



HÖGSKOLAN  
I HALMSTAD

# KANDIDATUPPSATS

Sjuksköterskeprogrammet 180hp



Patientens upplevelse av vård vid  
hetsätningsstörning.

En litteraturstudie utifrån patientens perspektiv.

Filippa Gyllensvaan och Said Al-Hasani

Omvårdnad - Vetenskapligt arbete 15hp

Varberg 2017-05-24

# **Patientens upplevelse av vård vid hetsättningsstörning**

En litteraturstudie utifrån patientens perspektiv.

Författare: **Filippa Gyllensvaan  
Said Al-Hasani**

Ämne **Omvårdnad – Vetenskapligt arbete**  
Högskolepoäng **15hp**  
Stad och datum **Varberg 2017-05-24**

<b>Titel</b>	Patientens upplevelse av vård vid hetsätningsstörning
<b>Författare</b>	Filippa Gyllensvaan & Said Al-Hasani
<b>Akademi</b>	Hälsa och välfärd
<b>Handledare</b>	Hanna Jönsson, Universitetsadjunkt, Fil. Mag. i omvårdnad
<b>Examinator</b>	Elenita Forsberg, Universitetslektor, Med. Dr
<b>Tid</b>	Vårterminen 2017
<b>Sidantal</b>	17
<b>Nyckelord</b>	Hetsätningsstörning, Upplevelse, Vård

## **Sammanfattning**

Hetsätningsstörning är en av de vanligaste ätstörningarna i USA och antalet patienter med hetsätningsstörning ökar konstant. Flertalet patienter väljer att avsluta sin behandling kort efter att de påbörjat den. Anledningen är vanligtvis att relationen mellan sjuksköterska och patient inte fungerat, eller att behandlingen inte är lättillgänglig för patienten. Syftet var att undersöka patientens upplevelse av vård vid hetsätningsstörning. Detta för att öka kunskapen om hur vården uppfattas från patientens perspektiv och för att förbättra vården inom denna sjukdom. Resultatet visade att patienter som drabbats av hetsätningsstörning ansåg att vården var för oböjlig och inte tillräckligt individanpassad. Patienterna menade även på att sjuksköterskan inte alltid verkade förstå deras känslor och tankar de hade kring hetsätningen. Det ansågs positivt att ha en kontaktperson som redan genomgått behandling som komplettering till den standardiserade vården för sjukdomen. Personcentrerad vård och en möjlighet för patienten att sätta upp sina egna mål i behandlingen samt en god kommunikation mellan sjuksköterska och patient ansågs vara de viktigaste åtgärderna för att åtgärda problemen som uppstår när en patient med hetsätningsstörning söker vård.

<b>Title</b>	How patients with Binge-eating disorder experience care.
<b>Author</b>	Filippa Gyllensvaan & Said Al-Hasani
<b>Department</b>	Health and Welfare
<b>Supervisor</b>	Hanna Jönsson, Lecturer, MSN
<b>Examiner</b>	Elenita Forsberg, Senior Lecturer, PhD
<b>Period</b>	Spring 2017
<b>Pages</b>	17
<b>Key words</b>	Binge eating disorder, Experience, Care

## **Abstract**

Binge eating disorder is one of the most common eating disorders in the USA and the number of patients suffering from the disease is constantly increasing. Many patients choose to refrain from treatment shortly after it's begun. The cause for this is usually due to a poor relationship between the nurse and the patient, or that the treatment is not easily accessible by the patient. The aim of the study was to investigate the patients experience of care when suffering from Binge eating disorder. The purpose of this aim was to increase the knowledge about how care is perceived by the patient as well as improve the care for the disorder. The result revealed that patients afflicted by Binge eating disorder considered the care too non-flexible and not adjusted to individual needs. The patients also mentioned that the nurse did not always understand their feelings and thoughts around binge eating. Having a contact person that had already undergone treatment was considered a positive experience. Person-centered care, the possibility for the patient to set up individual treatment goals as well as the communication between the nurse and the patient were considered the most important aspects when treating patients with Binge eating disorder.

## Innehållsförteckning

<b>1:1 Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>2:1 Bakgrund</b> .....	<b>2</b>
2:2 Sjukdomens historia .....	2
2:3 Diagnosen hetsättningsstörning .....	3
2:4 Behandling av hetsättningsstörning .....	3
2:5 Sjuksköterskans roll i vården av patienter som lider av Hetsättningsstörning .....	4
2:6 Problemformulering .....	5
<b>3:1 Syfte</b> .....	<b>5</b>
<b>4:1 Metod</b> .....	<b>5</b>
4:2 Datainsamling .....	5
4:3 Databearbetning .....	7
<b>Forskningsetiska överväganden</b> .....	<b>7</b>
<b>5:1 Resultat</b> .....	<b>8</b>
<b>5:2 Kommunikationens betydelse för god vård</b> .....	<b>8</b>
Personcentrerad vård .....	8
Vårdgivarens kompetens och personcentrerad vård .....	9
Vägledning från andra som drabbats av hetsättningsstörning .....	10
<b>5:3 Hinder och möjligheter i behandlingen av hetsättningsstörning</b> .....	<b>10</b>
Hinder för framgångsrik behandling .....	10
Möjligheter i behandlingsprocessen .....	11
<b>6:1 Diskussion</b> .....	<b>12</b>
<b>6:2 Metoddiskussion</b> .....	<b>12</b>
<b>6:3 Resultatdiskussion</b> .....	<b>14</b>
<b>7:1 Konklusion</b> .....	<b>17</b>
<b>8:1 Implikation</b> .....	<b>17</b>

## Referenser

### Bilagor

Bilaga A: Sökordsöversikt

Bilaga B: Sökhistorik

Bilaga C: Artikelöversikt

## 1:1 Inledning

Kosten har givit upphov till en egen kostkultur där matstunderna blivit sociala ritualer som drar samman familj och vänner (McNicholas, Lydon, Lennon & Dooley, 2009). Kosten har även blivit en form av trend, där kost och vikt kan framhävas som viktiga för att personer ska framstå som attraktiva. Detta tydliggörs i massmedia där nya dieter och intensiva träningsprogram presenteras tillsammans med bilder på smala, vältränade kroppar. Massmedia påverkar individens bild av sig själv redan i grundskolan. Yngre människor är särskilt lättpåverkade och många upplever tidigt en osäkerhet över sin egen kropp på grund av hur den ideala kroppen framställs av media. Denna osäkerhet leder till minskad livskvalitet och ökar risken för att utveckla varierande former av ätstörningar. De tre vanligaste ätstörningarna i världen är anorexia nervosa, bulimia nervosa och hetsättningsstörning, alla utvecklas vanligtvis i tonåren. Av dessa tre är hetsättningsstörning den vanligast förekommande ätstörningen i bland annat USA och antalet som drabbas av sjukdomen stiger konstant (McNicholas et al., 2009).

Hetsättningsstörning eller Binge eating disorder (BED) har blivit ett stort problem i höginkomstländer. I USA lider så många som 2.0% av männen och 3.5% av kvinnorna av hetsättningsstörning, detta gör diagnosen till den vanligast förekommande ätstörningen i USA och siffrorna stiger ständigt i alla höginkomstländer (Juarascio, Manasse, Schuamacher, Espel & Forman, 2017).

Många patienter som lider av hetsättningsstörning avstår från behandling för sin hetsättningsstörning, trots sjukdomens obehagliga symptom. Mycket är fortfarande oklart kring varför patienter väljer att avstå från behandling (Gratwick-Sarll, Bentley, Harrison & Mond, 2016). Föreliggande studie ämnar att undersöka patientens upplevelse av vård för att öka kunskapen om hur personer som drabbats av hetsättningsstörning kan bemötas på bästa sätt av sjuksköterskan. Det ofta är sjuksköterskan som möter dessa personer när de först söker vård (Socialstyrelsen, 2017). Detta kan exempelvis vara på vårdcentraler eller liknande, men sjuksköterskan är ofta delaktig i hela vårdprocessen. Att fånga upp de patienter som väljer att avbryta behandlingen är viktigt för att så många patienter som möjligt ska kunna botas från sin hetsättningsstörning. Att undersöka patientens upplevelse av hetsättningsstörning utgör då en viktig del för att kunna förbättra vården för personer som drabbats av sjukdomen (Socialstyrelsen, 2017).

## 2:1 Bakgrund

### 2:2 Sjukdomens historia

Mat är i många länder en bristvara där människor äter den mat de får tillgång till (The Global BMI Mortality Collaboration, 2016). I höginkomstländer har mat i stället blivit ett problem på grund av dess överflöd i samband med en alltmer stillasittande vardag. Världshälsoorganisationen (WHO) definierar fetma som ett BMI över 30kg/m<sup>2</sup> och övervikt som 25-30 kg/m<sup>2</sup>. I dagens samhälle beräknas 600 miljoner människor lida av fetma, och ytterligare 1,3 miljarder människor lida av övervikt (WHO, 2017). Detta utgör ett stort samhällsproblem då övervikt bland annat kan leda till hjärtproblematik, rörelsesvårigheter och diabetes typ II. Trots att vetskapen om hälsorisker, behandling och kost ökar så minskar inte antalet människor med övervikt, tvärtom ökar övervikten och den korrelerande dödsiffran i alla höginkomstländer (The Global BMI Mortality Collaboration, 2016).

Fetma utgör ett allt större problem och blir allt vanligare. Samtidigt ökar prevalensen av ätstörningar i varierande former (Richard 2005). Fichter och Quadflieg (2016) beskriver att ätstörningar förekommer mest frekvent hos kvinnor, det uppskattas att cirka 13–15% av alla kvinnor i höginkomstländer någon gång i livet drabbas av en form av ätstörning. Den sammanlagda mortaliteten för ätstörningar är högre än för någon annan psykisk sjukdom, som exempelvis depression och schizofreni. Ätstörningar i alla former leder till ökad risk för hälsorisker som exempelvis suicid, en ohälsosam vikt och organsvikt. Dödsfall som kan länkas direkt till ätstörningar inträffar oftast i åldern 30–50 år. De tre vanligaste är anorexia nervosa, bulimia nervosa och hetsättningsstörning (ibid.).

Föreliggande litteraturstudie fokuserar främst på hetsättningsstörning, men nämner även bulimia nervosa då diagnosen för hetsättningsstörning tidigare definierats som ”Non-purging type bulimia” och ”Non specified type eating disorder” och därför har mycket gemensamt med diagnosen för bulimia nervosa (National eating disorder association, 2014). Gratwick-Sarll et al. (2016) beskriver att bulimia nervosa är en form av ätstörning som främst drabbar unga kvinnor. De drabbade personernas självkänsla och självförtroende är ofta mycket svag och deras självbild är många gånger förvrängd. Patienterna lägger stor vikt vid en smal kropp som stämmer in på deras kroppsideal och får skuld känslor då de äter större mängder mat då detta går emot deras ideal, vilket resulterar i att de använder metoder för att rensa ut maten efter intaget. Detta sker vanligtvis genom att inta laxerande medel eller forcera en kräkning. Patienterna kan även försöka kompensera intaget av mat genom att utföra intensiv fysisk träning (ibid.).

## **2:3 Diagnosen hetsättningsstörning**

DSM-5 är ett bedömningsverktyg för att diagnostisera ätstörningar över hela världen, hetsättningsstörning har innan år 2013 definierats som en ”ospecificerad ätstörning” vilket gör att mycket fortfarande är oklart kring sjukdomens behandling och prevalens. År 2013 blev hetsättningsstörning till slut en egen diagnos vilket underlättar för de som drabbats då det är enklare att söka vård för en specifik diagnos. Det underlättar även för framtida forskning, då forskning ofta sker kring specifika diagnoser (Amianto, Ottone, Daga & Fassino, 2015). I DSM-5 definieras hetsättningsstörning som att patienten ska ha hetsätit minst en gång i veckan under tre månader (Juarascio et al., 2017). Hetsätningen i sig karakteriseras av att den drabbade intar föda ovanligt snabbt och i en sådan mängd att denne blir obehagligt mätt. Intaget av föda upphör inte även då det ofta finns en insikt hos den drabbade om att denne redan är mätt. Intaget av föda kan därför fortsätta tills det att den drabbade av rent fysiska skäl inte kan inta mer föda, vid denna tidpunkt upplever den drabbade illamående ofta i samband med skuldkänslor. Hetsätningen följs ofta av en känsla av skam, nedstämdhet och misslyckande, även om patienter som lider av hetsättningsstörning inte har samma kroppsideal som patienter med bulimia nervosa kan de känna att intaget av onormala mängder mat får dem att tappa kontrollen och känna sig annorlunda jämfört med den normativa människan i samhället. Hetsättningsstörning skiljer sig från bulimia nervosa genom att det inte sker någon regelbunden utrensning av maten efter att den intagits. Hetsättningsstörning leder därför vanligtvis till övervikt eller fetma, samt de hälsorisker som detta medför (Juarascio et al., 2017). Orsaken till uppkomsten av sjukdomen är ännu oklar, kunskap finns om att tidigare trauman, stress och genetik har en viss påverkan på uppkomsten av sjukdomen, men mer forskning krävs för att hitta tydligare samband. (Rosenbaum et al., 2015).

## **2:4 Behandling av hetsättningsstörning**

Richard (2005) förklarar att ätstörningar generellt behandlas med någon typ av terapi i kombination med medicinska åtgärder. Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den vanligaste typen av behandling men även andra typer av behandlingar förekommer. Exempelvis gruppterapi, hjälp till självhjälp, motiverande samtal och psykoterapi. Dessutom krävs att patienterna får hjälp med att förstå sin sjukdom och sina symptom. Ibland krävs även medicinsk behandling, specifika dieter eller gastronomisk bypassoperation (ibid.).

Socialt stöd, som exempelvis stöd från sjuksköterskor i form av terapi eller motiverande samtal, är den enda behandlingsmetoden som ger kvarvarande resultat och ökad livskvalitet för patienter med hetsättningsstörning, men ett omfattande antal patienter tillfrisknar aldrig och behandlingen är både tidskrävande och kostsam



(Fichter et al., 2016). Richard (2005) nämner även att sjuksköterskan spelar en viktig roll för att behandlingen ska lyckas, varje patient kräver individanpassad vård då olika patienter kämpar med unika problem. Svårigheter uppkommer därför ofta i behandlingen av ätstörningar och i relationen mellan sjuksköterska och patient (ibid.).

Att söka vård för hetsättningsstörning kan för patienten upplevas som svårt. Det finns känslor av skam över sitt matintag och då diagnosen fortfarande är ny finns det en avsaknad av kunskap hos både patienter och vårdpersonal om hur sjukdomen identifieras. Många patienter uppmärksammas därför aldrig av vården och får heller aldrig någon behandling (Gratwick-Sarll et al., 2016). Behandling av hetsättningsstörningar är många gånger komplicerad och kräver tid samt personcentrerad vård.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den vanligaste och ansedd som den mest effektiva behandlingsmetoden där 50-80% upplever en förbättring efter ett års terapi, återfall och fortsatta problem med hetsätning är dock vanligt och behandlingen är kostsam (Juarascio et al., 2017). Det beräknas att 48% av de som känner en förbättring efter ett år fortfarande lider av hetsättningsstörning efter fyra år. Socialstyrelsen (2017) förklarar att KBT skiljer sig från den mer traditionella beteendeterapin genom att den försöker finna de tankemönster som skapar oro eller obehag hos en individ och lyfta fram dessa för att sedan kunna hitta ett sätt att hantera och avbryta dessa tankar någon gång under tankemönstrets gång (Socialstyrelsen, 2017). KBT grenar ut sig i många typer av terapi, som exempelvis Acceptance and commitment therapy och gruppterapi med flera deltagare. Syftet med behandlingen, oavsett typ, är alltid att hitta ett sätt att hantera ett specifikt tankemönster och få kontroll på detta för att undvika det obehag som vissa tankar kan ge. KBT behandlingar varar vanligtvis fem till 20 veckor (ibid.).

## **2:5 Sjuksköterskans roll i vården av patienter som lider av hetsättningsstörning**

Terapibehandlingarna utförs vanligtvis av terapeuter, men sjuksköterskan agerar ofta som kontaktperson och vårdplanerare för patienter med hetsättningsstörning. Detta är då sjuksköterskor som arbetar med psykiatrisk vård, vilket kan vara allmänsjuksköterskor eller sjuksköterskor som är specialiserade inom psykiatrisk vård (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014) Sjuksköterskor kan dock ha genomgått en utbildning i KBT och får då utföra KBT självständigt (Socialstyrelsen, 2017)

Sjuksköterskan ska arbeta utifrån sex olika kärnkompetenser, personcentrerad vård, samverka i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, säker vård och informatik

(Leksell & Lepp, 2013). Personcentrerad vård blir viktigt för patienter som lider av hetsättningsstörning då de kan ha olika trauman som ligger bakom sjukdomen, att se patienten i hela sin situation blir nödvändigt för att patienterna ska kunna tillfriskna (Gratwick-Sarll et al., 2016). Ett behandlingssätt som blivit allt vanligare de senaste åren är internetbaserade program för hjälp till självhjälp, där sjuksköterskan inte alltid är direkt närvarande i behandlingen, utan mycket utförs självständigt av patienten. Sjuksköterskans kärnkompetens i informatik ställer höga krav på att sjuksköterskan ska behärska både ny teknik i form av nya program för behandling, samt kunna ge patienten nödvändig information om hetsättningsstörning, ibland utan att själv ha träffat den drabbade patienten (Sveriges kommuner och landsting, 2017).

## **2:6 Problemformulering**

Tidigare forskning finns kring hur vårdpersonal upplever vården av patienter som drabbats av hetsättningsstörning, men det saknas fortfarande forskning kring hur behandlingen upplevs av patientern. I dagens läge avsäger sig många patienter behandling, anledningen är inte helt klar och prevalensen av sjukdomen ökar konstant i samtliga höginkomstländer. Det är således av relevans att undersöka patienternas upplevelse av omvårdnaden för att kunna ge fler patienter som drabbats av hetsättningsstörning bättre vård och bättre förutsättningar för ett liv med hög livskvalitet.

## **3:1 Syfte**

Att undersöka patientens upplevelse av vård vid hetsättningsstörning.

## **4:1 Metod**

Studien gjordes i form av en litteraturstudie baserad på Forsberg och Wengströms (2013) tillvägagångssätt för systematiska litteraturstudier.

## **4:2 Datainsamling**

Databaser som använts var Cinahl, Scopus, Pubmed, Psycinfo samt Medline. Cinahl, Pubmed, Psycinfo och Medline användes då de rekommenderas vid systematiska sökningar för examensarbeten inom omvårdnad (Karlsson, 2014). Scopus användes på rekommendation från bibliotikarie för att få med ytterligare omvårdnadsrelaterade

databaser. Sökord som valdes ut från syftet var *hetsättningsstörning*, *Patient*, *Upplevelse*, *Vård* och *Omvårdnad*, dessa översattes sedan till engelska och ytterligare ord lades till för att precisera sökningarna. Vid en första sökning med fritextord användes sökordet *patient*. Detta valdes sedan bort då träffarna inte motsvarade syftet för föreliggande studie. Sökord som användes var *Binge eating disorder*, *Experience*, *Perception*, *Care*, *Intervention* och *Treatment*. Sökorden ställdes upp i en sökordsöversikt, se bilaga A. Booleska operatorer som använts var AND för att avgränsa sökningarna och få fram artiklar som motsvarade syftet (Karlsson 2014). Endast ord i fritext användes då ämnesord gav sökningar som inte var relevanta för syftet eller för få artiklar.

Tre sökningar gjordes initialt i varje databas, där orden Binge eating disorder (BED) alltid användes som första sökord. En första sökning gjordes i databaserna Scopus, Medline, Psycinfo och Pubmed med sökorden "BED AND Experience AND Care", "BED AND Perception AND Treatment" och "BED AND Intervention AND Experience". De sökningar som resulterade i för många träffar togs inte upp i sökhistoriken. I Medline preciserades en sökning på rekommendation från Medlines sökhjälp till "*Binge eating disorder*" "*Intervention*" för att få ett bredare resultat av artiklar kring sökordet *Intervention*. I Cinahl användes "BED AND Intervention" på liknande sätt.

Inklusionskriterier har fastställts till att artiklarna skulle vara peer reviewed samt vara publicerade i en vetenskaplig tidskrift. Artiklarna skulle vara skrivna på eller översatta till engelska samt vara etiskt godtagbara.

Exklusionskriterier fastställdes som att studierna inte skulle vara äldre än år 2007. Artiklarna fick inte heller vara översiktsartiklar. Artiklar som tog upp enbart medicinsk behandling exkluderades då de inte var relevanta för syftet. Även artiklar som endast behandlade hetsätning relaterat till bulimia nervosa exkluderades.

Ett stort antal titlar som endast fokuserade på Hetsätning i samband med bulimia nervosa valdes bort i samtliga databaser på grund av att de inte motsvarade syftet till föreliggande studie. Kvar blev 114 abstracts som sammanställdes i en lista och lästes igenom av båda författarna till litteraturstudien. De abstracts som inte motsvarade syftet valdes bort, de flesta för att de fokuserade på hetsättningsstörning relaterat till bulimia nervosa. Kvar blev 32 abstracts, dessa artiklar lästes sedan i fulltext av båda författarna flera gånger. De artiklar som inte motiverade syftet valdes bort och de kvarvarande 16 artiklarna kvalitetsgranskades enligt Carlsson och Eimans (2003) granskningsmetod för kvalitativa och kvantitativa artiklar. Artiklarna skulle vara av kvalitetsgrad I eller grad II. En artikel togs med trots att den var grad III på grund av att artikeln fortfarande ansågs vara vetenskapligt användbar för studien med innehåll

som motsvarade syftet till föreliggande studie. Kvar blev tio artiklar, varav fyra kvalitativa, fem kvantitativa och en med mixad metod. Artiklarna sammanfattades i en artikelöversikt, se bilaga C.

### **4:3 Databearbetning**

Arbetet inspirerades av Forsberg och Wengströms (2013) metod för databearbetning, där artiklarna åter lästes igenom enskilt av författarna ett antal gånger. Därefter färgkodades och sorterades artiklarnas meningsbärande enheter enskilt av författarna med hjälp av överstrykningspennor i olika färger för att välja ut signifikant information från artiklarnas resultat. Olika färger representerade olika kategorier som var relevanta för syftet. Författarna till föreliggande studie gick sedan igenom de resulterande meningsbärande enheterna tillsammans. De färgmarkerade meningsbärande enheterna jämfördes mellan de två författarna för att hitta de mest relevanta meningsbärande enheterna för studiens syfte, samt för att finna likheter och skillnader i hur författarna tolkat artiklarna. När de meningsbärande enheterna valts ut sammanställdes de i en citatöversikt för att sedan kunna hitta likheter och skillnader mellan de meningsbärande enheternas innehåll. Dessa meningsbärande enheter kondenserades sedan till underkategorier som i sin tur sammanställdes till huvudkategorier. Resultatet presenterades till slut i skriftlig form i huvudkategorier samt tillhörande underkategorier enligt Forsberg och Wengströms (2013) tillvägagångssätt för litteraturstudier.

### **Forskningsetiska överväganden**

Forsberg och Wengström (2013) nämner att författare till litteraturstudier bör granska innehållet i de artiklar som används till resultatdelen för att se att dessa artiklar håller en god etisk standard.

Alla utvalda resultatartiklar ska ha granskats och godtagits av en etisk kommitté enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460), som bland annat innebär att de deltagare som är med i studien har fått information om studiens tillvägagångssätt och att de kan avstå från sitt deltagande vid vilken tidpunkt som helst under undersökningens förlopp.

Helsingforsdeklarationen (2013) är framtagen av världsläkarförbundet och innebär att all forskning på människor ska utövas på ett sådant sätt att patienten i minsta möjliga utsträckning utsätts för skada eller obehag. Patientens välbefinnande ska alltid prioriteras. Alla artiklar som kommit med i vetenskapliga tidskrifter är godkända

enligt helsingforsdeklarationen. Alla artiklar som använts har granskats och godtagits enligt helsingforsdeklarationens krav.

I vissa artiklar angavs det inte att det gjorts någon etisk granskning av en kommitté. Författarna valde då att granska artiklarna enskilt för att kontrollera att artiklarna trots det var etiskt godtagbara (Karlsson, 2014). Denna granskning utgick ifrån lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) samt Helsingforsdeklarationen (2013). De artiklar som inte uppfyllde kraven uteslöts från föreliggande studie.

Risken för skada från föreliggande studie anses liten då inga försökspersoner var inblandade. Nyttan med föreliggande studie anses stor då det är av största vikt att fånga upp patienter som lider av hetsättningsstörning på ett tidigt stadie, annars skulle detta kunna leda till ökat lidande för patienten samt ökade kostnader för samhället i form av en långvarig behandling.

## **5:1 Resultat**

I resultatet framkom två huvudkategorier och fem underkategorier vilket var följande: Kommunikationens betydelse för god vård: *Personcentrerad vård, Vårdgivarens kompetens och personcentrerad vård* och *Vägledning från andra som drabbats av hetsättningsstörning*. Hinder och möjligheter i behandlingen av hetsättningsstörning: *Hinder för framgångsrik behandling* och *Möjligheter i behandlingsprocessen*.

I resultatet valdes termen *Vårdgivare* i stället för sjuksköterska då det oftast var flera olika professioner som deltog i studierna.

## **5:2 Kommunikationens betydelse för god vård**

### **Personcentrerad vård**

Kommunikationen mellan vårdgivare och patient var viktig då patienterna ville kunna påverka sin egen behandling (Jones, Bryant-Waught, Turner, Gamble, Melhuish & Yenkins, 2016; Shea, Cachelin, Gutierrez, Wang & Phimphasone, 2016; Linville, Brown, Katrina & McDougal, 2012). Jones et al. (2016) och Shea et al. (2016) beskriver att det som patient uppskattades att kunna lägga upp en plan på hur behandlingen ska gå tillväga för att nå upp till sina mål. Detta gjorde att patienterna kände sig motiverade till att orka fortsätta med behandlingen för hetsättningsstörning. Om målen i stället blev för höga så fanns en risk att patienten valde att avbryta behandlingen. Patienten ville kunna sätta upp delmål för att inte få för stora förändringar samt för att målen skulle kännas realistiska. Patienterna menade även att

vårdgivaren inte skulle ställa höga krav utan i stället fråga patienten själv hur denne ville gå till väga. Ställdes för höga krav lyckades patienterna inte nå upp till målen och mådde då sämre då de kände sig misslyckade (ibid.).

Linville et al. (2012), Shea, Cachelin, Uribe, Striegel, Thompson & Wildon (2012) och Shea et al. (2016) beskriver att för att patienterna skulle känna sig värderade och involverade krävdes att vårdgivaren var säker på ämnet som diskuterades under behandlingens gång. Vårdgivaren skulle besitta information om hetsättningsstörningens symptom och behandling samt inneha empati för patienten i dennes situation. Vårdgivaren skulle även överföra denna information till patienten på ett sätt som gjorde den lättillgänglig och enkel att förstå (Shea et al., 2012; Shea et al., 2016; Kelly & Carter, 2016). Otydlig information gjorde att patienterna i stället valde att avbryta behandlingen. Patienter ansåg att läkare, dietister och annan specialiserad personal inom nutrition var de som gav bäst information om hur de skulle kunna lägga upp måltider och vilken mat som skulle intas för att de skulle kunna återhämta sig från sjukdomen (Mond & Hay, 2007). Patienterna uppskattade även när de kunde få hjälp till självhjälp med måltidsplanering och hur de skulle gå vidare med behandlingen utan fortsatt hjälp från vårdgivaren, men fann det var svårt när behandlingen plötsligt avbröts när behandlingdprogrammet var slutfört utan att de fått instruktioner för fortsatt hjälp till självhjälp (Shea et al., 2012; Shea et al., 2016).

#### Vårdgivarens kompetens och personcentrerad vård

Relationen mellan vårdgivare och patient var viktig för behandlingens resultat, om relationen brast, avbröt patienten ofta behandlingen för sin hetsättningsstörning (Jones et al., 2011; Shea et al., 2012; Shea et al., 2016; Linville et al., 2012). Vårdgivarens kompetens inom hetsättningsstörning ansågs vara att vårdgivaren skulle besitta mycket kunskap inom ämnet hetsättningsstörning, men även inneha kunskap om att varje patient är unik och kräver olika form av behandling, dessutom krävdes kunskap om olika mattraditioner, dieter och matvanor inom olika kulturer (Shea et al., 2012; Shea et al., 2016). Att arbeta utifrån ett personcentrerat arbetssätt ansågs nödvändigt för att patienten skulle komma över de barriärer som krävs innan patienten kan dela med sig av sina egna känslor och uppfattningar (Russel-Mayhew, Von Ranson & Masson, 2010; Linville et al., 2012; Shea et al., 2012; Shea et al., 2016). Fokuset bör ligga på patienten själv, inte enbart diagnosen och symptomen i sig. Patienter kunde känna skam över att hetsäta stora mängder mat och det krävdes då att vårdgivaren var lyhörd och visade empati för patienten i dennes situation. Patienter uppskattade en tydlig förklaring av hetsättningsstörning som diagnos, detta gjorde att patienter upplevde sitt tillstånd som försvarbart och förklarbart (Russel-Mayhew, Von Ranson et al., 2010; Linville et al., 2012; Shea et al., 2012).

Enligt Pisetsky et al. (2015) och Russel-Mayhew et al. (2010) försvårades vårdgivarens roll i gruppterapi då de hanterade ett flertal patienter samtidigt och inte kunde ge varje enskild patient den tid de bör ges. Patienterna uppfattade då att

behandlingen blev sämre på grund av detta. En kompensation kunde ske i gruppen där gruppmedlemmarna tog över sjuksköterskans roll för att ge socialt stöd till varandra, medan vårdgivaren fokuserade mer på undervisningen om sjukdomen och behandlingen (ibid.).

### Vägledning från andra som drabbats av hetsättningsstörning

Att få stöd från andra som redan genomgått behandling för sin hetsätning ansågs positivt av patienterna som då kunde få vägledning och möta andra människor som haft samma svårigheter med sjukdomen (Russel-Mayhew et al., 2010; Linville et al., 2012; Pisetsky et al., 2015; Shea et al., 2012; Shea et al., 2016). Det ansågs då lättare att dela med sig av känslor och erfarenheter av sin sjukdom utan att behöva känna skam eller osäkerhet (Russel-Mayhew et al., 2010; Pisetsky et al., 2015; Shea et al., 2016). Pietsky et al. (2015) beskriver att samtal med andra kunde ske i grupp eller enskilt med en utvald kontaktperson. Att få samtala med andra patienter i grupp ansågs öka motivationen, men hade även nackdelar då det uppfattades svårt att misslyckas med sin behandling och eventuellt gå upp i vikt samtidigt som andra patienter lyckades uppnå sina mål. Shea et al. (2012) och Shea et al. (2016) beskrev att få träffa människor med samma kultur och med liknande familjeförhållanden ansågs viktigt. De förstod patienten på ett sätt som vårdgivaren aldrig skulle kunna göra, om inte denne själv drabbats av en hetsättningsstörning (ibid.).

## **5:3 Hinder och möjligheter i behandlingen av hetsättningsstörning**

### Hinder för framgångsrik behandling

Russel-Mayhew et al. (2010) beskriver att flertalet av de drabbade patienterna som behandlades kände en panikartad känsla över att inte kunna hitta rätt behandlingsmetod för sin hetsättningsstörning. Detta gjorde att de upplevde mer stress över sjukdomen och på så vis blev patienterna sämre desto fler behandlingsprocesser patienterna gick igenom. Flertalet patienter kände att de inte var redo för förändring och upplevde då inte samma panik, utan ville i stället behandla sin sjukdom vid ett senare mer passande tillfälle (Russel-Mayhew et al., 2010; Jones et al., 2011). Russel-Mayhew et al. (2010), Jones et al. (2011) och Shea et al. (2016) förklarar att känna sig redo för behandling var en viktig del för behandlingens effekt. Flertalet patienter upplevde att de inte var redo att släppa sin kontroll. Hetsätning gjorde att patienterna lugnade ner sig då det frigör lugnande hormoner i kroppen, vilket resulterade i att de kunde slappna av och kontrollera den stress de upplevde i sitt vardagliga liv. Vid behandling togs denna kontroll ifrån dem. Det uppkom klyftor mellan vårdgivaren

och patient då de hade olika syn på behandlingsmetoden (Mond & Hay, 2007). Exempelvis där patienterna ansåg att receptfria läkemedel hade bättre eller lika stor effekt som receptbelagda läkemedel. Detta ledde till missnöje från patientens perspektiv då de hade större förväntningar på receptbelagda läkemedel (Mond & Hay, 2007).

Enligt Jones et al. (2011) och Mond och Hay (2007) fanns flera praktiska hinder för behandling, exempelvis att patienter upplevde svårigheter med att ta sig till behandlingslokalerna. Detta gjorde att många valde att avstå från behandling. Det var även viktigt att kunna komma i kontakt med vården omgående när patienterna kände att de var i en situation där de var på väg att hetsäta, för att kunna hejda sin impuls till detta (Mond & Hay, 2007), Shea et al. (2012) och Shea et al. (2016) nämner att andra svårigheter var ekonomiska då patienterna ansåg att behandlingen blev för dyr då nyttig mat ansågs vara dyrare eftersom den konstant behövde köpas färsk. Det blev då svårare att ta hand om sin familj samtidigt som patienten gick igenom en behandling själv. Att behöva köpa separata livsmedel till sig själv som skiljer sig från det resten av familjen åt ansågs också vara svårt. Flertalet patienter hoppade av behandlingen på grund av att de hade en speciell kultur eller diet som gjorde det svårt eller dyrt för dem att genomgå samma behandlingsprogram som majoriteten av de drabbade patienterna genomgick. Detta kunde exempelvis vara halalkost, vegankost eller vegetarisk kost samt olika kulturella skillnader i dieteter (ibid.).

Shea et al. (2012) beskriver att anhöriga kunde utgöra ett hinder för behandlingen då de inte alltid förstod sig på sjukdomen. En del patienter ville ha med sig sin familj på KBT-träffar, medan andra menade på att familjen aldrig skulle förstå patientens situation. De utgjorde då ett hinder eftersom de inte motiverade patienten till att fortsätta behandlingen, särskilt då patienten befann sig i det egna hemmet. Hetsätning ansågs även vara något privat som patienten inte alltid ville visa för sina anhöriga. Andra patienter i gruppterapi kunde även påverka behandlingen negativt då de inte alltid inspirerade och motiverade patienten (Russel-Mayhew et al., 2010; Jones et al., 2011). Ibland kunde andra personer skryta om sina framgångar i behandlingen och patienten upplevde då att denne misslyckats med sin egen behandling, vilket gjorde att patienten tappade motivationen för fortsatt behandling (Russel-Mayhew et al., 2010; Jones et al., 2011).

### Möjligheter i behandlingsprocessen

Att få utlopp för att praktisera sin religion i behandlingen ansågs positivt från patientens perspektiv (Russel-Mayhew et al., 2010; Shea et al., 2012; Shea et al., 2016). Detta gav ökad motivation och gjorde att de kände sig utlämnade till en högre makt, vilket kändes tryggt och minskade stressen. Patienterna visste ibland inte om att



de hade en sjukdom, men när de upptäckts av sjukvården och fått diagnosen hetsättningsstörning kände de att allt föll på plats. De såg diagnosen som ett beroende likt alkoholism, där maten var alkoholen. De förklarade att de åt mat trots att de var mätta och mådde illa, likt en alkoholmissbrukare som dricker alkohol trots att denne redan är intoxikerad från alkoholen. Detta gjorde behandlingen lättare då de började se maten som en beroendesubstans, det vill säga något ohälsosamt som behövde kontrolleras och portioneras för att patienten skulle kunna få ett normalt liv. Det gjorde även att patienten upplevde det lättare att prata med vänner och anhöriga om sitt tillstånd.

Enligt Shea et al. (2016) hade anhöriga till patienterna med hetsättningsstörning ibland svårt för att förstå sjukdomen, men många patienter upplevde att de fick mycket stöd hemifrån med sin diet, fysisk aktivitet och socialt stöd. Patienten kunde även påverkas av anhöriga när de exempelvis gick ut för att motionera kunde patienten uppmuntras till att följa med och delta i aktiviteten. Vissa patienter hade svårt att samtala om sin sjukdom inför vårdgivaren, men upplevde det lättare om de fick ta med en anhörig till KBT-träffarna under behandlingens första tid (ibid.).

Enligt Mama, Schembre, O'Connor, Kaplan, Bode och Lee (2015) och Vancampfort et al. (2014) var fysisk aktivitet inte alltid lätt att ha tid till, enligt patienterna. Försök har gjorts i hopp om att motivera patienter till fysisk aktivitet genom att kombinera fysisk aktivitet med KBT. Detta upplevdes positivt av patienterna och gjorde att de fick en bättre självbild och ett bättre självförtroende. Det minskade även deras känsla av stress. Program som behandlade kost och fysisk aktivitet samtidigt var speciellt uppskattat, och ledde till att patienterna återhämtades snabbare än om de bara skulle gått i KBT (ibid.).

## **6:1 Diskussion**

### **6:2 Metoddiskussion**

Föreliggande studie är gjord som en litteraturstudie med systematisk sökning baserad på Forsberg och Wengströms (2013) tillvägagångssätt för litteraturstudier.

Sökningar skedde systematiskt i de fem databaserna Cinahl, Scopus, Medline, Pubmed samt Psycinfo vilket ger en stor variation av artiklar då samtliga databaser innehåller vetenskapliga artiklar inom ämnet omvårdnad, men med vissa variationer. Exempelvis är Pubmed mer medicinskt inriktad jämfört med Cinahl som är mer omvårdnadsinriktad. Trots detta återfanns många dubletter i de flesta av sökningarna i de olika databaserna, vilket dock ger studien ökad pålitlighet enligt Karlsson (2014). De flesta dubletterna var relevanta för studiens syfte och hittades i flertalet av databaserna, vilket tyder på att så många artiklar som möjligt som motsvarar studiens

syfte tagits med i föreliggande studie. Scopus och Psycinfo inkluderades trots att de inte är de vanligaste databaserna för litteraturstudier med inriktning på omvårdnad. Det finns ett mycket begränsat antal studier som undersöker patientens upplevelse av omvårdnad vid hetsättningsstörning därför inkluderades Psycinfo på grund av dess relevans för syftet och Scopus på grund av dess stora antal artiklar inom omvårdnad. Detta blir även en styrka med studien då den inkluderar ett stort antal databaser, trots svagheten i ett litet antal artiklar.

Sökorden hetsättningsstörning, patient, upplevelse och omvårdnad valdes direkt från syftet, dessa översattes inte alltid till deras direkta engelska korrespondenser. Begreppet upplevelse översattes och omformades till experience och perception för att få korrekta termer för engelskans syn på ordet upplevelse. I svenskan har begreppet upplevelse en specifik betydelse för patientens upplevelse av ett fenomen, engelskans experience kan även betyda erfarenhet, vilket inte direkt motsvarar syftet vilket skulle kunna ge felaktiga sökningar. Författarna till föreliggande litteraturstudie uppfattar det dock som att detta inte påverkat resultatet då det engelska ordet perception lagts till för att komplettera sökningarna i databaserna för att ytterligare precisera ordet upplevelse. Omvårdnad översattes på samma sätt som föregående begrepp till Care, Intervention och Treatment för att precisera sökningen och motsvara det svenska ordet.

Samtliga utvalda artiklar är från andra länder än Sverige, det största antalet kommer från USA (fem stycken) där hetsättningsstörning är ett vanligare fenomen och det finns därför mer forskning kring sjukdomen. Litteraturstudien innehåller dock artiklar från många världsdelar och ger därför en stor vetenskaplig bredd. Vården ser annorlunda ut i olika länder och litteraturstudiens applicerbarhet har prioriterats till Sverige, där sjuksköterskor har ett annat ansvar jämfört med andra länder där läkare vanligtvis har mycket av den svenska sjuksköterskans ansvar. Det finns därför en risk för felbenämning av olika professioners ansvar i artiklarna jämfört mot sjuksköterskans ansvar i Sverige. Resultatet kan även ha påverkats av ekonomiska skillnader i olika länder, exempelvis kostnaderna för nyttig mat så som färska grönsaker. Att ta med resultat från flera olika länder kan vara en styrka då det ökar föreliggande studies överförbarhet enligt Karlsson (2014).

I studiens resultat användes fyra kvalitativa, en mixad metod och fem kvantitativa vetenskapliga artiklar. Kvalitativa artiklar ansågs vara mer passande för studiens syfte, dock fanns en avsaknad av dessa vid flertalet sökningar och kvantitativa studier användes för att samla in ytterligare information och stötta upp resultatet i de kvalitativa artiklarna vilket ger studien ökad bekräftelsebarhet (Karlsson, 2014). De vetenskapliga artiklar som använts i studiens resultat kvalitetsgranskades enligt Carlsson och Eimans (2003) bedömningsverktyg, då detta ansågs ge en stark vetenskaplig pålitlighet, ytterligare bedömningsverktyg skulle dock kunna användas för att ge arbetet en starkare evidens i liknande studier.

Sökhistorik, artikelöversikt och resultatöversikt lades till för att förtydliga hur sökningar gått till steg för steg och vilken information som bearbetats och använts för litteraturstudiens syfte, detta för att öka studiens överförbarhet och pålitlighet då liknande sökningar kan göras i fortsatta studier inom ämnet (Karlsson, 2014). Färgkodning av relevant information i artiklar står inte angivet i referenslitteratur utan har endast varit ett verktyg för litteraturstudiens författare för att få en tydligare överblick av informationen, detta bör dock inte påverka resultatets trovärdighet då det endast är ett annat sätt att komma fram till meningsbärande enheter.

I stället för att ha gjort en litteraturstudie skulle en kvalitativ studie i form av intervjuer med patienter som drabbats av hetsättningsstörning kunna ha gjorts, då det finns en avsaknad av dessa. Då hade informationen kommit direkt från källan och blivit mer pålitlig. Dock fann en avsaknad av tid och då detta är en kandidatuppsats fanns inte heller resurser till en sådan studie.

### **6:3 Resultatdiskussion**

Många patienter med hetsättningsstörning väljer i dagens läge att avstå från behandling, en av de vanligaste anledningarna är att kommunikationen mellan sjuksköterska och patient inte fungerar (Jones et al., 2011; Russel- Mayhew et al., 2010; Shea et al., 2012; Shea et al., 2016). Det kan finnas många anledningar till detta men en viktig del är tillvägagångssättet som används för att informera patienten om sin hetsättningsstörning (Mond & Hay, 2007). Informationen måste anpassas för att patienten ska kunna förstå den, den ska även vara lättillgänglig för patienten. Ett sätt som skulle kunna tänkas användas för att lösa detta problem är internetbaserade behandlingsprogram. De kräver inte att sjuksköterskan ska vara närvarande konstant men ger trots det patienten möjlighet till att alltid komma åt nödvändig information och redskap för behandlingen av sin hetsättningsstörning. I Sverige är diagnosen förhållandevis ny och det finns ännu inte så många redskap för behandling av hetsättningsstörning (Amianto et al., 2015). En implementering av liknande internetbaserade verktyg som används i USA skulle tänkas kunna förbättra och förenkla vården. Dels sparar det på samhällets resurser då de inte kräver konstant närvarande från sjuksköterskan, dels uppskattas det av patienter då det ger dem verktyg till självhjälp och får dem till att kunna utföra sin behandling mer självständigt, vilket uppskattades i studien av Shea et al. (2012) och leder till ökad autonomi för patienten, vilket är etiskt hållbart. Dock skulle det initialt krävas en finansiell insats för att anpassa verktygen till den svenska vården, det skulle även ställas nya krav på informatik från de sjuksköterskor som ska använda de nya programmen (Socialstyrelsen, 2017). Risker med detta skulle kunna bli att behandlingsprogrammen blir osmidiga och standardiserade, vilket skulle kunna leda till att patienten inte kan sätta upp sina egna mål, men skulle även kunna ge ökade förutsättningar till egenvård. Jones et al. (2011) och Shea et al. (2012) beskrev att

patienter upplevde att målen blev för svåra att uppnå och valde då att avbyta behandlingen. Detta kan tänkas kunna motarbetas genom att patienten får vara med och sätta upp sina egna mål i samverkan med sjuksköterskan. För att detta ska ske krävs att sjuksköterskan arbetar personcentrerat och ser patientens individuella behov i behandlingsprocessen så att denna kan anpassas (Gratwick-Sarll et al., 2016). Att ha ett första samtal innan behandlingen påbörjas om vilka mål som ska sättas upp skulle kunna ha en positiv inverkan på patientens upplevelse av behandlingen. För att undvika att målen blir för oöverkomliga bör mindre delmål sättas upp för att sedan leda upp till de större huvudmålen, alla måluppsättningar bör ske i samverkan med patienten för att ske personcentrerat.

Patienten upplevde det ibland svårt att använda program för hjälp till självhjälp om patienten inte fått ingående information från vårdpersonal om sin diagnos (Mond et al., 2011; Shea et al., 2016). Ett sätt att motverka att patienten känner sig utkastad och inte vet hur hen ska gå vidare skulle kunna vara att börja all behandling med KBT-sessioner för att sedan gradvis övergå till internetbaserade program för hjälp till självhjälp, där patienten lär sig att använda dessa med stöd från sjuksköterskan. Det skulle kunna leda till en ökad känsla av kontroll, vilket är något patienten anser att de tappar då de genomgår behandling för sin hetsättningsstörning (Juarascio et al., 2017).

Patienter tyckte att läkare, dietister och annan personal specialiserade inom nutrition var de bästa att komma i kontakt med när det gällde sin hetsättningsstörning (Mond, 2007). I Sverige har sjuksköterskan ofta ansvaret för att informera patienten om vilken kost som är lämplig och hur behandlingens olika steg ser ut. Ett problem som framkommer blir att inte alla sjuksköterskor samt annan vårdpersonal är specialiserade inom nutrition och psykiatri, då patienterna ofta kommer in genom primärvården för att sedan fortsätta med KBT-behandling (Socialstyrelsen, 2017). Det kan då tänkas att en sjuksköterska med kompetens inom KBT-behandling och kunskap inom nutrition och psykiatri skulle kunna få ett bättre resultat än en utbildad terapeut, då sjuksköterskan i Sverige innehar mycket av den kompetens läkare och dietister utför i andra länder, vilket gör att de besitter kunskap inom nutrition och psykiatri samtidigt och kan kombinera dessa i behandlingen för hetsättningsstörning. Att kunna ådstakomma en förändring i kosten hos patienter som drabbats av hetsättningsstörning är även relevant för samhället då det minskar vårdkostnaderna, dels för att undvika den psykiatriska behandlingen för hetsättningsstörning, men även för att undvika kostnaderna sjukdomens symptom leder till, som exempelvis hjärtproblematik och diabetes.

En anledning till varför vissa patienter valde att inte fortsätta behandlingen för sin sjukdom var av ekonomiska skäl, då de ansåg att behandlingen skulle bli för dyr (Shea et al., 2012; Shea et al., 2016). Att sjuksköterskan har ett samtal med patienten och ställer öppna frågor om hur patienten vill lägga upp sin behandling blir då mycket viktigt, vilket ligger under sjuksköterskans kompetensbeskrivning för att arbeta

personcentrerat (Gratwick-Sarll et al., 2016). Förslag på nyttig mat som skulle kunna tillagas till ett rimligt pris skulle kunna arbetas fram i samverkan med patienten. Detta skulle även kunna öka patientens förmåga till självhjälp vilket sparar på samhällets resurser och patientens tid och flexibilitet i det vardagliga livet. Det är inte etiskt försvarbart att endast patienter som har god ekonomi ska kunna återhämta sig från en hetsättningsstörning. Sjuksköterskan har därför ett ansvar för att hjälpa patienten att hitta lösningar för sin sjukdom, exempelvis genom olika kostval.

Patienterna upplevde det mycket positivt att praktisera sin religion i samband med behandling då de kände en ökad motivation och att de var utlämnade till en högre makt (Russel- Mayhew et al., 2010). Att ställa öppna frågor om patientens religion och tro skulle kunna ge patienten ett sätt att hitta extra styrka i vardagen. Detta kan även leda till en bättre relation mellan sjuksköterskan och patienten och till slut ge ett bättre behandlingsresultat då den vanligaste anledningen till att patienter avstår från behandling är att relationen mellan sjuksköterska och patient inte fungerat optimalt. Att som sjuksköterska se patientens individuella hälsoresurser är en viktig del av att arbeta personcentrerat (Gratwick-Sarll et al., 2016).

Vissa patienter hade ingen aning om att hetsättningsstörning var en sjukdom, men när de fick information om detta från sjukvården kände de att allt föll på plats (Gratwick-Sarll et al., 2016; Jones et al., 2011). Att kunna veta hur mycket patienten kan om sin situation den befinner sig blir därför mycket viktigt för att kunna ge god vård.

Patienten kanske inte alltid kan få fram passande frågor om sitt tillstånd då kunskapen om sjukdomen inte finns, det är därför viktigt som sjuksköterska att få en bekräftelse från patientens sida om hur mycket denne redan kan om sin sjukdom. En möjlighet skulle kunna vara att patienten själv får summera det hen tycker är svårast i behandlingen och hur mycket hen vet om sjukdomen, då kan sjuksköterskan sedan fylla i där det saknas information. Sedan kan patienten ställa sina frågor baserat på denna kunskap. Detta leder till ökad kunskap för patienten och kan tänkas göra sjuksköterskans arbete snabbare då patienten snabbt kan summera det hen redan har kunskap om.

Många patienter med hetsättningsstörning upplevde att de inte fick bra stöd hemifrån med sin kost och uppfattade att anhöriga hade svårt att förstå deras situation (Shea et al., 2012). Patienten påverkades dock även positivt av sina anhöriga när den anhörige exempelvis skulle gå ut och motionera så kunde patienten få extra motivation till att själv röra på sig (Russel- Mayhew et al., 2010). Att anhöriga till patienten tänker på patientens situation och håller sig aktiva med fysisk aktivitet framför patienten kan vara positivt för den drabbade patienten och hen kan uppmuntras till att göra samma sak som de anhöriga. Som sjuksköterska kan det därför vara bra att fråga patienten om hen tycker det kan vara en bra idé att följa med någon anhörig i den anhöriges kost- eller motionsvanor.

## **7:1 Konklusion**

Många patienter som lider av hetsättningsstörning väljer att avstå från behandling på grund av att kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten brister. Genom att visa empati, inneha goda kunskaper inom diagnosen hetsättningsstörning och genom att ge personcentrerad vård kan sjuksköterskan förmedla en bra vårdrelation till patienten. En vanlig anledning till att patienten avstod från behandling var att vården inte kunde anpassas, då systemen och behandlingen inte tillät individanpassad vård eller rätt verktyg för patienterna. Patienterna uppfattade även att en person som tidigare genomgått samma behandling för hetsättningsstörning kunde komplettera sjuksköterskan genom att dela erfarenheter om motgångar och hur patienten kan uppehålla motivationen till behandling.

## **8:1 Implikation**

Fortsatta studier skulle kunna innefatta mer djupgående information om olika sätt sjuksköterskan kan anpassa vårdgivandet från ett sjuksköterskeperspektiv, för att på så sätt kunna implementera nya verktyg och tillvägagångssätt för förbättrad vård. Andra tänkbara studier skulle kunna inkludera studier om hur patienten upplever att behandlingen hjälper på lång sikt. Föreliggande studie har främst fokuserat på pågående behandling, dock finns även en avsaknad av studier på hur behandlingen uppfattas efter ett antal år. Detta är en viktig del av forskningen då ett stort antal patienter inte förbättras av behandling på lång sikt. Ytterligare forskning skulle även kunna användas inom användandet av en kontaktperson. I föreliggande studie uppskattades detta mycket av de flesta som deltog, men det saknas fortfarande forskning kring hur detta skulle kunna implementeras i samband med den standardiserade vården för hetsättningsstörning.

## Referenser

- Amianto, F., Ottone, L., Daga, A. G. & Fassino, S. (2015). Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry*, 15, 1-22. Doi: 10.1186/s12888-015-0445-6
- Carlsson, S. & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad*. Malmö högskola, Hälsa och samhälle, avdelningen för omvårdnadsvetenskap.
- Fichter, M. M. & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders – Results of a large prospective study clinical longitudinal study. *Int J Eating Disorders*, 49(4) 391-401. Doi: 10.1002/eat.22501
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3.uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Gratwick-Sarll, K., Bentley, C., Harrison, C. & Mond, J. (2016). Poor self-recognition of disordered eating among girls with bulimic- type eating disorders: Cause for concern? *Early intervention in psychiatry*, 10(1) 316-323. Doi: 10.1111/eip.12168
- Helsingforsdeklarationen. (2013) *Regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad 2017-04-20, från <https://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- \*Jones, C., Bryant-Waugh, R., Turner, H. M., Gamble, C., Melhuish, L. & Jenkins, P. E. (2011). Who benefits most from guided self-help for binge eating? An investigation into the clinical features of completers and non-completers. *Eating behaviours* 13(1) 146-149. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.11.016
- Juarascio, S. A., Manasse, M. S., Schuamacher, L., Espel, H. & Forman, M. E. (2017). Developing and acceptance-Based Behavioral Treatment for Binge Eating Disorder: Rationale and Challenges. *Cognitive and behavioural practice*, 24(1) 1-13. Doi:1077-7229
- Karlsson, K. E. (2014). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 95-114). Lund: Studentlitteratur AB.
- \*Kelly, A.C., & Carter, C.J. (2015). Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 88(1), 285–303. The British Psychological Society, Doi:10.1111/papt.12044
- Leksell, J. & Lepp, M. (red.). (2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm: Liber

- \*Linville, D., Brown, T., Katrina, S. & McDougal, T. (2012). Eating disorders and social support: Perspectives of recovered individuals. *Eating disorders*, 20(3), 216-231. Doi: 10.1080/10640266.2012.668480
- \*Mama, K. S., Schembre, M.S., O Connor, P. D., Kaplan, D. C., Bode, S., & Lee, E. R. (2015). Effectiveness of lifestyle interventions to reduce binge eating symptoms in African American and Hispanic women. *Appetite* 95(1) 269-274. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.015>
- McNicholas, F., Lydon, A., Lennon, R. & Dooley, B. (2009). Eating concerns and media influences in an Irish adolescent context. *Wiley InterScience* 17(1) 208-213. Doi: 10.1002/erv.916
- \*Mond, M. J. & Hay, J. P. (2007). Public Perceptions of Binge Eating and Its Treatment. *International Journal of Eating Disorders* 41:(5) 419–426. Doi: 10.1002/eat.20512.
- National eating disorder association. (2014). New in the DSM-5: Binge eating disorder. Hämtad 17-02-27, från URL: <https://www.nationaleatingdisorders.org/blog/new-dsm-5-binge-eating-disorder>
- \*Pisetsky, M. E., Durkin, E. N., Crosby, R. D., Berg, C. K., Mitchell, E. J., Crow, J. S., Wonderlich, A. S. & Peterson, B. C. (2015). Examination of early group dynamics and treatment outcome in a randomized controlled trial of group cognitive behavior therapy for binge eating disorder. *Behaviour research and therapy* 73(1), 74-78. Doi: 10.1016/j.brat.2015.07.013
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor. (2014). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom psykiatrisk omvårdnad. Hämtad 17-04-08 från URL: [http://www.psykriks.se/documents/PDF/Kompetensbeskrivning\\_specialist\\_psykiatri.pdf?dl=0](http://www.psykriks.se/documents/PDF/Kompetensbeskrivning_specialist_psykiatri.pdf?dl=0)
- Richard, M. (2005). Effective treatment of eating disorders in Europe: treatment outcome and its predictors. *European eating disorders review*, 13(1) 169-179. Doi:10.1002/erv.636
- Rosenbaum, L. D., Kimerling, R., Pomernacki, A., Goldstein, M. K., Yano, M. E., Sadler, G. A., Carney, D., Bastian, A. L., Bean-Mayberry, A. B. & Frayne, M. S. (2015). Binge eating among women veterans in primary care: Comorbidities and treatment priorities. *Women's health issues*, 26(4) 420-428. Doi:10.1016/j.whi.2016.02.004



- \*Russel-Mayhew, S., von Ranson, M. K. & Masson, C. P. (2010). How does overeaters anonymous help its members? A qualitative analysis. *European eating disorders revised*, 18(1) 33-42. Doi: 10.10002/erv.966
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- \*Shea, M., Cachelin, F., Uribe, L., Striegel, H. R., Thompson, D. & Wildon, T.G. (2012). Cultural adaption of a cognitive behavioral therapy guided self-help program for Mexican American women with binge eating disorders. *Journal of counseling & development*, 90(3), 308-318.
- \*Shea, M., Cachelin, M. F., Gutierrez, G., Wang, S. & Phimphasone, P. (2016). Mexican american women's perspectives on a culturally adaptive cognitive behavioural therapy guided self-help program for binge eating. *Psychological Serv*, 13(1), 31-41. Doi: 10.1037/ser0000055
- Socialstyrelsen. (2017). *KBT (Kognitiv beteendeterapi)*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Sveriges kommuner och landsting (SKL). (2017). E-hälsa. Hämtad 17-03-22 från URL: <https://skl.se/halsasjukvard/ehalsa.1067.html>
- The Global BMI Mortality Collaboration. (2016). Body-mass index and all-cause mortality: individual participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. Cambridge: University of Cambridge.
- \*Vancampfort, D., Probst, M., Adriaens, A., Pieters, G., De Hert, M., Stubbs, B., Soundy, A. & Vanderlinden, J. (2014). Changes in physical activity, physical fitness, self-perception and quality of life following a 6-month physical activity counseling and cognitive behavioral therapy program in outpatients with binge eating disorder. *Psychiatry Research* 219(1) 361-366. Doi: 10.1016/j.psychres.2014.05.016
- World Health Organization, WHO. (2016). Obesity. Hämtad 17-03-20 från URL: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>

**Tabell 1: Sökordsöversikt**

<b>Sökord</b>	<b>Cinahl</b>	<b>Scopus</b>	<b>Medline</b>	<b>Pubmed</b>	<b>Psycinfo</b>
Hetsättningsstörning	Binge eating disorder	Binge eating disorder	Binge eating disorder	Binge eating disorder	Binge eating disorder
Upplevelse	Experience	Experience	Experience	Experience	Experience
Omvårdnad	Care	Care	Care	Care	Care
Uppfattning	Perception	Perception	Perception	Perception	Perception
Intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention

Tabell 2: Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatörer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Resultat artiklar
6/3	Scopus	Binge eating disorder AND experience AND care	30	9	6	2
6/3	Medline	"Binge Eating disorder" "intervention"	152	8	4	1
7/3	Scopus	Binge eating disorder AND perception AND treatment	39	13	6	4
7/3	Cinahl	Binge eating disorder AND perception AND treatment	3	3	0	0
8/3	Scopus	Binge eating disorder AND intervention AND experience	47	8	2	0
10/3	Cinahl	Binge Eating Disorder AND intervention	19	6	5	2
11/3	Medline	Binge eating disorder AND experience AND care	38	4	2	0
12/3	Medline	Binge eating disorder AND perception AND treatment	42	3	1	0
21/3	Psycinfo	Binge eating disorder AND experience AND care	28	6	1	0
21/3	Psycinfo	Binge eating disorder AND perception AND treatment	37	14	2	0
21/3	Psycinfo	Binge eating disorder AND intervention AND experience	40	6	0	0
21/3	Pubmed	Binge eating disorder AND experience AND care	16	8	0	0
21/3	Pubmed	Binge eating disorder AND perception AND treatment	146	23	3	1
21/3	Pubmed	Binge eating disorder AND intervention AND experience	9	3	0	0
<b>Totalt:</b>			<b>646</b>	<b>114</b>	<b>32</b>	<b>10</b>

### Tabell 3: Artikelöversikt

#### Artikel 1

<b>Referens</b>	Jones, C., Bryant-Waugh, R., Turner, H. M., Gamble, C., Melhuish, L. & Jenkins, P. E. (2011). Who benefits most from guided self-help for binge eating? An investigation into the clinical features of completers and non-completers. <i>Eating behaviours</i> 13(1) 146-149. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.11.016
<b>Land</b> <b>Databas</b>	Storbritannien Scopus
<b>Syfte</b>	Att undersöka resultatet av ett self-help program baserat på KBT för hetsättningsstörning samt att jämföra likheter och skillnader mellan patienter som fullgjorde programmet och de som valde att avbryta programmet samt att kvalitativt undersöka de patienter i studien som inte fullgjorde programmet.
<b>Metod:</b> Design	Kvantitativ
Urval	48 individer deltog (46 kvinnor, 2 män)
Datainsamling	Frågeformulär skickades ut efter avslutat behandling
Dataanalys	Tematisering av svar i kategorier samt översiktsdiagram med mätvärden.
Bortfall	8.4%
<b>Slutsats</b>	De som inte gick igenom hela behandlingen hade olika anledningar till att avbryta behandlingen, dessa var exempelvis att programmet inte passade dem, att de inte fick tillräckligt mycket inflytande över behandlingen, att self-help inte var användbart för dem, att det inte fanns tid till att få behandling, att behandlingslokalerna låg för långt bort, att behandlingen var för svår att gå igenom, att relationen mellan vårdgivaren och vårdtagaren inte fungerade, att de inte var redo att göra ändringar i sitt liv samt att de ville fortsätta utan hjälp från vårdpersonal.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad II

## Artikel 2

<b>Referens</b>	Kelly, A.C., & Carter, C.J. (2015). Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. <i>Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice. The British Psychological Society</i> 88(1), 285–303. Doi:10.1111/papt.12044
<b>Land Databas</b>	Canada Medline
<b>Syfte</b>	Att jämföra compassionfokuserad terapi (CFT) med en intervention för hjälp till självhjälp för patienter som lider av hetsättningsstörning.
<b>Metod: Design</b>	Kvantitativ
<b>Urval</b>	41 personer (34 kvinnor, 7 män)
<b>Datainsamling</b>	Patienterna genomgick CFT och fick i slutet av behandlingstiden fylla i ett frågeformulär online för att utvärdera effekten av compassionfokuserad terapi i relation till hetsättningsstörning.
<b>Dataanalys</b>	Frågeformulären sammanställdes till tabeller och vid de tillfällen då svaren inte kunde tolkas ringdes patienten upp av förfatarna för att kunna förtydliga sina svar.
<b>Bortfall</b>	
<b>Slutsats</b>	De som inte klarade av att gå igenom hela behandlingen hade olika anledningar som till exempel att behandlingen låg för långt bort eller att behandlingen var för svår och att informationen var för komplicerad och otydlig vilket gjorde att de hade svårt att ta in informationen och detta ledde då till att de avstod från behandlingen.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad II

### Artikel 3

<b>Referens</b>	Linville, D., Brown, T., Katrina, S. & McDougal, T. (2012). Eating disorders and social support: Perspectives of recovered individuals. <i>Eating disorders</i> , 20(3), 216-231. Doi: 10.1080/10640266.2012.668480
<b>Land Databas</b>	USA Scopus
<b>Syfte</b>	Att undersöka hur familj, vänner, vårdgivare och andra professioner hjälper eller hindrar tillfrisknandet från en ätstörning.
<b>Metod: Design</b>	Kvalitativ
Urval	22 kvinnor.
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer
Dataanalys	Inspelade intervjuer lyssnades på av flera författare, de skrevs sedan ner och lästes för att sedan delas in i olika kategorier.
Bortfall	Inget.
<b>Slutsats</b>	Deltagarna uppfattade det som mycket viktigt att ha en bra relation till vårdgivaren och att det var viktigt att kunna prata öppet om sig själv utan att känna skam. Att tas på allvar ansågs vara en av de viktigaste grundstenarna för att kunna tillfriskna. Vårdgivaren har mycket makt och stor påverkan på tillfrisknandet, det var viktigt att vårdgivaren såg patienten och inte bara sjukdomen patienten led av. Det upplevdes negativt när vårdgivaren inte visste hur de skulle hantera behandlingen för en patient med ätstörning eller när patienten blev utfrågad på ett negativt sätt om sin sjukdom, detta kändes som anklagelser.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad II

## Artikel 4

<b>Referens</b>	Mama, K, S., Schembre, M.S., O Connor, P, D., Kaplan, D, C., Bode, S., & Lee, E. R. (2015). Effectiveness of lifestyle interventions to reduce binge eating symptoms in African American and Hispanic women. <i>Appetite</i> 95(1) 269-274. Doi: <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.015">http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.015</a>
<b>Land Databas</b>	USA Medline
<b>Syfte</b>	Att undersöka om en livsstilsintervention är en framkomlig väg för att minska hetsätningssymptom (BES).
<b>Metod: Design</b>	Kvantitativ
<b>Urval</b>	180 kvinnor
<b>Datainsamling</b>	Datainsamlingen var longitudinell i form av en randomiserad kontrollerad studie där deltagarna fyllde i frågeformulär angående sin hälsa. Vid dessa tillfällen skede även en hälsokontroll för att mäta fysiska värden.
<b>Dataanalys</b>	Informationen har ställts upp i översiktstabeller.
<b>Bortfall</b>	
<b>Slutsats</b>	Deltagarna upplevde att interventioner för livsstilsförändringar ledde till ett minskat behov av att hetsäta, och interventioner som fokuserar på ökad fysisk aktivitet kan leda till större minskningar. De som var drabbade av sjukdomen upplevde även att fysisk aktivitet hade större effekt deras symptom än om de bara genomgick en behandling som behandlade deras kostvanor.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad II

## Artikel 5

<b>Referens</b>	Mond., M. J. & Hay, J. P. (2007). Public Perceptions of Binge Eating and Its Treatment, <i>International Journal of Eating Disorders</i> 41(5) 419–426. doi: 10.1002/eat.20512
<b>Land</b> <b>Databas</b>	Australia Cinahl
<b>Syfte</b>	Att undersöka föreställningar om behandling av hetsättningsstörning.
<b>Metod:</b> Design	Kvantitativ
Urval	4827 hushåll valdes, 3047 intervjuades
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer, 10 min per interview
Dataanalys	Informationen har ställts upp i översiktstabeller.
Bortfall	
<b>Slutsats</b>	Deltagarna upplevde att hjälp till att göra livsstilsförändringar, att få information om problemet samt tillgängliga tjänster, diet program och bara prata om sin situation var de behandlingar som ansågs mest användbara, samtidigt som få deltagare trodde att KBT skulle vara till hjälp. Många tyckte att läkare och dietister var viktigast i behandlingsprocessen, medan andra professioner hade mindre betydelse. De var just de professioner som förklarade vilken kost som var bäst och vilken föda som ska intas. De upplevde också att vissa receptfria läkemedel hade mer effekt än receptbelagda läkemedel.
Vetenskaplig kvalitet	Grad II



## Artikel 6

<b>Referens</b>	Pisetsky, M. E., Durkin, E. N., Crosby, R. D., Berg, C. K., Mitchell, E. J., Crow, J. S., Wonderlich, A. S. & Peterson, B. C. (2015). Examination of early group dynamics and treatment outcome in a randomized controlled trial of group cognitive behavior therapy for binge eating disorder. <i>Behaviour research and therapy</i> 73(1), 74-78. Doi: 10.1016/j.brat.2015.07.013
<b>Land Databas</b>	USA Scopus
<b>Syfte</b>	Att identifiera hur grupprelationer, gruppklimat och gruppattityder påverkar resultatet av gruppterapi för patienter som lider av hetsättningsstörning samt att undersöka hur stor påverkan vårdgivaren har i gruppterapi.
<b>Metod: Design</b>	Kvantitativ
Urval	259 deltagare
Datainsamling	Frågeformulär som fylls i efter 2:a sammankomsten, 6:e sammankomsten samt efter 12 månader.
Dataanalys	Information har ställts upp i översiktstabeller.
Bortfall	Ej angivet
<b>Slutsats</b>	Gruppterapi gjorde att deltagarna kände sig mer motiverade till att delta i behandlingen, att ha andra människor omkring sig med samma diagnos upplevdes positivt för att patienten själv blev inspirerad av andra patienters motivation och framgångar. Trots det blev effekten av behandlingen inte bättre av att vårdgivaren fokuserade på grupprelationen i form av gruppövningar för att öka känslan av gemenskap, effekten blev i stället bättre om vårdgivaren fokuserade enbart på behandlingen i form av behandlingsmål och lät grupprelationerna forma sig själva utan inflytande från vårdgivaren.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad II

## Artikel 7

<b>Referens</b>	Russel-mayhew, S., von Ranson, M. K. & Masson, C. P. (2010). How does overeaters anonymous help its members? A qualitative analysis. <i>European eating disorders revised</i> , 18(1) 33-42. Doi: 10.1002/erv.966
<b>Land Databas</b>	Canada Scopus
<b>Syfte</b>	Att utforska upplevelsen av att genomgå Overeating Anonymous' program i 12 steg.
<b>Metod: Design</b>	Kvalitativ
<b>Urval</b>	20 patienter. (19 kvinnor, 1 man.)
<b>Datainsamling</b>	Insamling av data från tre fokusgrupper med 3-13 personer i varje grupp i form av semistrukturerade gruppintervjuer.
<b>Dataanalys</b>	Informationen delades upp i två teman, implicita och explicita åtgärder.
<b>Bortfall</b>	Ej angivet
<b>Slutsats</b>	Patienterna i studien upplevde panik över att inte kunna hitta rätt metod för att behandla sin hetsättning. De upplevde även en känsla av att konstant behöva eftersträva kontroll, vid behandling av hetsättningsstörningen tas denna kontroll bort från patienten. Att hitta nya, flexibla lösningar som passar patienten i det vardagliga livet värderades högt av patienterna samt att kunna välja mellan åtta olika metoder för att på så sätt hitta "sin egen" typ av behandling. Behandlingen ska kunna anpassas så att den kan genomföras på olika sätt beroende på patientens önskemål.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad III

## Artikel 8

<b>Referens</b>	Shea, M., Cachelin, F., Uribe, L., Striegel, H. R., Thompson, D. & Wildon, T.G. (2012). Cultural adaption of a cognitive behavioral therapy guided self-help program for Mexican American women with binge eating disorders. <i>Journal of counseling &amp; development</i> , 90(3), 308-318.
<b>Land</b> <b>Databas</b>	USA Pubmed
<b>Syfte</b>	Att undersöka om kulturella skillnader påverkar behandlingsmetoden för hetsättningsstörning.
<b>Metod:</b> <b>Design</b>	Kvalitativ Grounded theory
Urval	12 kvinnor i tre fokusgrupper.
Datainsamling	Semistrukturerade gruppintervjuer
Dataanalys	Citat från deltagarna samt förklaring av generella kategorier och påståenden som dök upp under intervjuerna.
Bortfall	Inget bortfall.
<b>Slutsats</b>	Patienterna kände ofta skam över sin sjukdom och detta blev en barriär mellan vårdpersonal och patient. De upplevde även att behandlingen måste anpassas för att kunna passa människor från andra kulturer med annan syn på mat och mattraditioner samt för människor med stora familjer och ont om tid. Patienterna menade även på att det skulle vara positivt att kunna dra med sina anhöriga i behandlingen för att själva få mer stöd och motivation.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad II

## Artikel 9

<b>Referens</b>	Shea, M., Cachelin, M. F., Gutierrez, G., Wang, S. & Phimphasone, P. (2016). Mexican american women's perspectives on a culturally adaptive cognitive behavioural therapy guided self-help program for binge eating. <i>Psychol Serv</i> , 13(1), 31-41. Doi: 10.1037/ser0000055
<b>Land Databas</b>	USA Scopus
<b>Syfte</b>	Att undersöka kvinnors tankar om kognitiv beteendeterapi i form av hjälp till självhjälp för hetsätningsstörning.
<b>Metod: Design</b>	Kvalitativ
Urval	12 kvinnor
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer
Dataanalys	Grounded theory.
Bortfall	Inget.
<b>Slutsats</b>	Vårdgivaren måste ge mycket stöd och vara positivt inställd till förändring för att patienten ska känna sig motiverad, vårdgivaren skulle även ha förståelse för att inte alla har råd med att äta den mat de skulle vilja. Många patienter hade familjer de skulle försörja med mat och att laga nyttig kost till hela familjen ansågs svårt och gjorde att behandlingen upplevdes som svår att uppnå. Vårdtagaren skulle helst ge instruktioner i mindre bitar, med många, mindre mål. Detta gjorde att det kändes lättare att påbörja behandlingen. Att vårdgivaren svarade enkelt och specifikt utan att spåra in på andra bitar uppskattades också samt att ge förslag – inte ställa krav.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad II

## Artikel 10

<b>Referens</b>	Vancampfort, D., Probst, M., Adriaens, A., Pieters, G., De Hert, M., Stubbs, B., Soundy, A. & Vanderlinden, J. (2014). Changes in physical activity, physical fitness, self-perception and quality of life following a 6-month physical activity counseling and cognitive behavioral therapy program in outpatients with binge eating disorder. <i>Psychiatry Research</i> 219(1) 361-366. Doi: 10.1016/j.psychres.2014.05.016
<b>Land Databas</b>	Belgien Scopus
<b>Syfte</b>	Att undersöka sambandet mellan fysisk aktivitet, fysisk förmåga, självbild och livskvalitet under en 6 månader lång behandlingsperiod i form av KBT för patienter som lider av hetsätningsstörning.
<b>Metod: Design</b>	Mixad metod Grounded theory, Kohortstudie
<b>Urval</b>	39 patienter (32 kvinnor, 7 män)
<b>Datainsamling</b>	Longitudinell studie där data samlades in i början av studien, efter 3 månader samt vid 6 månader.
<b>Dataanalys</b>	Informationen ställdes upp i översiktsdiagram.
<b>Bortfall</b>	Ej angivet
<b>Slutsats</b>	Studien visar på ett samband mellan fysisk aktivitet och en ökad självkänsla och uppskattning för sin egen kropp, ökad fysisk aktivitet i samband med KBTbehandling upplevdes positivt av patienterna.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad II



Said Al-Hasani

Filippa Gyllensvaan



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3  
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad  
Telefon: 035-16 71 00  
E-mail: [registrator@hh.se](mailto:registrator@hh.se)  
[www.hh.se](http://www.hh.se)