ och att sjukdomen har berövat hen livet. För de med ätstörning är självkänslan ofta överdrivet påverkad av kroppsform och kroppsvikt, vilket resulterar i en allt mer negativ självbild (APA, 2017).

Ätstörningar har ofta ett långdraget förlopp och en pendling kan ske mellan olika ätstörningsdiagnoser över tid. Prognosen försämras dessutom många gånger på grund av samsjuklighet med andra psykiatriska och somatiska sjukdomar (Ramklint, 2016). Metaanalyser visar dessutom att personer med ätstörningssjukdom har en signifikant ökad risk att dö i förtid (Arcelus m.fl., 2011; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016), där personer med AN

har den högsta mortaliteten av psykiatriska sjukdomar (Smink m.fl., 2012). Personer med ätstörning löper även fem gånger högre risk att genomföra suicidförsök eller suicid jämfört med friska grupper (Arcelus m.fl., 2011; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

## **Behandling**

Ätstörningar kan vara mycket svårbehandlade (SBU, 2019, Wallin m.fl., 2015). Det är av stor vikt att den drabbade erbjuds rätt sorts behandling och att samtlig vårdpersonal som vårdar personer med ätstörning har en ökad kunskap om patientgruppen som sådan men också om de enskilda diagnosgrupperna och vad som kan vara av stor betydelse vid olika behandlingsinsatser, för ett snabbare tillfrisknande (SBU, 2019; Wallin m.fl., 2015).

Behandlingen är oftast mångprofessionell (NICE, 2017) och kan ske hos flertalet olika professioner, såsom psykolog eller sjuksköterska men även dietist, kurator eller fysioterapeut. Vården bedrivs framförallt på specialistinriktade enheter inom öppenvård, slutenvård eller dagsjukvård (Psykiatristöd, 2017; Wallin m.fl., 2015). Många patienter med ätstörning saknar sjukdomsinsikt. Skyddande åtgärder kan krävas i behandlingen som personen motsätter sig eller i värsta fall upplever som diskriminerande, exempelvis vid tvångsvård (Ramklint, 2016).

Vid ätstörningar gäller generellt att desto tidigare upptäckt och påbörjad behandling desto bättre utfall (NICE, 2017; Wallin m.fl., 2015). Den inledande behandlingen vid AN är framförallt att häva svälten och att successivt nå ett mer normaliserat ätande, med främsta fokus på mat och vikt samt kroppsliga symtom (Wallin m.fl., 2015). Behandlingen sker främst individuellt och en psykoterapeutisk behandling anses kunna påbörjas först när den akuta svälten är hävd och patienten därmed är kognitivt förbättrad. Dock anses det fortsatt nödvändigt att patienten erbjuds ett terapeutiskt stöd utifrån den aktuella situationen, med fokus på att förbättra patientens självkänsla (Wallin m.fl., 2015).

Behandlingen vid BN går även den ut på att normalisera patientens ätande och bryta hetsätning och kräkning, eller annat kompensatoriskt beteende, men även successivt försöka minska de starka skuld- och skamkänslor som personer med ätstörning ofta har (Wallin m.fl., 2015). Rekommenderad behandling är framförallt olika former av Kognitiv Beteendeterapi (KBT), individuellt eller i grupp, samt Interpersonell terapi (IPT), med fokus på relationer (Fairburn, 2017; Wallin m.fl., 2015). Farmakologisk behandling rekommenderas som ett komplement till KBT i form av Fluoxetin i högre dos (Wallin m.fl., 2015).

Evidens för olika sorters behandlingar av ätstörningar anses fortsatt generellt låg, även om rekommendationer har blivit både tydligare och säkrare (Watson & Bulik, 2013). Studier tyder även på att kunskapen om ätstörningar varierar stort, både mellan och inom regioner, varpå vårdkvalitén och därmed också patienten kan drabbas negativt (Socialstyrelsen, 2019). Patienter vittnar om att bemötandet i vården sviktar (SBU, 2019). Vårdpersonal å sin sida upplever att patienter med ätstörningar många gånger kan vara svåra att nå och därmed gör det mer komplicerat att få till en terapeutisk allians med patienten, då det ofta finns en stark ambivalens eller minskad motivation till behandling hos den drabbade, vilket i mångt och

mycket är en del av sjukdomsbilden. Det finns även en stor osäkerhet hos vårdpersonal både beträffande bemötande och behandling. För många patienter är just relationen till behandlaren en av de viktigaste faktorerna för en framgångsrik behandling, snarare än själva behandlingsformen. En ökad förståelse för bakomliggande faktorer till patientens agerande är därmed av vikt för de som vårdar (SBU, 2019).

## Negativ självbild

Begreppet självbild kan sägas vara en sammanfattning av hur en person ser på sig själv och hur personen tror att andra ser på dem men även hur en person behandlar sig själv. Självbilden skapas utifrån erfarenheter, relationer och personlighet, och negativa livshändelser såsom kränkningar och stress kan påverka självbilden på ett negativt sätt (Cullberg Weston, 2005).

Begreppet självbild anses dock vara av bred definition, där flera olika komponenter såsom självkänsla och självförtroende kan inbegripas. Medan självbilden främst kan ses som en övergripande definition, tycks begreppet självkänsla snarare symbolisera hur vi värderar oss själva (Wiklund Gustin, 2015) och begreppet självförtroende hur vi värderar det vi gör, utifrån våra prestationer (Cullberg Weston, 2005). Denna studie har valt att fokusera på negativ självbild, som ett övergripande begrepp, men även självkänsla förekommer, då det i studien anses ha en likartad betydelse.

### **Självbilden skapas i relation till andra**

Vid studier kring självbildens utveckling studeras bland annat betydelsen av interpersonella faktorer (Arcelus, Haslam, Farrow & Meyer, 2013). Utgångspunkten finns i den interpersonella teorin, där både många av våra beteenden och vår självbild anses skapas i interaktionen med andra. Genom tidigare erfarenheter i livet med betydelsefulla personer i vår omgivning skapas förväntningar på hur vi troligtvis kommer att bli bemötta samt vår egen tendens till gensvar (Evans, 1996). Specifika beteenden kan med större sannolikhet ge upphov till motsvarande beteenden hos andra, vilket inom teorin benämns som komplementaritet (Gurtman, 2001).

Interaktionen med andra är således inte slumpmässig. Människor verkar och tenderar att bete sig på ett sätt som väcker svar från andra som är i linje med ens egen självbild (Björck, Clinton, Sohlberg & Norring, 2007). Eftersom självbilden ständigt blir bekräftad av andra bevaras den också. Utifrån interpersonell teori skulle därmed individer med en negativ självbild tendera att agera på ett sådant sätt att den negativa självbilden bekräftas i interaktionen med andra. På liknande sätt kan även andras ageranden eller försök till hjälp lätt misstolkas och istället ses som kritik eller försummelse, vilket kan komma att påverka individen mycket negativt men så även behandlingen (Björck, Clinton, Sohlberg, Hällström & Norring, 2003).

### **Negativ självbild hos personer med ätstörning**

Forskning visar att det finns ett tydligt samband mellan en låg självkänsla och förekomsten av ätstörning (Alfoukha m.fl., 2019). Därmed blir även patientens självkänsla en kritisk faktor i tillfrisknandet och påvisar behovet av att kunna påverka självkänslan hos personer med ätstörning (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

Hos personer med ätstörning är en negativ självbild vanligt förekommande och något som i mångt och mycket är ett utmärkande drag hos patientgruppen som helhet, om än i olika hög utsträckning inom de olika diagnosgrupperna (Alfoukha m.fl., 2019; Björck m.fl., 2003; Fenning m.fl., 2008; Forsén Mantilla & Birgegård, 2015). Individen kan ha haft en bättre självbild innan sjukdomen bröt ut men som sedan försämrats i och med ätstörningen enligt A. Birgegård (Personlig kommunikation, 2020-09-15).

Den negativa självbilden karakteriseras av en högre grad av självkritik (Fenning m.fl., 2008; Leaviss & Uttley, 2015) och självhat och en lägre grad av självacceptans och kärlek till sig själv, faktorer som är av stor betydelse för patientens grad av ätstörningssymtom, som i sin tur också påverkar ett tillfrisknande (Forsén Mantilla & Birgegård, 2015; Pullmer, Coelho & Zaitsoff, 2019). Inom några av de vanligaste diagnoserna av ätstörning är det främst personer med AN, som har den mest utpräglade negativa självbilden, representerad av ett starkt självhat, självkontroll och skuldbeläggande av dem själva, medan de med en BED har den minst negativa självbilden, mer självbekräftande och mindre självkontrollerande. Personer med BN hamnar däremellan (Björck m.fl., 2003).

Den individuella, diagnosspecifika men ändå många gånger särpräglade negativa självbilden i form av låg självkärlek och högt självhat kan påverka både uppkomst och vidmakthållande av sjukdomen (Alfoukha m.fl., 2019; Fenning m.fl., 2008; Forsén Mantilla & Birgegård, 2015) men också behandlingsutfall (Björck, Björck, Clinton, Sohlberg & Norring, 2008; Björck m.fl., 2007; Forsén Mantilla, Norring & Birgegård, 2019), återfallsrisk och negativ följsamhet till behandling (Björck m.fl., 2003; Björck m.fl., 2007) och är därför av väsentlig betydelse att ta med i beräkningen vid olika behandlingsinsatser av personer med ätstörning (Björck m.fl., 2007).

### **Bedömning**

För att kunna göra en bedömning och skapa sig en bild av en individs självbild kan vårdpersonal använda sig av olika självskattningsformulär. Structural Analysis of Social Behaviour (SASB), grundad utifrån interpersonell teori och skapad av Lorna Smith Benjamin (1974), är ett instrument som frekvent används vid studier kring ätstörningar. SASB-modellen mäter åtta olika aspekter av självbilden, som spontan/impulsiv, acceptans, kärlek, skydd/vård, kontroll, klander/kritik, hat/attack och försummelse. Självbilden är dynamisk och formas såväl av individens tidigare erfarenheter som i samspel med andra (Björck m.fl., 2007).

### **Behandlande åtgärder**

Studier visar att ju tidigare i behandlingen som insatser för att stärka patientens självbild sätts in, desto snabbare kan en minskning av patientens ätstörningssymtom träda in (Kelly m.fl., 2014). Ett exempel på detta kan vara insatser som syftar till att öka patientens acceptans och självkärlek, vilket också kan förebygga riskfaktorer för en ätstörning (Pullmer m.fl., 2019). Exempelvis har det visat sig att Compassion-focused therapy (CFT) kan vara gynnsamt för patienter med hög andel självkritik (Leaviss & Uttley, 2015). CFT innebär att självkritiken möts med medkänsla och självkärlek, vilket leder till minskat självhat. Att öva på medkänsla och

självkärlek ingår även i träning av mindfulness som efter övning blir ett hälsosamt förhållningssätt till sig själv och omvärlden. Processen kan även beskrivas som en slags kognitiv omprogrammering i förhållandet till sig själv och andra.

En negativ självbild hos patienten leder även till svårigheter att utveckla en terapeutisk allians, vilket är av mycket stor betydelse för ett positivt behandlingsutfall (Ryum, Vogel, Walderhaug & Stiles, 2015). Huruvida en patient har en positiv eller negativ självbild kan således påverka vilka som fullföljer en behandling eller inte och bör därför också ligga till grund för hur behandlare agerar i de olika faserna av en behandling, för bästa resultat även på längre sikt (Norring, 2008).

Hittills utförd forskning har främst fokuserat på att belysa samt tydliggöra effekterna av en negativ självbild och en låg självkänsla hos personer med ätstörning. Utförda studier har främst utgått från olika psykologiska behandlingsinsatser (Fennig m.fl., 2008; Kelly m.fl., 2014) medan studier utifrån psykiatrisjuksköterskans omvårdnadsperspektiv tycks saknas.

## Psykiatrisk omvårdnad

I omvårdnaden av personer med ätstörning fyller den psykiatriska specialistsjuksköterskan en viktig funktion. Specialistsjuksköterskan bidrar med vårdinsatser som syftar till att stärka personens möjlighet till att växa och utvecklas som individ (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014) men också till att kunna hantera de svårigheter som patienten många gånger upplever, i form av kontrollförlust, hantering av obehagliga känslor och en negativ påverkan på självkänslan (Bezance & Holliday, 2013).

Omvårdnaden syftar till att stödja personens oberoende och självständighet men också till att lära sig att hantera både sjukdomen och dess konsekvenser, formulera rimliga krav på sig själv och uppnå personlig utveckling. Enligt specialistsjuksköterskans kompetensbeskrivning ansvarar sjuksköterskan därmed för insatser som stödjer och stärker förmågan till egenvård och återhämtning (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). Utgångspunkten för vården är att kunna se individen som en självständig person med betydande resurser till att kunna förändra både beteenden och attityder men även till en förståelse av det egna självet och till en positiv förändring av självbilden (Ekman & Norberg, 2013). Sjuksköterskan tar med det även hänsyn till det psykologiska perspektivet, där en sund självbild är av betydelse för att kunna uppnå hälsa (Wiklund Gustin, 2015).

Enligt Dorothea Orem's (1995) teori om egenvård handlar omvårdnaden om att minska gapet mellan personens egenvårdsbehov och den faktiska förmågan till egenvård, för att successivt kunna nå en egenvårdsbalans. I teorin definieras begreppet egenvård som de aktiviteter som personen själv tar initiativ till, för sin egen skull, i syfte att upprätthålla både hälsa och välbefinnande (Orem, 1995) och där sjuksköterskans roll kan vara allt från hjälpare och lärande till stödjande (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Begreppet egenvård har förutom en nära koppling till upplevelsen av delaktighet, autonomi och personliga mål en koppling till

känslan av egenvärde och ökad självkänsla (Marshall, Oades, Crowe, 2009; Pratt, Halliday & Maxwell, 2009).

I sjuksköterskans omvårdnad är personcentrerad vård en av kärnkompetenserna (Ekman & Norberg 2013; Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). Via personcentrerad vård ges sjuksköterskan möjlighet till att se personen ur ett mångdimensionellt perspektiv, som innebär både kroppsliga, själsliga och andliga aspekter och där psykologiska funktioner ingår och sätter personen i centrum (Wiklund Gustin, 2015). Vid ett personcentrerat förhållningssätt stärks även relationen med patienten, då sjuksköterskan förutom närvaro innehar kvaliteter som engagemang och motivation till att vårda den drabbade (Wiklund Gustin, 2017). Detta leder till att patienten får stöd i att förstå sig själv och sin berättelse på nytt. Patientens egen motivation verkar dessutom öka när sjuksköterskan är både närvarande och har en öppen och ärlig kommunikation, då det bidrar till både tillit och trygghet för den drabbade (Wiklund Gustin, 2017).

För att kunna stödja personer till återhämtning och till upplevelsen av att kunna påverka sin egen väg till hälsa kan sjuksköterskan som utgångspunkt använda sig av olika omvårdnadsteorier. I tidvattenmodellen av Barker och Buchanan Barker (2005) formuleras vikten av att sätta personens återhämtning och dess berättelse i centrum för vården, vilket även går i linje med personcentrerad vård (Barker & Buchanan Barker, 2005; Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). För att kunna återta makten i sitt liv och kunna acceptera det som "förlist" (det som varit) behöver personen genom sin egen berättelse ges möjlighet till reflektion och en ny förståelse av sig själv, sin historia och sitt sammanhang. För att kunna hitta sig själv behöver personen även lära sig var sina egna gränser går och till att finna sin egen utvecklingsprocess (Barker & Buchanan Barker, 2005). Återhämtningen hittas således i den egna förmågan till utvecklingen av jaget (Barker, 2009). Något som i sin tur även påverkar personens självkänsla positivt (Orem, 1995).

### **Läkande samtal**

I den psykiatriska omvårdnaden hålls samtal mellan sjuksköterska och patient som oftast benämns i form av stödsamtal (Rusner, 2020). För patienten innebär samtalen många gånger att ha någon att lita på och som finns tillgänglig när det finns behov av att prata. I samtalen kan sjuksköterskan få en förståelse för patientens behov och upplevelser och skapa utrymme för patienten att både känna sig sedd och bekräftad och inte längre ensam. Det ges även utrymme för patienten att närma sig det som många gånger sitter mer djupt rotat, såsom skam och skuld men även rädsla och oro (Rusner, 2020).

I affektteorin av Silvan Tomkins (1962; 1963) beskrivs hur våra grundläggande affekter automatiskt kan styra både våra tankar och beteenden. Skamkänslor definieras som upplevelsen och en konsekvens av en kränkt värdighet och att personen vill gömma sig från det som förorsakar skammen, vare sig det kommer från personen själv eller någon annan. Skamkänslorna bottenar sig ofta i falska föreställningar om hur andra uppfattar ens egen person och kommer sig oftast av självkritik och nedvärdering samt falska ideal kring hur vi borde vara,

men även av tidigare erfarenheter av skam (Wiklund Gustin, 2015). Via patientens berättelse får tankar och känslor komma upp till ytan och bearbetas, vilket kan leda patienten mot ett tillfrisknande och ett minskat lidande till följd. Troligtvis är det just dessa samtal, där sjuksköterskan i en förtroendefull relation finns till för patienten, som är kärnan i den psykiatriska omvårdnaden och som innebär så långt mycket mer än ett stödsamtal i det rena ordets bemärkelse (Rusner, 2020).

### **Omvårdnadsdiagnostik och omvårdnadsåtgärder**

Vid omvårdnad av personer med ätstörning behöver specialistsjuksköterskan ha fokus på både somatisk och psykiatrisk omvårdnad (Clinton & Norring, 2002). Omvårdnaden utformas tillsammans med patienten, utifrån varje enskilds värderingar och behov och för att främja en större förståelse för den egna situation hos den som lider av ätstörning (Clinton & Norring, 2002). En bred bedömning utifrån patientens erfarenhetsvärld är således en viktig förutsättning för att kunna utforma den specifika omvårdnaden (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

I omvårdnaden kan specialistsjuksköterskan luta sig mot omvårdnadsdiagnoser utifrån exempelvis NANDA-systemet (North American Nursing Diagnosis Association-system) (Herdman, 2019), där områden såsom nutrition, aktivitet/vila, välbefinnande och självuppfattning är exempel inom ramen för ätstörningar. Omvårdnaden preciseras i sin tur i form av kartläggning och förslag på omvårdnadsåtgärder, vilka främjar kommunikationen, delaktigheten och säkerheten under vårdförloppet.

Enligt Nanda definieras långvarig svag självkänsla som *“Negativ värdering och/eller känslor om sina egna förmågor, som varat längre än tre månader”* (Herdman, 2019, s. 306). Den svaga självkänslan kännetecknas framförallt av att den drabbade ger uttryck för och *“anpassar sig för lätt till andra, avvisande av positiv återkoppling, beroende av andras åsikter, dålig ögonkontakt, obeslutsamt beteende, osäkert beteende, passivitet, skam, skuld, tveksam till att pröva nya erfarenheter, underskattar förmågan att kunna hantera situationen, återkommande misslyckanden i händelser i livet, överdriver negativ återkoppling om sig själv, överdrivet sökande av uppmuntran”* (Herdman, 2019, s. 306). Relaterade faktorer kan även vara bristande grupptillhörighet och bristande respekt från andra (Herdman, 2019).

En vanlig omvårdnadsåtgärd vid all form av ätstörningsbehandling är 'psykoedukation' och kan innebära allt från pedagogiska måltider till information kring fysiologiska effekter vid svält samt skeva kroppsideal. Syftet med åtgärden är att personen ska få en ökad förståelse för sin egen situation och de symtom och orsakssamband som oftast finns knutna till den specifika ätstörningen (Wallin m.fl., 2015; Wiklund Gustin, 2012). Vid sänkt självkänsla kan det ske i form av att medvetandegöra och omformulera patientens tankemönster av negativ karaktär. Tankarna kan ofta röra sig om övergeneraliseringar, där patienten nedvärderar både sig själv och andra i syfte att försvara sin egen självbild, men också tankar av skuldbeläggning av dem själva (Herdman, 2019; Wiklund Gustin, 2012).

I omvårdnaden kan specialistsjuksköterskan även använda sig av inslag av både MI (Motivational Interviewing) och KBT, vilka båda verkar för en förändring av personens negativa beteenden, om än med olika approach, och de faktorer som håller ätstörningen vid liv (Wiklund Gustin, 2012). Omvårdnadsåtgärder kan även innebära kartläggning och identifiering av patientens styrkor till att arbeta med mat- och känslodagböcker (Herdman, 2019). Motivationsarbetet är en stor del i omvårdnadsarbetet, vilket ständigt bör vara aktivt. Genom att använda sig av olika begrepp såsom självmedkänsla (self-compassion) och strategier för att öka självmedkänslan hos personer med ätstörning kan sjuksköterskan dessutom bidra till en ökad självkänsla hos den drabbade (Wiklund Gustin, 2015).

## Problemformulering

En negativ självbild kan öka risken för att utveckla en ätstörning. Ätstörningen kan i sin tur göra så att personens självbild försämras, genom ökad självkritik och självhat samt minskad självacceptans och självkärlek. En negativ självbild kan också försvåra återhämtningen och ge en ökad risk att återinsjukna. Det är därför viktigt att psykiatrisjuksköterskan har förmågan att kunna bedöma patientens självbild och har kunskap om hur den psykiatriska omvårdnaden kan utformas, för att påverka självbilden. Utifrån dagens kunskapsläge saknas forskning kring hur sjuksköterskan kan förhålla sig till och arbeta med patientens negativa självbild för att i förlängningen nå en förbättrad självbild samt ett minskat lidande, hos den drabbade.

## Syfte

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med patientens negativa självbild, i omvårdnaden av personer med ätstörning.

## Frågeställningar

- 1) På vilket sätt uppmärksammar och bedömer sjuksköterskan patientens negativa självbild?
- 2) Vilka strategier använder sig sjuksköterskan av för att stärka patientens självbild?

## Metod

För studien användes en induktiv kvalitativ ansats. Intervjuer genomfördes, då syftet var att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med patientens självbild, i omvårdnaden av personer med ätstörning (Henricson & Billhult, 2017).

Kvalitativ forskning kan hjälpa oss att förstå och ge oss kunskap om det subjektiva, människors upplevelser, och erfarenheter av verkligheten (Henricson & Billhult, 2017). Kvalitativ forskning har sitt ursprung från hermeneutiken och utgår från ett holistiskt synsätt, vilket innebär ett helhetsperspektiv och att människans verklighet är komplex.



## Deltagare

Ett bekvämlighetsurval användes (Henricson & Billhult, 2017), där legitimerade sjuksköterskor inom olika ätstörningsenheter i sydvästra Sverige som ansågs ha erfarenhet av fenomenet som skulle studeras valdes ut. Inklusionskriterier för de deltagande sjuksköterskorna var att de skulle arbeta inom specialiserad ätstörningsvård, med inriktning mot vuxna, i öppenvård, slutenvård eller dagvård. Utifrån given tidsram för examensarbetet tillfrågades fem enheter via telefon och e-post, där brev till verksamhetschef (Bilaga 1) och forskningspersonsinformation (FPI), (Bilaga 2) bifogats. Efter godkännande från verksamhetschef eller avdelningschef vidarebefordrade avdelningschefen e-post med FPI till sjuksköterskor inom enheten.

Antalet sjuksköterskor som återkopplade och var intresserade av att delta i studien var totalt sex personer, varav en man och fem kvinnor. Två av deltagarna har specialistutbildning i psykiatri, en deltagare har grundläggande utbildning i KBT (steg 1) och de övriga tre deltagarna gick vid tidpunkten för intervjun en utbildning i KBT. Fem av deltagarna har arbetat 2-4 år och en deltagare i cirka 18 år inom ätstörningsvården. Flera av deltagarna har kombinerade tjänster där de är verksamma i dag-, öppen- och slutenvård.

## Datainsamling

Studien baseras på semistrukturerade intervjuer. Frågorna som ställdes till respektive deltagare var förutbestämda och följde en viss struktur, i syfte att svara an på studiens syfte. Det fanns även stödfrågor nedskrivna för eventuell utveckling av tidigare svar och för ytterligare förståelse av fenomenet. Frågorna anpassades utifrån varje enskild intervju och togs därmed i olika ordning (Bilaga 3). Det gavs även utrymme för deltagarna att själva delge ytterligare information, av intresse för ämnet. Förfarandet av datainsamlingen följer kvalitativ intervjuemetod med semistrukturerade intervjuer (Danielson, 2017a).

Samtliga intervjuer genomfördes via zoom, med både bild och ljud, och spelades in både via zoom och mobiltelefon. Intervjuerna tog mellan 30-50 minuter. Vid samtliga intervjuer deltog båda författarna men turades om att hålla i intervjuerna varannan gång. Den som vid tillfället hade en mer passiv roll kunde flika in med eventuella följdfrågor vid behov. Tidpunkt för intervjuerna fick deltagarna själva vara med och bestämma. Deltagarna erhöll en zoom-länk via e-post i god tid inför varje intervju.

## Dataanalys

För sammanställning och analys av data gjordes en kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Granheim och Lundman (2004). Transkribering av inhämtat material, vilket innebär att intervjuerna skrivs ner ordagrant inklusive eventuella pauser eller andra känslomässiga yttringar, skedde i direkt anslutning till intervjutillfället. Analysenheten, det vill säga hela texten, kunde därpå läsas igenom flertalet gånger av båda författarna, för att få ett helhetsperspektiv och en bild av vad som sades under intervjun. Analysenheten delades sedan in i meningsbärande enheter, som svarade an på studiens syfte. Enheterna kom i sin tur att

skriftligt kondenseras, för att i nästa steg kodas. Kodningen möjliggjorde att kunna se kopplingar mellan de olika meningsenheterna, för att därpå kunna kategorisera koderna i både under- och slutligen huvudkategorier, som återspeglar det centrala i intervjuerna. Analysen skedde helt och hållet gemensamt mellan de båda författarna, med en ständig rörelse mellan det manifesta och det latent innehåll, för att säkerställa analysens kvalitet i samtliga ingående delar (Granheim & Lundman, 2004). Ett analyschema togs till hjälp vid innehållsanalysen (Danielson, 2017b). Några exempel följer i Tabell 1.

**Tabell 1.** Exempel på dataanalysen

Meningsbärande enheter	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
<i>"Många upplever ju, eller säger det själva kanske att dom har en sänkt självkänsla."</i>	Många säger att dom har sänkt självkänsla	Patienten beskriver låg självkänsla	Patienten beskriver i mötet med sjuksköterskan	Att få förståelse för patientens självbild
<i>"Vi individanpassar väldigt mycket beroende på vad patienten varit med om. Är det trauma eller relationsproblematik, man anpassar utefter patienterna, det som håller ätstörningen vid liv."</i>	Anpassar behandling utefter det som håller ätstörningen vid liv	Individanpassa	Att utgå från ett individuellt perspektiv	Att få förståelse för hur patientens självbild stärks

## Etiska överväganden

God etik vid all sorts forskning är centralt och bygger i stora drag på grundläggande principer, såsom autonomiprincipen, människovärdesprincipen, rättvisepincipen och göra-gott-principen och värnar om individens självbestämmande, integritet och lika värde och bör genomsyra hela den vetenskapliga processen (Kjellström, 2017). Forskningsetik finns till för att skydda individen men även tilltron till det vetenskapliga samhället (Cöster, 2014). Forskningsetiken i Sverige regleras av Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) och Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Vid examensarbeten är det främst handledaren, förutom studenterna själva, som har det yttersta ansvaret att forskningsetik följs av respektive student. Det är även Universitetet som ger godkännande på att studien kan genomföras (Kjellström, 2017; SFS 1992:1434).

Vid start av studien ansöktes om verksamhetschefens och enhetschefens godkännande till att få intervjua legitimerade sjuksköterskor anställda på de olika enheterna. Information gavs enligt Etikprövningsmyndighetens (2020) rekommendationer angående forskningspersons-information. Det innebar bland annat att deltagandet i studien var frivilligt och att sjuksköterskorna kunde avbryta sitt deltagande närhelst de önskade. Informanterna erhöll skriftlig samt muntlig information angående studiens syfte och metod samt uppskattad tid för intervjun. Ingen påverkan från studiepersonerna utövades på deltagarna. Efter att deltagaren gett sitt samtycke till att delta påbörjades genomförandet av intervjun (Cöster, 2014). Insamlade data från intervjuerna avidentifierades och materialet förvarades så att obehöriga inte hade tillgång till materialet (Danielson, 2017a; Henricson & Billhult, 2017). En bedömning

över eventuella risker vid deltagande i studien gjordes innan start. Det bedömdes att inga risker förelåg, då inga känsliga personuppgifter samlades in (Kjellström, 2017). En etisk reflektion fanns med under hela studieprocessens gång (Codex, 2020). Efter transkribering raderades samtliga data från intervjuerna.

## Resultat

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med patientens negativa självbild, i omvårdnaden av personer med ätstörning. I dataanalysen framkom två huvudkategorier samt fyra respektive sex underkategorier, enligt Tabell 2.

**Tabell 2.** Huvudkategorier och underkategorier som framkommit under analys av intervjuerna.

Huvudkategori	Underkategori
Att få förståelse för patientens självbild	Patienten beskriver i mötet med sjuksköterskan Sjuksköterskan uppmärksammar i mötet med patienten Samband mellan livserfarenheter och självbild Skattningsinstrument
Att få förståelse för hur patientens självbild stärks	Att öka personens självkänedom Att lära känna och hantera sina känslor Att öka självkärlek och självacceptans Att bryta negativa tankar och minska självkritik Att få psykosocialt stöd Att utgå från ett individuellt perspektiv

### Att få förståelse för patientens självbild

Deltagarna uppgav att kunskap och erfarenhet stärker sjuksköterskan i omvårdnaden och gör skillnad i mötet med patienten. Samtliga deltagare önskade mer kunskap och rätt verktyg för att kunna arbeta mer med patientens självbild.

### Patienten beskriver i mötet med sjuksköterskan

Hos de deltagarna framkom att många patienter själva beskriver sin negativa självbild eller att de beskriver den när sjuksköterskan frågar dem. Utgångspunkten är då oftast utifrån att den negativa självbildens eller den låga självkänslans påverkan på ätstörningen är negativt.

*”Kan patienterna säga, (...) Om jag bara inte hade dålig självkänsla, då hade det gått mycket bättre med maten” (Deltagare 2).*

Samtliga sjuksköterskor beskrev hur patienterna pratar om sig själva på ett mycket nedvärderande sätt och är starkt ifrågasättande och kritiska mot sig själva. Patienterna kan ofta uttrycka att de är en belastning för sin omgivning, att de inte vågar ta plats eller inte förtjänar att finnas till. Den negativa självvärderingen kan också uttryckas genom att de säger att de inte är värda att få må bra, inte är värda maten eller inte är värda något bättre.

Flertalet sjuksköterskor uppgav även att många patienter är mycket rigida i sitt tänkande när de talar om sina kroppar och att de kan ha svårt att se någonting på kroppen som är bra, förutom någon enstaka detalj, alternativt att de är mer fixerade vid vissa kroppsdelar som de kan må mer

dåligt över. Sjuksköterskorna beskrev även hur vanligt det var att det i samtal framkom hur patienterna nedvärderar sig själva i jämförelse med andra och hur de främst värderar sig själva utifrån sin kropp och sin vikt.

*”Det handlar ju mycket ihop med maten (...) Det handlar om att, jag skall inte äta mer för det är jag inte värd. Jag mår inte bra av det” (Deltagare 4).*

*”Det tycker jag är någonting som dom ofta själva tar upp (...) jag är inte värd det här. Eller jag är en belastning, jag får inte göra andra ledsna” (Deltagare 3).*

Fyra av deltagarna beskrev att patienterna i samtal uttrycker ett starkt självhat och att de hatar sina kroppar. Det framkom att många patienter upplever att de har som två röster i sitt huvud, den ena mycket nedvärderande och den andra mer förstående, över att ätstörningstankarna inte är rimliga. Sjuksköterskorna beskrev även hur en del patienter kan berätta hur de på grund av ett mycket starkt självhat kan slå sig själva för att därmed straffa sig för dem de är.

*”Många beskriver (...) De här tankarna är inte rimliga egentligen. Jag vet att jag inte är tjock egentligen men ändå tänker man i dom tankarna” (Deltagare 1).*

### **Sjuksköterskan uppmärksammar i mötet med patienten**

Det framkom hos samtliga deltagare att det finns ett starkt samband mellan negativ självbild och ätstörning. Utan att patienten tydligt uttryckte det, så tolkade sjuksköterskorna in det på andra sätt, såsom i samtalet, i patientens livsstil och i patientens kroppsspråk. Samtliga deltagare upplevde att det är viktiga frågor som i samtal behöver benämnas ut.

*”Så dom flesta har nog en försämrad självkänsla. Annars skulle man inte, nä annars skulle man nog kanske inte ha en ätstörning kanske heller, för att det är ju det man har en försämrad självkänsla” (Deltagare 4).*

Flertalet sjuksköterskor beskrev att patienterna ofta har en låg självacceptans. Det framkom genom att patienterna aldrig upplevde sig att duga, inte accepterade vare sig sin kropp eller sig själva som person, vilket ledde till olika uttryck hos patienten, såsom sorg, nedstämdhet och avsaknad av glädjeuttryck enligt två av deltagarna. En av deltagarna tar upp sociala medier som en betydande faktor för en lägre självacceptans. Två deltagare beskrev att patientens självacceptans är som lägst i början av en behandling.

*”Att det styr ju ätstörningen, det gör det. Och det är där det är svårt att hitta motivationen att ta sig ur den” (Deltagare 1).*

Samtliga sjuksköterskor beskrev att patienter med en negativ självbild värderar sig själva enbart utifrån kropp och vikt, vilket ofta står i vägen för att bli fri från sin ätstörning. Ett starkt

kroppsförakt och en negativ självvärdering menar några av deltagarna påverkar självbilden negativt.

Vid en låg självkänsla beskrev tre av sjuksköterskorna att patienterna även uppvisar ett minskat kroppsspråk. Flera av deltagarna beskrev att vissa patienter är mer öppna med sina känslor medan andra är mer slutna och därmed har svårt att visa sina känslor. En del patienter vågar inte ha ögonkontakt eller kan sitta ihopkrupna. Många patienter vågar inte ta plats och förminskar sig själva både i uttryck och hur de ter sig.

*”Man vågar inte ta plats när man har en lägre självkänsla. Förminskar sig själv” (Deltagare 4).*

Isolering är enligt två av deltagarna ett uttryck för negativ självbild. Exempel på undvikande beteende kan vara när patienten är rädd för att vara för tjock och därmed undviker sociala situationer, när ätstörningen inte vill bli störd och vid rädsla för att få frågor av andra som behövde besvaras.

*”Undviker att umgås med människor för dom kan tycka att man är tjock. Fast man inte är det. Undvikande” (Deltagare 5).*

Flertalet sjuksköterskor beskrev att självhat förekommer vid negativ självbild. Självhatet kunde uttryckas i form av självskadebeteende, som straff för sitt utseende eller för att hantera sin ångest. Ett starkt kropps- och självhat kunde även leda till suicidtankar. Enligt deltagarna önskar patienterna få bekräftelse på sitt självhat, för att undvika konflikter både inom sig själv och i förhållandet till andra.

Fyra deltagare framhöll att den negativa självbilden även visar sig genom självförsummelse. Patienten nedvärderar sina egna grundläggande behov, lyssnar vare sig till självet eller de fysiska och psykiska signaler som kroppen många gånger ger och saknar med det omsorgen av sig själva. Exempel på detta kunde vara att viljan att gå ner i vikt och se bra ut går före allt annat, att alla med ätstörning försummar sig själva genom att inte ta hand om sig eller att patienterna undertrycker sin egen förmåga.

Flertalet deltagare beskrev hur patienterna genom självkritik intalar sig att de alltid kan bli bättre eller att aldrig vara bra nog. Självkritiken visar sig även i form av att patienterna tolkar allt negativt, jämför sig själva med andra på ett negativt sätt och nedvärderar sig själva. En av deltagarna beskrev självkritiken som ett centralt begrepp inom patientgruppen och att sjuksköterskan ibland kunde vara delaktig i att spä på denna, genom förväntningar på patienten.

Flertalet deltagare uppgav att patienterna ofta uppvisar en stark självkontroll, vilket många gånger begränsar dem i allt de gör. Deltagarna beskrev att patienterna därmed hindras till att vara spontana och att livet många gånger sätts på paus.

Flertalet deltagare beskrev att patienterna många gånger skuldbeläggs, både sig själva och sin omgivning i form av att inte kunna kontrollera sig själva tillräckligt. Kontrollförlusten genererar både skuld och skam hos patienten men också att deras eget ansvar för sin situation förskjuts till någon annan, vilket främst skedde vid avsaknad av sjukdomsinsikt.

### **Samband mellan livserfarenheter och självbild**

Två av deltagarna beskrev samband mellan patienternas livserfarenheter och utvecklingen av en mer negativ självbild. Erfarenheterna kunde till exempel handla om traumatiska händelser såsom sexuella övergrepp, eller osunda relationer, där till exempel en partner kan förstärka självkritiken genom kommentarer och uppträdande. Det framkom att flera sjuksköterskor var observanta på negativa livserfarenheter hos patienterna och hur de påverkar patientens sätt att se på sig själv och på sin kropp.

*”Patienter som har varit med om trauma exempelvis, där kommer väl den dåliga självkänslan mer av det, sexuella övergrepp, och då kommer ju mer det här självhatet mot den egna kroppen, av vad de varit med om” (Deltagare 1).*

En av sjuksköterskorna framhöll att familjemönster, där en förälder eller en signifikant närstående lider av en lägre självkänsla, har eller har haft en ätstörning eller där frekventa budskap om att inte duga kantar vardagen, är faktorer som ofta ligger till grund för en lägre självbild hos den drabbade. Sjuksköterskan menade även att psykisk sjukdom och höga krav från samhället kan påverka självbilden negativt. Det kunde vara krav på hur vi ska se ut och att “smal är lika med lycka”. Sociala medier kunde också vara en stark bidragande faktor för patientens negativa jämförelse med andra, där de med en lägre självacceptans och minskad självkärlek drabbas hårdast.

*”Det här hur vi ska se ut i samhället, alla youtubers (...) Det är mycket det man får prata om att vi är inte stöpta i samma form alla är inte så smala som media ger ut (...) Är man smal är man lycklig är det många som säger” (Deltagare 1).*

### **Skattningsinstrument**

Ingen av sjuksköterskorna använde sig av någon särskild bedömningsmetod för att bedöma patientens självbild, vare sig i samtal eller med hjälp av skattningsinstrument. Det framkom att flertalet sjuksköterskor i en del fall, i samtal med patienten, kunde göra en egen preliminär bedömning av patientens självbild men som inte alltid kommuniceras till den berörda. Samtliga sjuksköterskor sade dock att olika skattningsinstrument och kvalitetsregister kunde ge vissa indirekta svar eller indikationer rörande patientens självbild. Exempel på dessa kunde vara formuläret EDE-Q (Eating Disorder Examination - Questionnaire), Stepwise, Riksät (Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling), CIA (Clinical Impairment Assessment questionnaire) och BDI II (Becks Depression Inventory).

*”Bedömning av självbilden? Nej, det gör jag inte. Det handlar om att jag inte kan. Nej, det gör vi inte” (Deltagare 3).*

Två av deltagarna beskrev till exempel hur EDE-Q ger en bild av hur patientens vikt och kroppsform påverkar hur patienten ser och tänker om sig själv, vilket enligt dem även ger en bild av patientens självkänsla. Utöver det beskrev två av deltagarna att de med hjälp av formuläret CIA kunde se hur patienternas vardag påverkades av en negativ självbild. BDI II är en depressionsskattning som avser att mäta sekundär funktionsnedsättning till följd av ätstörningssymtom, vilket enligt två av deltagarna också beskriver lite hur patienterna ser på sig själva. Det framkom även att patienterna ofta fick göra ytterligare skattningar av den egna kroppen hos andra professioner, såsom fysioterapeut, vilket sjuksköterskorna kunde ta del av och som gav indirekta svar om patientens självbild.

*”Sen har vi ju EDEQ där är ju lite mer självkänsla, självbilden med i också. Den använder vi alltid också i nybesöken. Eeh där är det ju med hur vikten, kroppsform påverkar och hur dom ser sig själva, där får dom ju skatta det”  
(Deltagare 1).*

### Att få förståelse för hur patientens självbild stärks

Resultatet visar att flertalet sjuksköterskor inte specifikt arbetar med patientens självbild i omvårdnaden av personer med ätstörning. Samtliga deltagare upplevde dock att det är en mycket viktig del, då den negativa självbilden spelar en stor roll i patientens sjukdomsbild.

### Att öka personens självkännet

Flertalet deltagare beskrev hur den negativa självbilden närmast är som ett ”grundantagande” hos patienten och därmed kan vara svår att påverka. En av deltagarna beskrev vikten av att patienten ges möjlighet till att få en annan förståelse av att självbilden är föränderlig och därmed går att påverka till det bättre, genom ett djupare arbete.

*”Kanske också att våra patienter själva blir medvetna om att det är så här. Många har varit sjuka länge, dom har aldrig, dom har haft det här så länge så att dom. Jag tror inte att dom själva är medvetna om att det kan vara på ett annat sätt” (Deltagare 3).*

Ytterligare en deltagare uppgav vikten av att informera patienten om hur negativa livshändelser påverkar självkänslan, samt vilka symtom som den specifika ätstörningen generellt genererar. På detta sätt kunde patienten nå en djupare förståelse för sitt mående, samt synen och sitt agerande mot sig själv. Genom en ökad kunskap kring sin situation och patientens egen möjlighet till att påverka den, kunde patientens förmåga till självhjälp förbättras, enligt en av deltagarna.

Flertalet deltagare beskrev hur patienten behöver bli mer medveten om hur hen ser på sig själv, för att kunna förbättra sin självbild. Tre deltagare beskrev hur sjuksköterskan kunde vara behjälplig genom att tillsammans med patienten höja blicken och nå en vidgad vy över patientens situation. En av deltagarna samtalande även kring vilka personer som patienten jämför

sig med både i sin omgivning och i sociala medier, för att därmed påverka hur de ser på sig själva.

*”Att göra dem uppmärksamma på, hur dom ser på sig själva och vilka de jämför sig med” (Deltagare 1).*

Enligt en deltagare kunde patienten genom en ökad självkänedom lära känna sig själv ur ett större perspektiv och successivt tillåta sig att även se de positiva egenskaper som hen faktiskt också besitter. En annan deltagare beskrev även hur en ökad tillit successivt kunde göra så att patienten vågar minska sin självkontroll och därigenom också lära känna sig själv bättre. En av deltagarna tar upp hur en självvärderingscirkel kan hjälpa patienten till att nå en större förståelse kring sig själv och vad som är av vikt i livet, utöver kropp och vikt, som familj, vänner och fritidsintressen.

*”(...) den här självvärderingscirkeln hur man uppfattar då kring kropp och vikt, familj, vänner, fritidsintressen och sådant” (Deltagare 6).*

*”Om dom har kommit på fler saker om sig själv som man kan se lite mera av sig själv och också, a, det kommer in mer värden i livet inte bara mat och figurfixering” (Deltagare 5).*

### **Att lära känna och hantera sina känslor**

Ingen av deltagarna ansåg att de specifikt arbetar med patientens självbild. Dock beskrev samtliga deltagare att de kunde ta hjälp av olika material, för att på sikt kunna påverka personens självbild.

Flertalet deltagare använde sig av böcker som 'När det hälsosamma blir ohälsosamt', 'En fickbok för bättre självkänsla' och 'Mattillåtet', där det finns olika hemuppgifter och självhjälpdelar. Deltagarna beskriver hur uppgifterna hjälper patienten till att utmana sig och att våga mer. Patienten får därmed även stöd i att kunna vara i olika känslor och känna att det är hanterbart. För patienten kan övningarna också handla om att börja tro på sig själva och sin framtid. Deltagarna beskrev vikten av att patienten själv genomför övningarna för att sedan i samtal reflektera tillsammans med sjuksköterskan, något som var extra viktigt när patienten befann sig i öppenvård. En deltagare beskriver även hur psykoedukationsgrupper, där patienten till exempel får prata om olika känslor, är en del av omvårdnaden.

*”Dom tror ju inte att dom klarar någonting (...) Tankarna är så starka så dom inte vågar gå emot och göra utmaningar (...) vill inte gå emot ångesten och ju mer ångest, ju starkare ångesten är desto lägre blir ju självkänslan” (Deltagare 3).*

*”Utan när man kommit in och börjar prata om känslor och vad känslor är för någonting och att alla känslor behövs. Hur man kan visa det, då inte bara med pratet utan med kroppen också det” (Deltagare 4).*



*”Men mycket i att ge dem kunskap så att dom kan förändra men det krävs att jag berättar väldigt många gånger vad dom skall jobba med, hur dom kan arbeta med det för att dom skall kunna förändra. En slags hjälp till självhjälp. Som dom har resten av livet liksom” (Deltagare 5).*

Tre deltagare framhöll vikten av att stödja patienten till att sätta ord på sina känslor, få en förståelse för människans grundläggande känslor, dess vikt och funktion samt att ge patienten insikt om de impulser som känslorna många gånger skapar. En av deltagarna beskrev hur de använder “memokort” som hjälpmedel till att arbeta med affekthantering, som att hantera obehagliga känslor och reglering av impulser.

En deltagare beskrev att sjuksköterskan kan bidra till att vidmakthålla känslor av skuld och skam, genom att aldrig tycka att det som patienten gör duger fullt ut.

### **Att öka självkärlek och självacceptans**

Flertalet deltagare beskrev hur faktorer som stärker patientens kärlek till sig själv och även sin självacceptans kan påverka självbilden positivt. Enligt tre deltagare kunde det innebära att sjuksköterskan fungerar som ett stöd till att patienten successivt lär känna sig själva bättre genom att lära sig lyssna till sina egna behov. En deltagare tog även upp vikten av att stötta patienten till att börja våga ta plats och att sätta tydliga gränser mot andra. Det var även viktigt att patienten fick upp ögonen för vilka krav de har på sig själva och om de är rimliga.

*”För att må bra resten av livet att det liksom är viktigt att man hittar sig själv och att man kan få liksom en balans i livet och att man, få en acceptans över en själv och känna att man, jag är den jag är (...) Som man säger: duger lika bra som alla andra. Alltså det är ju en jätteviktig del, tycker jag” (Deltagare 4).*

*”Man jobbar också mycket med att sätta gränser mot andra och liksom även det här att vilka krav har jag på mig själv och är dom rimliga och vad funkar” (Deltagare 6).*

### **Att bryta negativa tankar och minska självkritik**

En deltagare ansåg det viktigt att arbeta med patientens negativa och ofta automatiska tankemönster för att på sikt kunna öka personens positiva tankar kring sig själv. En deltagare uppgav att sjuksköterskan i många fall kan bidra till att vidmakthålla patientens självkritik genom att inte alltid vara helt nöjd med de framsteg som patienten gör, i hopp om att nå ett snabbare tillfrisknande. Sjuksköterskan behöver bli medveten om detta, för att kunna göra förändringar i mötet med patienten. En deltagare var uppmärksam på att inte bekräfta den negativa uppfattningen som patienten har om sig själv och att istället hjälpa personen att vidga sin vy. Det handlar även om att hjälpa patienten att värdesätta sig själv på andra sätt än enbart utifrån mat och figur.

*”Vi sitter ju aldrig på ett samtal och säger å vad bra allting har gått och klappar i händerna utan det finns alltid någonting, okej vad kunde gått bättre” (Deltagare 2).*

### **Att få psykosocialt stöd**

En deltagare uppgav att ett psykosocialt stöd var viktigt samt att det finns ett fungerande skyddsnät, bestående av både vänner och familj, runt patienten, något som sjuksköterskan kan stödja. En deltagare beskrev även vikten av att miljön runt patienten är av positiv karaktär.

*”När man har ett gott skyddsnät runt dig och vänner och familj då, då minskar risken för att du skall, att du skall må psykiskt dåligt, miljön och omgivningen och relationerna” (Deltagare 1).*

### **Att utgå från ett individuellt perspektiv**

Samtliga deltagare framhöll olika former av individanpassad omvårdnad. För att påverka och stärka patientens självbild beskrev flera av deltagarna att de genom att sätta sig in i patientens perspektiv kunde göra en individuell bedömning av patientens självbild. Flera deltagare beskrev hur de utifrån patientens självkänsla både anpassade sitt sätt att tala till patienterna och vilka krav som gick att ställa.

*”Vi individanpassar väldigt mycket beroende på vad patienten varit med om. Är det trauma eller relationsproblematik, man anpassar utefter patienterna, det som håller ätstörningen vid liv” (Deltagare 1).*

*”Det blir ju lite utifrån varje patient men ofta så har dom väldigt liknande behov vad det gäller att jobba med sin självkänsla” (Deltagare 5).*

Flera deltagare uppgav att de genom ett aktivt lyssnande kunde sätta patienten och omvårdnaden i centrum och därmed utgå ifrån varje enskild individ och dess behov. Två deltagare beskrev hur samtalet anpassas utefter var patienten befinner sig, detta genom att fånga upp det som patienten uttrycker som svårast, bena upp det och sedan ta en sak i taget.

*”Det handlar mycket om att läsa av och få en tillit och försöka lägga sig på den nivån patienten är. Och hitta liksom hur man kan prata och var man kan börja och vart man kan börja nysta lite eller vart man (...)” (Deltagare 4).*

Tre av deltagarna uttryckte även vikten av att ha en bra relation och att skapa allians med patienten. En deltagare beskrev att fokus läggs på att stärka varandra i mötet och att skapa förtroende, så att patienten vågar börja med behandling. På det viset kan patienten även få en bekräftelse på att de professionella står på deras sida, vilket skapar tillit. En deltagare betonade vikten av att visa empati och att vara tydlig. En deltagare beskrev även vikten av transparens i behandlingen.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Vald metod syftade till att synliggöra och skapa förståelse om innebörden av de erfarenheter som sjuksköterskan har av valt fenomen, vilken ansågs lämplig utifrån studiens syfte och frågeställningar (Henricson & Billhult, 2017). Den kvalitativa intervjudesignen passade även bra, då en negativ självbild hos de som lider av ätstörning ansågs utforskad, utifrån sjuksköterskans psykiatriska omvårdnadsperspektiv (Henricson, 2017).

Vid en kvalitativ forskningsintervju är en mindre grupp deltagare med olika erfarenhet kutym (Henricson & Billhult, 2017). Författarnas ambition var till en början att genomföra 6-8 intervjuer. Antalet sjuksköterskor som tillfrågades att delta var cirka 20 stycken, vilket kan anses som en styrka då det gav marginal för bortfall (Danielson, 2017a). Efter sex intervjuer ansåg författarna att tillräckligt med material fanns att tillgå, för att kunna bidra till ett adekvat resultat och att materialet var tämligen mättat (Danielson, 2017a). Olika erfarenheter hos de deltagande sjuksköterskorna, såsom verksamma år som grund- eller specialistsjuksköterska, år inom specialiserad ätstörningsvård samt ytterligare fördjupningskurser, ansågs som en styrka för studiens resultat. Ytterligare en styrka var att flera av de deltagande sjuksköterskorna har erfarenheter av eller arbetar både inom öppen-, sluten- och dagsjukvård, vilket gav svaren ytterligare en dimension (Henricson, 2017).

Författarna upplevde semistrukturerade frågor som gynnsamma för studien. Att inte ha gjort en intervjustudie tidigare kan anses som en svaghet (Henricson, 2017). Studien har dock gett författarna erfarenheter av vikten av bra och riktade frågor men att ändå ha ett öppet sinne för det oväntade. Om frågorna blir för detaljerade och den som håller i intervjun för styrd av de redan förutbestämde frågorna kan detta komma att påverka intervjun negativt (Danielson, 2017a). Begränsningar i studiens tidsram samt rådande Covid-19 pandemi, kan ha haft inverkan på studiens resultat (Henricson, 2017). Utifrån den aktuella situationen var samtliga intervjuer nödgade att ske digitalt och en del vårdgivare var mer överbelastade än andra. En styrka kan ses i att intervjuerna kunnat utökas till vårdgivare utanför regionen för studieorten och att båda författarna hade möjlighet att närvara vid samtliga digitala intervjuer (Danielson, 2017a). En svaghet i studien kan vara att författarna valde formuleringen negativ självbild som övergripande begrepp. I de fall som deltagarna har använt sig av andra närliggande begrepp, har dessa ansetts vara av likartad betydelse och därmed inte ha haft någon större inverkan på resultatet.

Innehållsanalys ansågs lämplig utifrån mängden material och studiens tidsram (Danielson, 2017b). Ett för litet respektive ett för stort antal deltagare kan skapa problem vid analysarbetet och påverka resultatets presentation negativt (Henricson & Billhult, 2017), vilket författarna inte upplevde var ett problem.

I enlighet med den kvalitativa innehållsanalysen kunde analys av material ske allt eftersom, vilket ansågs positivt (Danielson, 2017b). Transkriberingen skedde tämligen omgående, varpå inläsning av materialet kunde ske av båda författarna i dess anslutning. Dataanalysen av materialet genomfördes sedan gemensamt, vilket säkerställer studiens meningsbärande enheter, koder och kategorier. En styrka kan vara att studiens handledare också har varit delaktig till viss del i analysarbetet, vilket även kan stärka studiens trovärdighet (Henricson, 2017).

Tidigare erfarenheter av ätstörningsvård samt egna tolkningar kan påverka studiens pålitlighet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Erfarenheter av att arbeta med personer med ätstörning skiljer sig mellan de båda författarna. Erfarenheterna kan ses både som en svaghet och en styrka, i form av fördjupad kunskap men också i form av ett öppet sinne. Förutom författarna har endast handledare haft tillgång till intervjuerna vilket kan ses som en svaghet när det gäller bekräftelsebarhet (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Författarna har i ett tidigt skede, reflekterat över nyttan av tilltänkt forskning. Tidsmässiga, ekonomiska och personella resurser har vägts mot nyttan av studien, vilket således är punkter som har begrundats under aktuell studie (Cöster, 2014). Forskningsetiken har följts utifrån rådande lagar och förordningar, beskrivna i metodavsnittet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Etiskt dilemma har funnits i form av att pågående pandemi har förorsakat överbelastningar inom vården, varpå författarna har reflekterat kring och varit införstådda med att intervjuprocessen inte har kunnat påskyndas.

## Resultatdiskussion

Resultatet mynnade ut i två kategorier; *Att få förståelse för patientens självbild* och *Att få förståelse för hur självbilden stärks*. Resultatet svarar an på syftet, vilket var att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med patientens negativa självbild, i omvårdnaden av personer med ätstörning.

### **Att få förståelse för patientens självbild**

I resultatet framkom att sjuksköterskan uppmärksammar den negativa självbilden i varierande grad, genom att patienten exempelvis uppvisar självhat, självförsummelse och känslor av skuld. Sjuksköterskans erfarenheter är att det finns ett starkt samband mellan en negativ självbild och ätstörning. Detta stämmer överens med tidigare forskning som menar att en negativ självbild i olika utsträckning är vanligt hos personer med ätstörning och påverkar både graden av ätstörningssymtom och patientens tillfrisknande (Alfoukha m.fl., 2019; Björck m.fl., 2003; Fenning m.fl., 2008; Forsen Mantilla & Birgegård, 2015).

I intervjuerna framkom en tydlig bild av att sjuksköterskan, i samtal med patienten, uppmärksammar både symtom och tecken på en negativ självbild och därmed visar på klinisk erfarenhet av fenomenet. Det fanns även en medvetenhet kring att självbilden hos de som lider av en ätstörning ofta är ett stort hinder för patientens återhämtning. Dock var bedömningen ostrukturerad, utan tydliga rutiner, och inga befintliga bedömningsinstrument, specifika intervjuer eller omvårdnadsdiagnostik användes. Genom att sjuksköterskan blir mer

uppmärksam om ämnet och dess bedömning, kan sjuksköterskan ihop med patienten skapa långsiktiga mål i behandlingen som resulterar i att patienten ökar sin självacceptans och självkärlek samt minskar sitt självhat och sin självkritik.

Det framkom av intervjuerna att det finns en otydlighet i begreppet ”negativ självbild” och att ingen enhetlig definition fanns. Den negativa självbilden kunde uttryckas på olika sätt och med olika begrepp, som låg självkänsla. Denna otydlighet antas kunna leda till svårigheter när ämnet diskuteras, både med patienten och mellan vårdpersonal. Samtliga sjuksköterskor sade dock att det var ett viktigt ämne men att det fanns behov av mer kunskap, både hos dem själva men även generellt. Resultatet visade att det finns ett behov av ett mer strukturerat arbetssätt och vikten av ett gemensamt språk, vilket sedan tidigare är ett känt problem inom vård och omvårdnad (Rusner, 2020; Socialstyrelsen, 2019). Vid bedömning och upprättande av vårdplan kan sjuksköterskan använda sig av strukturerade metoder, som exempelvis NANDA (Herdman, 2019).

Resultatet visade även att kunskap om negativ självbild samt dess samband till ätstörning är viktigt och relevant, för att kunna få en helhetsbild och en förståelse för patienten. Detta är således faktorer av betydelse att ta med i bedömningen.

### **Att få förståelse för hur självbilden stärks**

Sjuksköterskorna uttryckte att patientens självbild kunde vara svår att påverka och att det i omvårdnaden inte fanns några tydliga strukturerade metoder för att stärka patientens självbild. Det framkom dock att sjuksköterskan på olika sätt, både i bemötande och i samtal, använde sig av olika strategier för att förbättra patientens självbild. Enligt tidigare forskning är självbilden föränderlig och i ständig ’rörelse’ (Björck m.fl., 2007). Av resultatet framkom att sjuksköterskan kan påverka självbilden genom att öka patientens självkänedom men också genom att patienten erhåller information och en djupare kunskap kring självbilden, vilket ger en ökad medvetenhet hos patienten. Psykoedukation kan ske i form av att medvetandegöra och omformulera patientens tankemönster av negativ karaktär, vilket kan röra sig om övergeneraliseringar, nedvärderingar av patienten själv eller andra, för att försvara sin egen självbild, samt skuldbelägning (Herdman, 2019; Wiklund Gustin, 2012).

Enligt sjuksköterskan kunde självbilden även förbättras genom att patienten ges möjlighet till att lära känna och kunna hantera sina känslor men även genom en ökad självkärlek och självacceptans. Resultatet styrks av tidigare forskning, där en förbättrad självbild, i form av ökad självkärlek, kan leda till goda behandlingsresultat av ätstörningar (Forsén Mantilla m.fl., 2019). Enligt ytterligare forskning finns även ett tydligt samband mellan emotionsreglering och självbild, då svårigheter med emotionsreglering påverkar ätstörningen via ens inre vanemässiga självbehandling. Både emotionsreglering och självbild anses därmed vara viktiga mekanismer att adressera i behandlingen (Monell, Högdahl, Mantilla & Birgegård, 2015).

Resultatet visade att sjuksköterskan behöver bli medveten om att inte omedvetet förstärka den negativ självbilden. Ett negativt bemötande och skuldbelägning av personal kan ge

konsekvenser för patientens behandlingsresultat (Björck m.fl., 2007) och så länge sjuksköterskan bekräftar den negativa självbilden är den också svår att förändra (Björck m.fl., 2003).

I resultatet framkom att egenvård är en del av behandlingen. Flertalet sjuksköterskor använder sig av material, såsom böcker, där patienten stöds till att utmana sig själv, våga mer, ställa rimliga krav på sig själv och till att kunna vara kvar i olika känslor. Deltagarna beskrev att det var viktigt att patienten själv genomförde övningar, för att sedan i samtal kunna reflektera tillsammans med sjuksköterskan. Begreppet egenvård har förutom en nära koppling till upplevelsen av delaktighet, autonomi och personliga mål en koppling till känslan av egenvärde och ökad självkänsla (Marshall m.fl., 2009; Pratt, m.fl., 2009).

Resultatet visade att samtliga deltagare utgick ifrån individuell omvårdnad. Utgångspunkten i den psykiatriska omvårdnaden är att se individen som en självständig person (Ekman & Norberg, 2013). I omvårdnaden kan sjuksköterskan få en förståelse för patientens behov men också skapa förutsättningar till att stärka och stödja patienten till hälsa och ett ökat välbefinnande (Dahlberg & Segersten, 2010). För att inte bara förstå patientens behov utan för att stödja ömsesidig förståelse måste sjuksköterskan vara närvarande och lyhörd såväl som reflekterande (Donner & Wiklund Gustin, 2020). Det är genom patientens egen berättelse, verbalt, via kroppsspråket och det som läses mellan raderna, som förutsättningar för den personcentrerade vården skapas (Ekman & Norberg, 2013; Kristensson Ugglå, 2014), vilken också ökar möjligheten till både reflektion och en djupare förståelse hos både personal och patienten själv. Om hälsa kan förstås som upplevelsen av att vara kapabel till förändringar, till att nå en balans i livet och till en meningsfull tillvaro, ökar dessutom möjligheten till att individen ses som någon med resurser och som att vara kapabel till både mindre och större förändringar (Barker & Buchanan Barker, 2005; Dahlberg & Segersten, 2010).

Genom tidvattenmodellen av Barker och Buchanan Barker (2005) kan teori och praktik förankras och ge värdefulla redskap i utformandet av omvårdnaden. Teorin går i linje med personcentrerad vård och stödjer patienten till att hitta sig själv och sin egen väg till hälsa (Barker & Buchanan Barker, 2005; Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

## **Slutsatser och implikation**

Att specialistsjuksköterskan är medveten om och aktivt medverkar till att förbättra patientens självbild, så tidigt som möjligt i omvårdnaden av de som lider av en ätstörning, är av stor vikt.

Studien bidrar till att belysa ett viktigt ämne och till fördjupad kunskap kring sjuksköterskans erfarenheter av att vårda personer med en negativ självbild. Det framkom i studien att kunskapsluckor finns både i bedömning och åtgärder. Sjuksköterskan behöver utökad kunskap för att kunna arbeta på ett mer strukturerat arbetssätt med patientens självbild, i den psykiatriska omvårdnaden.

Ytterligare forskning behövs utifrån sjuksköterskans omvårdnadsperspektiv men även utifrån patientens erfarenheter av omvårdnaden. Vikten av en förbättrad självbild hos personer med psykisk sjukdom kan också behöva belysas i utbildningen av specialistsjuksköterska inom psykiatrisk omvårdnad.

## Referenslista, enligt APA

- Alfoukha, M. M., Hamdan-Mansour, A. M. & Banihani, M. A. (2019). Social and psychological factors related to risk of eating disorders among high school girls. *The journal of school nursing*, 35(3), 169-177. doi: 10.1177/1059840517737140.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association [APA] (2017). *Eating disorders*. Hämtad 2020-10-14 från <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C. & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: a systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 156-167. doi: 10.1016/j.cpr.2012.10.009.
- Arcelus, J., Mitchell, A., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Is there an elevated mortality rate in anorexia nervosa and other eating disorders? A meta-analysis of 36 studies. *Archives in General Psychiatry*, 68(7), 724–731. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
- Barker, P. (red), (2009). *Psychiatric and Mental Health Nursing. The craft of caring*. London: Hodder Arnold Education. Hämtad 20-12-15 från: [http://sbmu.ac.ir/uploads/%5BPhil\\_Barker%5D\\_Psychiatric\\_and\\_Mental\\_Health\\_Nursin\(BookFi.or.pdf](http://sbmu.ac.ir/uploads/%5BPhil_Barker%5D_Psychiatric_and_Mental_Health_Nursin(BookFi.or.pdf)
- Barker, P. J. & Buchanan Barker, P. (2005). *The tidal model - a guide for mental health professionals*. London: Routledge.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behaviour (SASB). *Psychological Review*, 81, 392-425. doi: 10.1037/h0037024.
- Bezance, J., & Holliday, J. (2013). Adolescents with Anorexia Nervosa Have Their Say: A Review of Qualitative Studies on Treatment and Recovery from Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 352-360.
- Björck, C., Björk, T., Clinton, D., Sohlberg, S. & Norring, C. (2008). Self-image and treatment drop-out in eating disorders. *Psychology and psychotherapy: research and practice*, 81(1), 95-104. doi: 10.1348/147608307X224547.
- Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S., Hällström, T. & Norring, C. (2003). Interpersonal profiles in eating disorders: Ratings of SASB self-image. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(4), 337-349. doi: 10.1348/147608303770584719



- Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S. & Norring, C. (2007). Negative self-image and outcome in eating disorders: Results at 3-year follow-up. *Eating Behaviours*, 8(3), 398-406. doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.12.002
- Clinton, D. & Norring, C. (2002). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och kultur.
- Codex. (2020). *Regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad 2020-09-30 från <http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>
- Conse, J. & Lundin, L. (2012). Anhöriga och närstående. I L. Lundin & Z. Mellgren (red.), *Psykiska funktionshinder: Stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar* (s. 43-60). Lund: Studentlitteratur.
- Cullberg Weston, M. (2005). *Ditt inre centrum - Om självkänsla, självbild och konturen av ditt själv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet - vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber.
- Dahlberg, K. & Segersten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Danielsson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143-154). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017b). Kvalitativ Innehållsanalys. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 285-299). Lund: Studentlitteratur.
- Donner, L. & Wiklund Gustin, L. (2020). Navigating between Compassion and Uncertainty - Psychiatric Nurses' Lived Experiences of Communication with Patients Who Rarely Speak. *Issues in Mental Health Nursing, Vol. ahead-of-print(Ahead-of-print)*, 1-10. doi: 10.1080/01612840.2020.1793246.
- Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (red.) *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 29-61). Lund: Studentlitteratur.
- Etikprövningsmyndigheten. (2020). *Stödmodell forskningspersonsinformation*. Hämtad 2020-09-30 från <https://etikprovningmyndigheten.se/startside/stoedmall-forskningspersonsinformation-med-gdpr/>

- Evans, F. B. (1996). *Harry Stack Sullivan. Interpersonal Theory and Psychotherapy*. London: Routledge.
- Fairburn, C. (2017). *Att övervinna hetsätning: Ett vetenskapligt utvärderat behandlingsprogram*. Natur & Kultur, Stockholm.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders: a “Transdiagnostic” Theory and Treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8.
- Fenning, S., Hadas, A., Itzhaky, L., Roe, D., Apter, A. & Shahar, G. (2008). Self-criticism is a key predictor of eating disorder dimensions among inpatient adolescent females. *International journal of eating disorders*, 41(8), 762-765. doi: 10.1002/eat.20573.
- Forsén Mantilla, E. & Birgegård, A. (2015). The enemy within: The association between self-image and eating disorder symptoms in healthy, non-help-seeking and clinical young women. *Journal of Eating Disorders*, 3(30). doi: 10.1186/s40337-015-0067-x.
- Forsén Mantilla, E., Norring, C. & Birgegård, A. (2019). Self-image and 12-month outcome in females with eating disorders: extending previous findings. *Journal of Eating Disorder* 7(15). doi: 10.1186/s40337-019-0247-1.
- Granheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures, and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gurtman, M. B. (2001). Interpersonal Complementarity: Integrating interpersonal measurement with interpersonal models. *Journal of Counselling Psychology*, 48, 97-110. doi: 10.1037//O022.QUW.4MS7
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s.411-473). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 111-120). Lund: Studentlitteratur.
- Herdman, T. H. (2019). *NANADA International. Omvårdnadsdiagnoser: definitioner och klassifikation 2018-2020*. Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nurses [ICN]. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2020-09-30 från: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20eng.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf)

- Kelly, A. C., Carter, J. C. & Borairi, S. (2014). Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes? *International journal of eating disorders*, 47(1). doi: 10.1002/eat.22196
- Keski-Rahkonen, A. & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345. doi: 10.1097/YCO.0000000000000278
- Kristensson Uggla, B. (2014). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrerad inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.). *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (s. 21-68). Stockholm: Liber.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.
- Leaviss, J. & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927-945. doi: 10.1017/S0033291714002141
- Lundin, L. & Möller, N. (2012). Kognitiva funktionsstörningar. I L. Lundin & Z. Mellgren (red.), *Psykiska funktionshinder: Stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar* (s. 99-162). Lund: Studentlitteratur.
- Marshall, S., Oades, L. & Crowe, T. (2009). Mental health consumers' perceptions of receiving recovery-focused services. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(4), 654-659. doi:10.1111/j.1365-2753.2008.01070.x
- Monell, E., Högdahl, L., Mantilla, E. F. & Birgegård, A. (2015). Emotion dysregulation, self-image and eating disorder symptoms in University Women. *Journal of eating disorders*, 3, 44. doi: 10.1186/s40337-015-0083-x
- Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.
- National institute for health and care excellence [NICE]. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment*. Hämtad 2020-10-14  
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>
- Norring, C. (2008). Self-image and treatment drop-out in eating disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory*, 81(1), 95-104. doi: 10.1348/147608307X224547.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. New York: Mosby.

- Pratt, R., Halliday, E. & Maxwell, M. (2009). Professional and service-user perceptions of self-help in primary care mental health services. *Health & Social Care in the Community*, 17(2), 209-215. doi:10.1111/j.1365-2524.2008.00819.x
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Hämtad 2020-09-16 från [https://psykriks.se/wp-content/uploads/2018/07/Kompetensbeskrivning\\_specialist\\_psykiatri.pdf](https://psykriks.se/wp-content/uploads/2018/07/Kompetensbeskrivning_specialist_psykiatri.pdf)
- Psykiatristöd. (2017). *Ätstörningar*. Hämtad 2020-09-29 från [https://psykiatristod.se/regionala-varprogram/atstorningar/epidemiologi?expand\\_box=true&query=%C3%A4tst%C3%B6rning](https://psykiatristod.se/regionala-varprogram/atstorningar/epidemiologi?expand_box=true&query=%C3%A4tst%C3%B6rning)
- Pullmer, R., Coelho, J. & Zaitsoff, S. (2019). Kindness begins with yourself: The role of self-compassion in adolescent body satisfaction and eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 52(7), 809-816. doi: 10.1002/eat.23081
- Ramklint, M. (2016). Ätstörningar. I J. Herlofson (red.), *Psykiatri* (s. 443-452). Lund: Studentlitteratur.
- Rusner, M. (2020). Samtal som gör livet med bipolär sjukdom mer hållbart. I K. Dahlbergs (Red.) *Läkande samtal* (s. 183-202). Stockholm: Liber
- Ryum, T., Vogel, P. A., Walderhaug, E. P. & Stiles, T. C. (2015). The role of self- image as a predictor of psychotherapy outcome. *Scandinavian journal of psychology*, 56, 62-68. doi:10.1111/sjop.12167
- SFS 1992:1434. *Högskolelagen*. Stockholm. Utbildningsdepartementet.
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D. & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence, and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. doi:10.1007/s11920-012-0282-y.
- Socialstyrelsen. (2019). *Vård av ätstörningar - Aktuellt kunskapsläge och behov av kunskapsstöd hos hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2019). *Ätstörningar. En sammanställning av systematiska översikter av kvalitativ forskning utifrån*

*patientens, närståendes och hälso- och sjukvårdens perspektiv*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering: Stockholm.

- Tomkins, S. S. (1962). *Affect, imagery and consciousness, Vol: 1: The positive affect*. New York. Springer.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect, imagery and consciousness, Vol: 2: The negative affect*. New York. Springer.
- Trace, S. E., Baker, J. H., Penás-Lledó, E. & Bulik, C. M. (2013). The genetics of eating disorders. *Annual review of clinical psychology*, 9 (589-620). doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185546
- Watson, H. J. & Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine*, 43(12), 2477–2500. doi: 10.1017/S0033291712002620
- Watson, H. J., Yilmaz, Z., Thornton, L.M, Hübel, C., Coleman, J. R.I., Gaspar, H. A., ... Bulik, C. M. (2019). Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nature Genetics*, 51, 1207-1214. doi: 10.1038/s41588-019-0439-2
- Wallin, U., Sandeberg, A., Nilsson, K., Linné, Y. & Svenska psykiatriska föreningen (2015). *Ätstörningar: Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. *Svensk psykiatri*, 16. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen och Gothia fortbildning.
- Wiklund Gustin, L. (2012). *KBT i omvårdnadsarbetet, om meningsskapande i gemenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund Gustin, L. (2015). *Psykologi för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund Gustin, L. (2017). Förståelse och personcentrerad vård inom psykiatrisk omvårdnad. I K. Dahlberg & I. Ekman (Red.), *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård* (s. 243-269). Stockholm: Liber.
- Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

# Bilaga 1



## SAHLGRENSKA AKADEMIN

### Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Proprefekt Carina Sparud Lundin

*Besöksadress:* Arvid Wallgrens Backe 1

*Postadress:* Box 457, 405 30 Göteborg

*Telefon:* +46 31 786 6389

*E-post:* carina.s-lundin@fhs.gu.se

### INFORMATION OM EXAMENSARBETEN

2020-09-30

1 / 2

Berörda verksamhetschefer

## Studenters examensarbete på avancerad nivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på avancerad nivå inom ramen för akademisk yrkesexamen till specialistsjuksköterska och barnmorska. Institutionen erbjuder också fristående kurser i genomförande av självständigt arbete. Det självständiga examensarbetet omfattar 15 respektive 30 högskolepoäng och ingår i en generell magister- eller masterexamen i huvudområdet omvårdnad, radiografi och vårdpedagogik.

Examensarbetet kan utgöras antingen av en empirisk studie med datainsamling inom valt verksamhetsområde, eller som en tänkt projektplan vars genomförande prövas i en pilotstudie, eller som ett delarbete i ett pågående forsknings- eller verksamhetsutvecklingsprojekt. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten och för specialistutbildningen i anslutning till studenternas verksamhetsförlagda utbildning (VFU) inom valt program.

Lag om etikprövning av forskning (2003:460) innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. I lagen definieras forskning som vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, *dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller på avancerad nivå*. Examensarbeten enligt ovan omfattas inte av etikprövning och därför krävs inte heller tillstånd av etikprövningsnämnd. Det innebär dock inte att de forskningsetiska frågorna lämnas därhän. Utifrån tydliga lärandemål gör studenterna forskningsetiska överväganden och skriver en forskningspersonsinformation enligt centrala etikprövningsnämndens riktlinjer.

Såväl forskningsetiska överväganden som forskningspersonsinformation (FPI) diskuteras på seminarium och godkänns av handledare för examensarbetet.

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall därför inhämta tillstånd från verksamhetschef eller motsvarande för att kunna genomföra sin planerade studie. De skall också lämna en godkänd FPI till tilltänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. Forskningspersoner som väljer att delta i studien skall ge muntligt samtycke och vara klara över att deltagandet är frivilligt när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför.

I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt skall studenten uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar

Carina Sparud Lundin

## Bilaga 2

Göteborg, den 5 okt, 2020



Bästa kollega!

Du inbjuds härmed till att delta i en intervjustudie där syftet är att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med patientens självbild, vid omvårdnad av patienter med ätstörningsproblematik.

Ni som inbjuds till studien är legitimerade sjuksköterskor som arbetar antingen inom öppen- eller slutenvård med patienter som lider av en ätstörning. Vi som genomför studien är legitimerade sjuksköterskor som vidareutbildar oss till specialistsjuksköterskor med inriktning psykiatrisk omvårdnad vid Göteborgs Universitet.

Deltagande i studien är frivillig, även om vi självklart hoppas att så många som möjligt av Er vill delta. Genom att tacka ja till en intervju ger du samtidigt ditt samtycke till att delta i studien men har all rätt att avbryta din medverkan om Du så önskar. Tid och plats för intervjun kommer att ske enligt separat överenskommelse och utefter enskilda önskemål. Beräknad tid för intervjun är ca 30 minuter. Intervjuerna kommer att bandas och samtliga intervjumaterial förvaras oåtkomligt för andra än författarna och raderas så snart uppsatsen är klar. Samtliga personuppgifter kommer att handläggas enligt dataskyddsförordningen (GDPR) och författarna har sekretess.

Resultatet kommer att presenteras i en magisteruppsats samt publiceras på Göteborgs Universitets hemsida som alla studenter har tillgång till. För att få styrka och kvalitet i vår studie önskar vi självklart att så många som möjligt vill vara med och medverka. Svaren hoppas vi ska kunna ge värdefull kunskap om hur sjuksköterskan kan stärka patientens självbild, i omvårdnaden av personer med en ätstörning.

Finns det någonting Du undrar över gällande studien, så är ni mer än välkomna att kontakta oss. Meddela ditt intresse så snart som möjligt genom att kontakta oss via e-post eller mobil, senast 12 oktober 2020, för att boka en tid för intervju.

Tack för visat intresse!

Med vänliga hälsningar  
Karin Lindh och Therese Young

Karin Lindh, Leg. Sjuksköterska  
Specialistutbildning psykiatri

Therese Young, Leg Sjuksköterska  
Specialistutbildning psykiatri



Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Göteborgs Universitet

Epost: k.c.lindh@gmail.com

Mobil: 0705-381650

Institutionen för vårdvetenskap och  
hälsa

Göteborgs Universitet

Epost: tyoung@telia.com

Mobil: 0730-246919

# Bilaga 3

## INTERVJUFRÅGOR

### INLEDNING

År som ssk, specialist ssk, tid inom ätstörningsvård, tid på denna enhet, KBT utbildning

**Hur skulle du beskriva begreppet självkänsla?**

**Hur skulle du beskriva begreppet negativ självbild?**

-Använder du/ni begreppet självkänsla och/eller självbild?

### BEDÖMNING

**Hur skulle du beskriva att negativ självbild yttrar sig hos personer med**

**ätstörningsproblematik?** (Relationen mellan självbild och ätstörningsdiagnoser?)

-Ses några ”generella mönster”?

-Vad är specifikt för diagnos/enskild patientgrupp?

-Upplever du att detta är ett återkommande problem?

**Hur manifesteras symptom/tecken?** (Tankar-Känslor-Beteende-Kroppen)

**Hur medveten är patienten/du om självbilden?**

-Hur kommuniceras det? (Hur pratar du med patienten om det, ge exempel)

**Hur manifesteras den negativa självbilden? ang:**

-självkritik

-självhat

-självacceptans

-självförsummelse

-skuldbeläggande

-självkontroll

**Vilka konsekvenser kan en negativ självbild skapa för patienten?**

**På vilket sätt görs en bedömning av patientens självbild?**

- Använder du dig av skattningsformulär vid bedömning av självbilden och i så fall vilka?

SASB? NANDA/Annat diagnossystem?

**Om inte, gör du en bedömning av patientens självbild på annat sätt istället?**

**Om ingen bedömning görs, reflekterar du ändå över patientens självbild i mötet med patienten?**

### ÅTGÄRDER

**Upplever du att ni fokuserar på patientens självbild i behandlingen/omvårdnaden av patienten hos dig som sjuksköterska?**

**Vilka åtgärder tänker du skulle kunna stärka patientens självbild?**

-Kan du påverka patientens självbild?

**Hur tänker du att självbilden kan påverka relationen (interaktionen?) mellan dig som behandlare och patienten?**

**Hur skulle du kunna utveckla arbetet med att bearbeta patientens självbild?**

**Nu när vi pratat om detta, vad tänker du då kring ämnet?**

**Är det något annat du vill tillägga?**