



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Familjepåverkan vid anorexia nervosa och bulimia nervosa

Litteraturstudie

Författare: Erika Acova, Alexandra Falck

Handledare: Kajsa Landgren

Kandidatuppsats

Hösten 2012

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Familjepåverkan vid anorexia nervosa och bulimia nervosa

## Litteraturstudie

Författare: Erika Acova, Alexandra Falck

Handledare: Kajsa Landgren

Kandidatuppsats

Hösten 2012

## Abstrakt

Uppkomsten av en ätstörning – bulimia nervosa/anorexia nervosa hos ett barn/ungdom påverkar ofta hela familjen. Syftet med litteraturstudien var att belysa hur sjukdomarna påverkar familjens liv. Analys av elva vetenskapliga artiklar resulterade i tre huvudsakliga teman: ”inverkan på familjeliv”, ”inverkan på föräldrar” och ”familjen och vårdpersonalen”. Resultatet identifierade bland annat en stigmatisering av familjer med ett barn med en ätstörning. Minskad social support från omgivningen var en viktig faktor för försämrad familjefunktion. Skillnader mellan mammors och pappors bemästring av egna känslor och av barnens sjukdom tydliggjordes. En emotionell påverkan framträdde i högre utsträckning på mammorna. Det framkom också att vårdpersonalens attityder påverkade föräldrarna. Litteraturstudien kan användas för att ge sjuksköterskan en förståelse för familjens situation och utifrån detta anpassa bemötande och omvårdnad.

## Nyckelord

(ätstörningar, anorexia nervosa, bulimia nervosa, familjepåverkan, familjefunktion, vård)

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	3
Perspektiv och utgångspunkter .....	3
Familjepåverkan .....	7
Syfte .....	8
Specifika frågeställningar .....	8
Metod .....	8
Urval .....	8
Datainsamling .....	9
Sökschema .....	11
Dataanalys .....	12
Forskningsetiska avvägningar .....	12
Resultat .....	13
Inverkan på familjeliv .....	13
Inverkan på föräldrar .....	15
Familjen och vårdpersonalen .....	17
Diskussion .....	18
Diskussion av vald metod .....	18
Diskussion av framtaget resultat .....	19
Kliniska implikationer .....	21
Författarnas arbetsfördelning .....	22
Referenser .....	23

# Introduktion

## Problemområde

Ätstörningar är vanliga med en allt bredare spridning i grupper med olika social bakgrund, ålder och kön. Relaterat till detta ökar vårdbehovet markant. Vårdbehovet omfattar även närstående som kan befinna sig i en situation präglad av skuld och oro vilket kan medföra distansering eller överdriven vård till den sjuke (Clinton & Norring, 2002).

Många gånger kan ätstörningar bli kroniska och innebära ett stort lidande inte bara för den sjuka personen, utan för hela familjen. Närstående till barnet, framför allt föräldrarna, har den största möjligheten att tidigt finna tecken som tyder på utveckling av ätstörningar. Även andra personer som lärare och skolsköterska kan bidra till att upptäcka ett stort ätbeteende eller en snabb viktnedgång. I denna fas kan sjuksköterskan spela en viktig roll och hjälpa patienten genom motiverande och stödjande samtal. Tidig upptäckt kan leda till att personen inte drabbas av en svår form av sjukdomen. Att inbegripa föräldrarna i vården av ett sjukt barn/ungdom är av största vikt då föräldrarna ska bli en resurs i tillfrisknandet istället för ett hinder (Svenska psykiatriska föreningen, 2005).

Hillage, Beale och McMaster (2006) förklarar att ätstörningar har en djupgående påverkan på familjen men det är inte väldokumenterat i litteraturen. Aktuell litteratur inriktar sig oftast på att beskriva sjukdomen ur patientens eller terapeutens perspektiv. Färre studier belyser familjens och närståendes situation.

Vi vill undersöka hur familjelivet påverkas och utifrån detta bredda sjuksköterskans förståelse för närståendes situation.

## Bakgrund

### Definitioner av begrepp

Karakteristiska tecken för anorexia nervosa (AN) är en vägran att bibehålla kroppsvikten på en viss gräns kopplat till längd och ålder, en stark rädsla för övervikt, kroppsupplevelsen är störd, låg kroppsvikt och amenorré (Svenska psykiatriska föreningen, 2005).

Bulimia nervosa (BN) kännetecknas av upprepade episoder av hetsätning och samtidigt saknas förmågan att kontrollera ätandet. För att förhindra viktökning bedriver patienterna kompensatoriskt beteende i form av till exempel kräkningar, laxermedelsbruk eller extrem motion. För att kunna ställa diagnosen krävs det att hetsätandet och farligt kompensatoriskt beteende förekommer åtminstone två gånger per vecka under en tremånaders period. Självkänslan är starkt associerad till kroppsform och vikt (Svenska psykiatriska föreningen, 2005).

I denna litteraturstudie definieras familjen som en enhet bestående av individer som har antingen en biologisk eller annan tät relation till den sjuke.

### Perspektiv och utgångspunkter

Ur ett historiskt perspektiv har ätstörningar dokumenterats de senaste 100-150 åren. Litteraturen påvisar en förekomst av ätstörningar redan på medeltiden. Synen på sjukdomarna har förändrats genom åren. Under 1940- och 50-talet kom anorexia nervosa att formas utifrån ett psykoanalytiskt synsätt som väckte ett intresse för betydelsen av sexualiteten. Bakgrunden till sjukdomen förklarades som ”ett försvar mot bortträngda sexuella fantasier” (Norrington & Clinton, 2002, s.20). Under 1960- och 70-talet hävdade Hilde Bruch, psykoanalytiker, att sjukdomen uppstod som en konsekvens av brist på moderns förmåga att tillfredsställa barnets behov. I början av 1980-talet började psykiatriprofessorn Arthur Crisp använda begreppet ”viktfobi” för att skildra rädslan som kan uppstå i samband med normal viktökning hos en anorektiker. Uttryck som hetsätning och kräkning bland kvinnor som inte var överviktiga har

beskrivits i litteraturen sedan 1900-talet (Norrington & Clinton, 2002). På 1970-talet beskrev Gerald Russell syndromet och gav det namnet Bulimia nervosa (Russell, 1979).

Ur ett systemteoretiskt perspektiv läggs tonvikten på interaktion mellan individen och dennes omgivning. Familjen avspeglas som ett sammansatt system. Bli en del av systemet påverkar till exempel genom att ett barn drabbas av sjukdom leder detta till konsekvenser i andra delar av systemet, sjukdomen ses som en del i det gemensamma livet. Systemteorin lägger vikt vid att problem finns som en närvarande aspekt i samspelet mellan familjemedlemmarna och innebär att helheten går före de enskilda delarna och har fokus i nuet. Systemteorin kan beskrivas som en cirkelform, saker och ting går runt, dock inte på ett repetitivt sätt. I ett sådant sammansatt system som en familj är, menar systemteorin att det behövs konstanter i form av rutiner för att emellanåt blockera en del i cirkeln exempelvis en familjemedlem, så att denna del får en chans till vila och en paus. På så sätt skapas gränser så att helheten kan fungera på ett tillfredställande sätt. Systemtänkaren menar att ordning och variation behövs och att förändringar ständigt sker men att dessa måste bemötas och accepteras för att på så sätt kunna ta emot och förändra i den riktning som önskas (Öquist, 2008).

Joyce Travelbees omvårdnadsteori beskriver omvårdnaden som en mellanmänsklig process. Travelbee menar att varje människa är unik och inte kan ersättas av någon annan. Därför måste det liv som ges vårdas och värdesättas. Detta medför att det inte finns en fullbordad mall som kan användas utan istället bör patienten och de anhöriga bemötas utifrån deras egna premisser och upplevelser. Begreppen patient och sjuksköterska ska inte användas då de har en tendens att generalisera en person. Istället är mellanmänskliga relationer det centrala. Lidande är något oundvikligt som alla upplever och ses av Travelbee som en nödvändig del av livet. Alla upplever lidande olika, fysiskt som psykiskt, och stor hänsyn ska därför tas till individens upplevelse. Det är viktigt att acceptera lidandet som något naturligt och inte som en orättvisa (Travelbee, 1971).

I sin yrkesutövning skall sjuksköterskor utgå från Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Där framkommer tydliga ramar för sjuksköterskans kompetensområde. Vid bemötande av patienten och närstående ska sjuksköterskan ha kapacitet att tillämpa ett empatiskt och respektfullt sätt. Förmåga att upplysa och bistå krävs vid undervisning av patienter/närstående. Syftet är att patient och närstående ska delta aktivt i behandlingen (Socialstyrelsen, 2005).

## Ätstörningar

Till de primära ätstörningarna hör: anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörning utan närmre specifikation. (Svenska psykiatriska föreningen, 2005). Denna litteraturstudie har inriktat sig på ätstörningarna anorexia nervosa och bulimia nevosa och vilken inverkan de får för familjen.

*Med ätstörning avses i första hand en ihållande störning i ätbeteende eller viktkontrollerande syfte, som påtagligt försämrar fysisk hälsa eller psykosocialt fungerande. Störningen skall ej vara sekundär till någon känd allmän medicinsk åkomma (t.ex. hypotalamisk tumör) eller annan psykiatrisk störning (t.ex. depression) (Svenska psykiatriska föreningen, 2005, s. 10).*

Forskning pekar på att orsaker till och utveckling av ätstörningar är mångskiftande men samtidigt finns det en korrelation mellan utvecklingen av ätstörningar och vissa faktorer – sociokulturella, gruppfaktorer, familjefaktorer, biologiska och genetiska faktorer, individuella faktorer och stress/trauma (Svenska psykiatriska föreningen, 2005). Perioden mellan åldrarna 12 -20 är typisk för debut av AN. Antalet nya fall per år uppskattas till cirka 10-40/100 000 kvinnor/år. Senare tonårsåldern förekommer som mest frekvent för uppkomst av BN. Epidemiologiska undersökningar anger cirka 5-65 fall av BN/ 100 000 kvinnor/ år (Svenska psykiatriska föreningen, 2005). Engström pekar på skillnaderna mellan könen - AN är 10-15 gånger vanligare hos flickor än hos pojkar (Engström, 2012a) och BN förekommer 10 gånger oftare hos flickor (Engström, 2012b).

AN startar vanligen smygande med symtom som minskade portioner och rädsla för fett. I nästa fas blir tankarna på vikt, mat och kroppsform tvångsmässiga och det är inte ovanligt med ett omåttligt motionerande. Gradvis leder sjukdomen till isolering av sociala kontakter och tvångsmässiga beteenden. De somatiska konsekvenserna av tillståndet kan vara allvarliga, speciellt om de förekommer tillsammans med kräkningar (Svenska psykiatriska föreningen, 2005). Att ha en negativ självbild samt dålig tillit till vårdpersonalen är en faktor som spelar en viktig roll vid behandling av ätstörningar. Den första kontakten är därför av central betydelse. Syftet är att skapa en bra och stabil arbetskoalition mellan vårdpersonalen och patienten där en auktoritär inställning inte bör finnas (Hällström, 2010).

Lättare form av AN behandlas i öppenvård där prioritetens avses vara att avbryta svälten. Betydande undervikt och tillstånd som leder till svåra komplikationer kräver tidvis sluten

vård. Psykoterapeutisk behandling och medicinsk vård behöver finnas som förstahandsalternativ (Svenska psykiatriska föreningen, 2005). Engström (2012a) anger att hos ungefär 15 procent av patienterna kan sjukdomen utvecklas till en kronisk form pågående under minst 15 år.

Vid behandling av BN ligger fokus på att avbryta de ohälsosamma matvanorna. Att föra en matdagbok betraktas som en lämplig metod för att återuppbygga störda matvanor. Kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi är exempel på effektiva behandlingsformer.

Prognosen för tillfrisknande av BN är osäker. Dock finns siffror som visar att mer än 50 procent tillfrisknar inom ett år men samtidigt är återfallsrisken inom en femårsperiod stor, 30-50 procent insjuknar på nytt (Engström, 2012b).

Det som främst skiljer BN från AN är att bulimikern trots försök att äta restriktivt och i mindre mängd även har episoder av hetsätning. En sådan episod medför ofta skuld och självförakt och resulterar i att bulimikern framkallar kräkningar eller missbrukar laxerande medel. Detta beteende leder till att BN patienter vanligen har ett normalt BMI (Fairburn & Harrison, 2003). I en studie av Rosen, Leitenberg, Fisher och Khazam (1986) undersöktes det vilken typ av mat och i vilken mängd som BN patienter hetsät. I undersökningen fann man att under en episod av hetsätning förtärde BN patienterna ofta kolhydrat- och kaloririk mat men inte i ansenliga mängder, det genomsnittliga intaget var mellan 1000-2000 kalorier/episod. Detta bestyrktes även i en studie genomförd i USA av Fitzgibbon och Blackman (2000). Studien jämförde BN patienter med personer som led av hetsätningsstörning (HÄS). Denna störning yttrar sig i perioder med hetsätning dock utan elimineringsförsök såsom exempelvis laxering eller kräkning som är förekommande vid BN. För diagnos krävs upprepade episoder under minst sex månader (Socialstyrelsen, 2011). Ovan nämnda studie undersökte skillnaderna mellan dessa grupper i vad de åt och i vilka mängder. Undersökningen påvisade ingen signifikant skillnad i antalet förtärda kalorier per hetsätningsepisod i BN gruppen och HÄS gruppen. Dock konstaterades det att BN gruppen hade ett signifikant högre intag av kolhydrater i form av snacks och sockerrika livsmedel än HÄS gruppen.

Att återställa intaget av mat och avbryta det kompensatoriska beteendet är den första fasen i behandlingen av BN. Patienter är ofta i behov av att få hjälp av vårdpersonalen för att kunna ändra sina matvanor. Forskning kring framför allt vuxna patienter påvisar att kognitiv



beteendeterapi är den terapiform som gett mest effekt (Svenska psykiatriska föreningen, 2005). Låg ålder vid insjuknandet och kort tid av sjukdom vid terapistart anses som fördelaktiga prognostiska kännetecken. Kraftig viktförlust, närvaro av bulimiska tecken och lång sjukdomsperiod betraktas som ofördelaktiga tecken. Även störda familjerelationen, närvaro av ångslan och hög ålder försämrar prognosen (Svenska psykiatriska föreningen, 2005).

## Familjepåverkan

I en studie från Australien av Hillage et al. (2006) definierades familjepåverkan vid AN till följande områden: splittring eller förening av familjen, föräldrarnas oförmåga att hantera situationen, olämpliga kommentarer från viktiga personer, den sociala isoleringen och finansiella konsekvenser. Garley och Johnson (1994) kunde genom att intervjua syskon till anorektiska patienter belysa fem signifikanta teman vilka resulterade i två slutsatser: intensiva och splittrade emotioner och en genomträngande påverkan på syskonens liv. Enligt Hillage et al. (2006) visade det sig att ätstörningar innebar en stor stressfaktor för familjen. Detta resulterade i sprickor mellan familjemedlemmarna eftersom förmågan att hantera saker försämrades. Dock framkom det i några av de intervjuade familjerna att ätstörningen istället hade en förenande effekt på familjens liv eftersom de tillsammans arbetade mot ett gemensamt mål för att få barnet/syskonet med AN/BN att tillfriskna.

En krissituation i familjen kan uppstå som en konsekvens av att ett barn har drabbats av ätstörningen. Föräldrarna befinner sig i en situation där de är i behov av att få information och support (Hällström, 2010). En studie gjord av Gowers och North (1999) pekade på att problem i familjen inte hade något samband med svårighetsgraden av sjukdomen (AN). De fann vidare att förbättring av sjukdomen inte nödvändigtvis förbättrade familjefunktionen.

I mötet med familjen där en person har en ätstörning behöver sjuksköterskan ha en förståelse för hur hela familjen påverkas.

## **Syfte**

Att undersöka hur anorexia nervosa och bulimia nervosa hos barn och ungdomar påverkar familjens liv.

### *Specifika frågeställningar*

Vilka konsekvenser får sjukdomarna hos de närstående?

Hur kan sjuksköterskan bemöta de anhöriga?

## **Metod**

En litteraturstudie innebär att skildra, summera och utvärdera forskningen inom ett specifikt område, både kvalitativt och kvantitativt (Polit & Beck, 2006).

Denna litteraturstudie inkluderar 11 vetenskapliga artiklar - sex kvalitativa och fem kvantitativa.

## **Urval**

Artiklarna söktes i databaserna Medline/PubMed, Cinahl och PsycInfo.

Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) anger att databasen Medline innehåller medicinsk litteratur och tidskrifter som berör omvårdnad. Uppdatering av Medline sker dagligen och omfattar omkring 15 miljoner artiklar. Referensregistrering i databasen påbörjades på 1960-talet. PubMed betraktas som den största sökmotorn inom Medline.

Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl) innehåller till 65 procent artiklar riktade mot omvårdnad men även artiklar om: nutrition, tandvård och sjukgymnastik. Från 1983 och framåt finns referenser registrerade (Willman et al., 2006).

Databasen PsycInfo innehåller främst artiklar inom området psykiatri men innefattar också andra områden, till exempel farmakologi, omvårdnad och sociologi. I PsycInfo finns referenser från 1887 och framåt (ibid).

Artikelgranskningen bestod av tre steg och påbörjades med läsning av abstraktet från 25 artiklar. Dessa abstrakt lästes och diskuterades av båda författarna. I nästa steg valdes 13 artiklar ut som relevanta för litteraturstudiens syfte och bedömdes kunna besvara frågeställningarna. I steg tre användes ”Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod” och ”protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod” (Willman et al. 2006) för att gradera kvaliteten av artiklarna. ”Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod” (ibid) modifierades av författarna ”för att passa aktuell granskning” (s.95). Frågorna: ”randomiseringsförfarande beskrivet?”, ”analyserade i den grupp som de randomiserades till?”, ”blindning av patienter?”, ”blindning av vårdare?”, ”blindning av forskare?” valdes bort. Anledningen till detta var att resultatet av sökningen inte gav några randomiserade kontrollerade studier. I samband med redan nämnda granskningen föll två av artiklarna bort då de inte uppnått Grad III. Granskningen resulterade i att 11 vetenskapliga artiklar valdes för litteraturstudien.

## **Datainsamling**

Den primära sökningen i PubMed initierades med fritextord ”Eating disorders”, ”Anorexia nervosa”, ”Bulimia nervosa”, ”Family” och ”Nursing care”. Sökningarna resulterade i ett stort antal träffar vilket av författarna ansågs för omfattande att granska. Därför inleddes en ny sökning med MeSH termer; ”Eating disorders”, ”Anorexia nervosa”, ”Bulimia nervosa”, ”Family”, ”Nursing care”. För att ytterligare bredda ämnet lades MeSH termerna ”Psychological adaptation”, ”Family health”, ”Family experience” och ”Coping strategies” till sökningsproceduren (Tabell 1).

Fritextsökning användes i databasen Cinahl med orden: ”Eating disorders”, ”Anorexia nervosa”, ”Bulimia nervosa”, ”Psychology”, ”Family functioning” och ”Family life” (Tabell 2).

Den tredje databasen som användes var PsycInfo. I sökningsprocessen tillämpades sökorden: ”Eating disorders”, ”Family conflict” och ”Family relations” (Tabell 3).

Inklusionskriterier: Artiklarna skulle vara publicerade tidigast 2002 och skulle vara skrivna på engelska eller på svenska. Åldersbegränsning: 0 – 24 år

Exklusionskriterier: review artiklar.

## Sökschema

Tabell 1. Sökningschema i PubMed

Sökning	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2
#1	Eating disorders	7056	0	0
#2	Anorexia nervosa	2607	0	0
#3	Bulimia nervosa	1154	0	0
#4	Family	76862	0	0
#5	Nursing care	21649	0	0
#6	Adaption, Psychological	39136	0	0
#7	Family health	8905	0	0
#8	Coping strategies	6574	0	0
#9	#1 and #4 and #5	9	4	2
#10	#1 and #6 and #7	39	2	0
#11	#2 and #3 and #7	10	4	2

Tabell 2. Sökningschema i Cinahl

Sökning	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2
#1	Eating disorders	2038	0	0
#2	Anorexia nervosa	1100	0	0
#3	Bulimia nervosa	513	0	0
#4	Psychology	5826	0	0
#5	Family functioning	1004	0	0
#6	Family life	3016	0	0
#7	#1 and #4 and #5	4	4	1
#8	#1 and #4	31	4	3
#9	#1 and #5	8	3	2

Tabell 3. Sökningsschema I PsycINFO

Sökning	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2
#1	Eating disorders	16536	0	0
#2	Family conflict	8172	0	0
#3	Family relations	22920	0	0
#4	#1 and #2	75	0	0
#5	#1 and #2 and #3	20	4	3

## Dataanalys

I syfte att bearbeta de utvalda 11 artiklarna, varav sex beskrev kvalitativa och fem beskrev kvantitativa studier, skapade författarna en matris utarbetad av Willman et al. (2006).

Matrisen bidrog till att uppnå bättre översikt och tyngdpunkten låg på Syfte, Metod, Deltagare och Resultat av de enskilda studierna. Artiklarna analyserades utifrån Friberg (2012).

Artiklarna lästes av båda författarna upprepade gånger med syfte att skapa förståelse och kunna analysera data. Denna process ledde till att var och en av artiklarna sönderdelades och relevant information plockades ut. Följande diskussioner resulterade i identifiering av vissa tematiska domän. En noggrann läsning siktade på att uppmärksamma och fånga även mindre synliga spår inom angivna teman i artiklarna. De delarna av artiklarnas resultat som inte kunde besvara våra frågeställningar redovisades inte. I följande steg, där tyngden låg på upprepade diskussioner, sammanställdes de enskilda teman och ett nytt resultat skapades.

Vid analysens gång utformades resultatet med tre huvudsakliga teman.

- *Inverkan på familjeliv*
- *Inverkan på föräldrar*
- *Familjen och vårdpersonalen*

## Forskningsetiska avvägningar

Författarna ville främst innefatta artiklar där en etisk prövning hade gjorts och att detta tydligt framgick. Sju av de elva artiklarna hade ett tydligt etiskt avsnitt och hade godkänts av en etisk

kommitté. Tre saknade godkännande av en etisk kommitté men påvisade ett etiskt resonemang och det framgick tydligt att de medverkande fått god information om studiens innehåll och upplägg och det framkom också att de frivilligt deltog i studien. Endast en artikel saknade etiskt resonemang men författarna valde likväl att inkludera denna i litteraturstudien då den omfattade andra styrkor och kunde svara mot syftet på ett bra sätt. Egna synsätt eller föreställningar har beaktats för att undvika bias vid tolkningen utav resultaten. Artiklarna redovisas objektivt oavsett resultat. Birkler (2007) anger att enligt Hans Georg Gadamer, hermeneutiker, så beror individens förståelse av världen på den aktuella situationen och egen förförståelse på världen. Därför tolkas en aktuell situation aldrig förutsättningslöst. För att undvika ”inlåsningen” i sina egna tankar krävs det att individen tillåter omvärlden att påverka ens förförståelse. Vid strävan att förstå t.ex. en text vilar vikten på att ”börja med sin egen förförståelse” (s.46).

## Resultat

### Inverkan på familjeliv

Dimitropoulos, Carter, Schachter och Woodside (2008) fann att vårdarnas bördor och social support var starka prediktorer på familjefunktionen. Social support – utanför familjen - visade en starkt negativ korrelation med familjefunktionscore ( $p < 0,001$ ) dvs. minskad social support ledde till högre dysfunktion i familjen. Högre familjefunktionscore visade att familjefunktionen var ohälsosam. Däremot support given av vårdpersonalen var inte signifikant korrelerat med familjefunktionscore. Vikten av social support i form av visad empati från vänner och familjemedlemmar lyftes även fram av mammornas berättelser (Whitney et al., 2005) men båda föräldrarna upplevde att andra människor inte kunde värdera och förstå svårigheterna de och deras barn gått igenom.

Ett familjeliv fyllt med konflikter och gräl var en konsekvens av barnens sjukdom (AN) (Dallos & Denford, 2008; Whitney et al., 2005). Dimitropoulos et al. (2008) studie underströk nämnda resultat med visad signifikant korrelation mellan familjefunktionscore och score av föräldrarnas börda och även mellan familjens konfliktscore och familjefunktionscore (ibid.). Resultat i en studie av Sim et al. (2009) visade att ur mammornas perspektiv hade familjer

med AN mer konflikter jämfört med två andra grupper - en grupp med diabetes mellitus (DM) och en grupp med barn utan känd fysisk och psykisk sjukdom. Dallos och Denford (2008) lade till ytterligare en dimension i familjekonflikter med att beskriva syskons reaktioner. En bror till en flicka med AN beskrev att systemens sjukdom kom att vara en anledning till uppkomsten av föräldrarnas konflikter som i sin tur resulterade i utvecklingen av en ytterligare konflikt i familjen – en osämja mellan syskon. Samma studie beskrev familjesituationen sett från det sjuka barnets perspektiv. En flicka med anorexia beskrev att hennes sjukdom förbättrade föräldrarnas dåliga relation. Innan sjukdomens utbrott var deras förhållande dåligt och hot om separation förekom ständigt. Flickan angav vidare att hon befann sig mittemellan sina föräldrar och att anorexian blev ett sätt att reducera föräldrarnas konflikter.

Båda sjukdomarna – AN (Whitney et al., 2005; Kyriacou, Easter & Tchanturia, 2009) och BN (Perkins, Winn, Murray, Murphy & Schmidt, 2004) påverkade familjelivet vilket avspeglades i form av ett visst beroende. Föräldrar beskrev känslan av att personen med BN, vilken de vårdade, var beroende av dem och inte kunde ta hand om sig själv (Perkins et al., 2004). Relationen till andra familjemedlemmar var starkt påverkad av behovet som den sjuka personen utstrålade. Whitney et al. (2005) fann att patienterna upptog en stor del av föräldrarnas tid och detta ledde till utveckling av en beroenderelation. Samtidigt uttryckte föräldrarna själva överengagemang i rollen som vårdare. Flickornas starka beroenderelation till sina mammor beskrevs i en studie av Kyriacou et al. (2009). Denna aspekt hade likaledes en negativ inverkan på mammornas relation till andra personer.

Positiva konsekvenser av sjukdomen (BN) belystes i en studie av Perkins et al. (2004) då vissa föräldrar angav att relationen i familjen och familjefunktionen förbättrades och flera föräldrar i studien uttryckte att sjukdomen bidrog till en nära kontakt mellan dem och barnet.

Föräldrarnas ovilja att berätta om sjukdomen (AN) för andra beskrevs av Whitney et al. (2005). En anledning till detta var föräldrarnas rädsla av stigmatisering. De kände indignation när andra människor hade en tendens att banalisera sjukdomen (AN) och förenade ätstörningarna med stigma. Enligt Dimitropoulos et al. (2008) studie framträdde det att stigma mot familjen med en person med AN visade signifikant positiv korrelation med familjefunktionscore. Däremot kunde inte stigma mot personen med AN påvisas. En upplevelse av stigmatisering beskrev även några av de intervjuade föräldrarna i en studie av



Honey et al. (2008). Föräldrarna angav att denna känsla uppstod vid samspelet mellan dem och vårdpersonalen. Orsaken var att föräldrarna upplevde att vårdpersonalen bedömde dem som dåliga föräldrar.

Ur en annan synvinkel bedömdes stämningen i familjen av Nilsson, Engström och Hägglöf (2011). I denna studie fyllde flickorna i åldern 13 – 17 år med ätstörningar (AN, BN) och deras föräldrar (flest mammor) i flera frågeformulär vilka följdes upp en gång initial, därefter en gång efter 18 månader och en gång efter 36 månader. Statistisk analys av resultatet visade att flickorna som återhämtade sig från sjukdomen och även deras föräldrar upplevde en högre grad av närhet efter 36 månader jämfört med gruppen av föräldrar och flickor som inte återhämtade sig. Avståndet inom familjen skattades högre av flickorna i NR gruppen i 36 månadersperioden. I perioden 0 – 18 månader fanns inga skillnader i familjestämningen. Kyriacou et al. (2009) beskrev en skadlig och påfrestande effekt på familjestämningen som orsakades av starka emotionella svängningar hos ungdomar med AN. I familjer med en person med BN (Perkins et al., 2004) uttryckte några föräldrar att deras vårdande av en person med BN resulterade i att andra i familjen blev ignorerade.

## **Inverkan på föräldrar**

Sjukdomens inverkan på föräldrarna avspeglades i både emotionella och kognitiva dimensioner. Whitney et al. (2005) and Perkins et al. (2004) visade att negativa känslor var dominerande hos båda föräldrar i samband med sjukdomens uppkomst (AN, BN) då föräldrarna kände skuld och misslyckande. Samtidigt visade Perkins et al. (2004) att föräldrarnas respons skilde sig från varandra. Vissa kände ansvar för att deras egna ätvanor kunde påverkat döttrarnas beteende dock uttryckte de flesta att sjukdomsutvecklingen (BN) inte var deras fel. Föräldrarnas negativa känslor som uppstod vid sjukdomens utbrott hade samma intensitet under sjukdomstiden Vid förbättring av barnens tillstånd kände föräldrarna en lättnad. Whitney et al. (2005) beskrev att känslorna hos båda föräldrar var negativa, de kände skuld för uppkomsten av döttrarnas sjukdom (AN).

Negativa känslor präglade även föräldrarnas sätt att tänka kring barnens situation och framtiden. Barnets möjligheter rörande framtiden sågs ur en mer negativ synvinkel hos

mammorna i Whitney et al. (2005) studie. Förlorade möjligheter för den sjuke personen (BN) men även för dennes föräldrar togs likaledes upp i en studie av Perkins et al. (2004).

Whitney et al. (2005) beskrev föräldrarnas olikheter i bemästringen av sjukdomen (AN). Pappor uttryckte större optimism i syfte att reducera känslan av hopplöshet rörande dotterns framtid. De valde även att i större utsträckning distansera sig från hemsituationen med ökad vistelse på arbetet som följd. Mödrar visade i högre utsträckning en emotionell påverkan som uttryckte sig i form av sömnsvårigheter och misströstan. En kvantitativ studie gjord av Kyriacou, Treasure och Schmidt (2008) påvisade också könsskillnader och kunde visa att mammor i högre grad drabbades av depression och ångest än pappor i samband med barnens sjukdom (AN). Detta kunde även styrkas i Lobera, Garrido, Fernández och Bautista (2010) studie som ville undersöka om det förekom skillnader mellan könen i hur man hanterade vårdgivarrollen till en närstående med AN/BN. Resultatet av studie visade på signifikanta skillnader mellan könen. Kvinnor tenderade att använda sämre ”coping” strategier i relationen till den sjuke och uppvisade samtidigt en signifikant högre neurotisk personlighet. Andra aspekter som skilde könen: kvinnorna påvisade en lägre självkänsla, hade sämre sjukdomsinsikt och upplevde en något sämre livskvalitet.

En annan synvinkel gällande föräldrarnas påverkan presenterades av McMaster, Beale, Hillege och Nagy (2004) som fann att vissa föräldrar var redo att göra allt möjligt och inte ge upp för att bidra till döttrarnas tillfrisknande.

Svårigheterna att upptäcka barnens sjukdom beskrevs bland annat av Perkins et al. (2004). Trots misstankar var det svårt, enligt mammorna, att urskilja sjukdomstecken från ett vanligt tonårsbeteende. Detta bekräftades i Whitney et al. (2010) studie. Där skildrade en pappa sin känsla av skuld över dotterns sjukdom (AN) och förnimmelsen av misslyckande och ansvar över att han inte kunnat urskilja de första tecknen på sjukdomen och på så sätt kunnat bistå dottern tidigare. Det framgick tydligt att flera av de intervjuade föräldrarna kände en skuld i barnens sjukdom och ett ifrågasättande över vad de kunnat göra annorlunda för att förhindra sjukdomens uppkomst.

## Familjen och vårdpersonalen

Föräldrarnas behov att vara informerade trädde fram som en viktig aspekt i vårdprocessen rörande ett barn med AN eller BN. Honey et al. (2008) beskrev föräldrarnas vilja att vara inkluderade i vårdförloppet och att vara informerade om vårdprocessens utveckling. Samtidigt ville föräldrarna att deras synpunkter skulle bli hörda. Även föräldrarna i en studie av McMaster et al. (2004) behövde hjälp i form av att få information under vårdprocessen. Det framkom att många av dem sökte information utanför vårdsystemet. I samma kontext angav Honey et al. (2008) att föräldrarna uppskattade explicita riktlinjer och vårdpersonalens respons på det de gjorde. Rekommendationer uppskattades om de var anpassade till familjens behov.

Vårdpersonalens syn på föräldrarna till barn med en ätstörning men även på själva barnet skildrades i kvalitativa studier. McMaster et al. (2004) beskrev att vissa av föräldrarna kände sig anklagade för sina döttrars tillstånd och att vårdpersonalens syn på det sjuka barnet (AN, BN) och även på föräldrarna hade en stereotyp karaktär. Detta resulterade i att interaktionen mellan föräldrarna och vårdpersonalen upplevdes som negativ. Detta styrktes i en studie av Honey et al. (2008) där några föräldrar kände att vårdpersonalen lade skulden på dem i samband med uppkomsten av döttrarnas sjukdom (AN) och att de som föräldrar inte gjorde det bästa för dotterns tillfrisknande.

Den emotionella aspekten av sjukdomen beskrevs inte endast av familjemedlemmarna utan även av vårdpersonalen. I en studie av Kyriacou et al. (2009) intervjuades föräldrarna till barn med AN (12 föräldrar), sex unga vuxna med AN och vårdpersonal – sju sjuksköterskor, tre psykiatriker och nio psykologer som jobbade på en ätstörningsenhet i Storbritannien. Resultatet pekade på att de unga vuxna med AN inte hade förmågan att hantera sina känslor men de kunde läsa av andras känslor. Det fanns samtidigt brist på empati och förståelse för hur sjukdomen påverkade familjen. Patienterna undvek att uttrycka känslor då dessa upplevdes som smärtsamma vilket enligt vårdpersonal bromsade återhämtningsprocessen. En studie av Honey et al. (2008) beskrev vilka emotionella reaktioner som uppstod hos föräldrar till ett barn med AN i samband med vårdpersonalens bemötande. Föräldrarna reagerade emotionellt positivt ifall empati och respekt visades av vårdpersonalen. Negativa attityder från vårdpersonalen ledde till att föräldrarna istället kände misstro och stress. Detta

bekräftades även av McMaster et al. (2004). Föräldrarna i denna studie upplevde många negativa interaktioner med vårdpersonal under barnens vårdtid. Bland annat kände föräldrarna sig uteslutna från barnens vård vilket resulterade i att avståndet mellan dem och vårdpersonalen ökade. Två av de 22 föräldrarna i samma studie beskrev emellertid att de också haft positiva erfarenheter i samspelet med vårdpersonalen.

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

I början var tanken att endast använda kvalitativa studier för att besvara frågeställningarna men när artiklarna söktes fann vi också kvantitativa studier som kunde användas för att på ett nyanserat sätt besvara/belysa frågeställningarna. De kvantitativa artiklarna togs därför med.

Sökningen genomfördes i tre olika databaser Medline, Cinahl och PsycINFO. Under sökningens gång lades sökordet ”Family conflict” till i databasen PsycINFO då författarna genom snabbbläsning av nyckelord upptäckte att detta sökord kunde ge en annan bild av familjelivet. Samtidigt var författarna medvetna om att det finns en risk med ett negativt laddat sökord och att detta kan utesluta de möjliga positiva effekterna av sjukdomarna på familjelivet/familjemedlemmarna.

Anledningen till att författarna tog bort två av de 13 valda vetenskapliga artiklarna var att två artiklar inte uppnådde Grad III, och författarna ville främst använda artiklar som uppnått Grad I och II.

Syftet med den enskilda granskningen är att kunna förstå och tolka resultaten för att efter diskussion sammanfatta artikeln och kategorisera, vilket i kvalitativa studier innebär att sortera och ordna fakta (Polit & Beck, 2006). Artiklarna lästes av båda författarna upprepade gånger för att skapa förståelse och kunna lyfta fram och sortera olika teman.

Alla utvalda studier visade sig vara gjorda i västvärlden. Detta ansågs av författarna vara en begränsning av litteraturstudien då AN/BN förekommer i andra världsdelar.

## Diskussion av framtaget resultat

Syftet med litteraturstudien var att få en inblick i hur familjen liv påverkas av barnets sjukdom/ätstörning. I resultaten trädde främst en negativ påverkan på familjen fram presenterad i olika former. Ett exempel som beskrevs i flera studier var stigmatisering. Whitney et al. (2005) tog upp att föräldrarna undvek att tala om barnens sjukdom med andra människor i omgivningen. Anledningen till detta var rädslan av stigmatisering till följd av sjukdomen. Det faktum att stigma mot familjen med ett barn med AN/BN fanns bekräftades också av Dimitropoulos et al. (2008). En intressant slutsats var att studien påvisade stigmatisering mot familjen men inte mot barnet med en ätstörning. Den möjliga förklaringen till detta kan ligga i att andra människor betraktar ett sjukt barn som en person som behöver hjälp och vård och att det är själva familjesituationen, exempelvis konflikter i familjen och dåliga relationer som kan orsaka en ätstörning. I studien av Honey et al. (2008) tydliggjordes ytterligare en dimension då föräldrar i denna studie förmedlade att de känt sig stigmatiserade i kontakt med vårdpersonalen, att fördomar och stereotypa föreställningar även fanns hos utbildad personal. Fördomar och negativa attityder gentemot personer med ätstörningar uttrycktes även av blivande vårdpersonal (Roehrig & McLean, 2010). En möjlig förklaring till föräldrarnas ovilja att berätta om sjukdomen kunde härröra från deras känsla av skuld och skam. Detta kan i sin tur leda till att föräldrarna går miste om viktigt stöd hos omgivningen. Att få föräldrarna att öppna sig och berätta mer om sjukdomen för andra människor kan leda till förbättring av andras förståelse om deras situation. En möjlig positiv konsekvens som då kan uppstå är en minskad stigmatisering. Oroande känslor väckte slutsatserna rörande vårdpersonalens attityder gentemot både föräldrarna och barnet med en ätstörning. Författarna undrar i vilken utsträckning sjuksköterskan, som en del av vårdpersonalen, med nämnda åsikter kan stödja familjen? Dessa attityder kan leda till brister i bemötandet och en försämrad förståelse för familjens situation.

Sjuksköterskan kan finna mycket inspiration i Travelbees syn på omvårdnad där hon lyfter vikten av en mellanmänsklig process. Varje människa måste ses som en unik varelse och vårdas och värdesättas därefter. Alla människor utsätts någon gång i livet för lidande och då bör fokus ligga på att finna en mening i detta och att hjälpa den sjuke och dess familj i att bemästra situationen. (Travelbee, 1972). I mötet med ett barn med en ätstörning och även dess familj har sjuksköterskan en bra möjlighet att ge omvårdnad som utgår ifrån och är anpassad till deras egna behov och livssituation. Med detta förhållningssätt kan hon undvika inlåsning i

ett stereotypiskt tankesätt vilket kan leda till minskad stigmatisering och en bättre förståelse för familjens situation.

En intressant iakttagelse var att det framkom både positiva och negativa konsekvenser av sjukdomarna rörande familjefunktion och familjelivet. En negativ inverkan uppstod i form av konflikter i familjen (Dallos & Denford, 2008; Whitney et al., 2005; Dimitropoulos et al., 2008). Den positiva inverkan av sjukdomen (BN) avspeglades i en förbättrad relation mellan familjemedlemmarna (Perkins et al., 2004). Detta framkom också i Hillage et al. (2006) där föräldrar till ett barn med AN beskrev positiva effekter av barnens sjukdom på familjelivet i form av en sammansatt familj som arbetade tillsammans för barnets tillfrisknande. Det tydliggjordes inte vad det var som orsakade om familjen reagerade positivt eller negativt och i många familjer fanns det blandade känslor kring barnets sjukdom. En förklaring kan finnas i en social support, både inom och utanför familjen. Dimitropoulos et al. (2008) visade att minskad social support av familjen bidrog till försämrade familjefunktion. I Whitney et al. (2005) uttrycktes också vikten av social support och svårigheterna för omgivningen att helt förstå innebörden i sjukdomen och dess påverkan på familjens liv. Stigma och minskad social support hör samman då familjen på grund skuld och skam över sjukdomen väljer att inte delge eller söka stöd hos omgivningen som i tur kan utveckla ökad stigmatisering mot familjen. Att bryta den ”onda cirkeln” och på så sätt öka familjens support kan hjälpa familjen att klara av sin situation på ett bättre sätt. Systemteorin menar att support är viktigt då familjemedlemmarna kan behöva ta en paus ifrån sjukdomen, och kopplas bort från ansvaret för att få ny kraft och orka gå vidare. I det här sammanhanget har sjuksköterskan en unik möjlighet att stötta föräldrarna. Med ett empatiskt sätt kan hon förmedla att hon förstår föräldrarnas engagemang i barnets tillstånd. Dock är det viktigt att hon tydliggör att det inte är fel att vilja återhämta sig och koppla bort sjukdomen för en stund.

Flera studier synliggjorde skillnaderna mellan hur mammor och pappor hanterade sjukdomen och hur sjukdomen påverkade dem. Det som var tydligt var att mammor i högre grad fick en negativ emotionell påverkan. Hos pappor avspeglades också en negativ påverkan dock använde pappor andra strategier i samband med barnens sjukdom (Whitney et al., 2005; Kyriacou et al., 2008; Lobera et al., 2010). Samtliga studier i resultatet kommer från västvärlden men det som framkom rörande mammors emotionella respons bekräftas även från en studie gjord i Kina (Ma, 2010) som också påvisade att mammor upplevde mer psykologisk stress än pappor. En högre stressnivå kan grunda sig på att mammor vistas med sina barn i

större utsträckning än pappor vilket kan resultera i t.ex. trötthet. En trötthet som kan bero på att mammorna investerar mer energikrävande känslor och engagemang än pappor.

Vårdpersonalens bemötande av en familj med ett barn med en ätstörning betraktades som en viktig faktor i den ömsesidiga interaktionen. Den försämrades påtagligt om föräldrarna inte kände stöd från vårdpersonalen (McMaster et al., 2004; Honey et al., 2008). Detta påverkade föräldrarna negativt eftersom det försämrade deras hantering av sjukdomen och gav dem en sämre framtidstro. Det försvagade också möjligheten för föräldrarna att fungera som en resurs till barnen och att ta över den vård som barnen fått på sjukhuset.

## **Kliniska implikationer**

Resultatet av studien lyfter bland annat fram kontakten mellan vårdpersonalen och föräldrarna och dess konsekvenser. Sjuksköterskan som en del av vårdpersonalen och hennes/hans roll uppfattas i det här sammanhanget som dominerande eftersom dennes attityd påverkar föräldrarna och även det sjuka barnet, respektive hela familjen. Denna påverkan kan avspeglas i både negativ och positiv utsträckning. För att det positiva inflytandet ska bli övervägande kan även denna studie bidra då sjuksköterskan får möjligheten att få en bättre inblick i familjens situation i samband med barnets sjukdom. Därmed får hon/han hjälpmedel till att anpassa bemötandet till situationen i familjen och de enskilda medlemmarnas behov. Sjuksköterskans agerande och kommunikation med familjemedlemmarna bör inte vara med en anklagande inställning utan den ska vara respektfull för den besvärliga situationen där också omgivningen har en anklagande attityd mot familjen och där relationen mellan familjemedlemmarna ofta är spänd. Samtidigt kan sjuksköterskan arbeta för att uppnå Socialstyrelsens rekommendationer rörande legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) där träder det bland annat fram att sjuksköterskan skall ha förmågan att samtala med närstående och patienter på ett sätt där empati och respekt tillämpas och också identifiera de personerna som inte själva tydligt kan formulera sina behov av att få information. Samma vikt har även en annan del av sjuksköterskans roll - att ge bra stöd och god information. Att som sjuksköterska använda föräldrarnas vilja i att vara delaktiga i vårdprocessen och att ha tillgång till all nödvändig information för att hjälpa sina barn är bara en naturlig förlängning av denna roll.

## **Författarnas arbetsfördelning**

Artikelsökningen utfördes tillsammans. De utvalda artiklarna har kvalitetsgranskats, lästs och evaluerats både var för sig och tillsammans för att få en opartisk sammanställning. Genom regelbundna gemensamma möten och diskussioner har arbetet växt fram. Regelbunden kontakt har hållits med författarnas handledare för att få nödvändig feedback och stöttning. Arbetet har skrivits gemensamt av båda författarna.



## Referenser

\*Artiklar markerade med asterisk ingår i resultatdelen.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Clinton, D. N., & Norring, C. (Red.). (2002). *Ätstörningar: bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.

\*Dallos, R., & Denford, S. (2008). A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical child psychology and psychiatry*, 13, (2), 305-322.

\*Dimitropoulos, G., Carter, J., Schachter, R., & Woodside, D. B. (2008). Predictors of family functioning in carers of individuals with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41, (8), 739–747.

Engström, I. (2012a). *Anorexia nervosa*. Hämtad den 20 december, 2012 från: [http://www.internetmedicin.se/dyn\\_main.asp?page=980](http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=980)

Engström, I. (2012b). *Bulimia nervosa*. Hämtad den 19 december, 2012 från: [http://www.internetmedicin.se/dyn\\_main.asp?page=981](http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=981)

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407–16.

Fitzgibbon, M. L., & Blackman, L. R. (2000). Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa: Differences in the Quality and Quantity of Binge Eating Episodes. *International Journal of Eating Disorder*, 27, 238-243.

Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.

Garley, D., & Johnson, B. (1994). Siblings and eating disorders: a phenomenological perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1, 157-164.

Gowers, S., & North, C. (1999). Difficulties in family functioning an adolescent anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 63-66.

Hillage, S., Beale, B., & McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: individual parents' stories. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1016-1022.

\*Honey, A., Boughtwood, D., Clarke, S., Halse, C., Kohn, M., & Madden, S. (2008). Support for parents of children with anorexia: what parents want. *Eating Disorders*, 16, (1), 40-51.

Hällström, T. (2010). Ätstörningar. I J. Herlofson, L. Ekselius, L.-G. Lundh, A. Lundin, B. Mårtensson & M. Åsberg (Red.), *Psykiatri* (s.423-433). Lund: Studentlitteratur.

\*Kyriacou, O., Easter, A., & Tchanturia, K. (2009). Comparing views of patients, parents, and clinicians on emotions in anorexia: a qualitative study. *Journal of health psychology*, 14, (7), 843-54.

\*Kyriacou, O., Treasure, J., & Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41, (3), 233-242.

\* Lobera, I. J., Garrido, O., Fernández, M. J. S., & Bautista, E. A. (2010). Social comparison as a coping strategy among caregivers of eating disorder patients. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 17, (9), 775-82.

Ma, J. L.C. (2011). An exploratory study of the impact of an adolescent's eating disorder on Chinese parents' well-being, marital life and perceived family functioning in Shenzhen, China: implications for social work practice. *Child and family social work*, 16, 33-42.

\*McMaster, R., Beale, B., Hillege, S., & Nagy, S. (2004). The parent experience of eating disorders: interactions with health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, (1), 67-73.

\*Nilsson, K., Engström, I., & Hägglöf, B. (2011). Family climate and recovery in adolescent onset eating disorders: a prospective study. *European Eating Disorders Review*, 20, (1), 96-102.

Norring, C., & Clinton, D. (2002). Historik. I D. Clinton & C. Norring (Red.), *Ätstörningar: bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (s. 19-24). Stockholm: Natur och Kultur.

\*Perkins, S., Winn, S., Murray, J., Murphy, R., & Schmidt, U. (2004). A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 1: The Emotional Impact of Caring. *International Journal of Eating Disorders*, 36, (3), 256-68.

Polit, D.-F., & Beck, C.-T. (2006). *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and Utilization*. (6thed). Philadelphia: Lippincott.

Roehrig, J. P., & McLean, C. P. (2010). A comparison of stigma toward eating disorders versus depression. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 671-674.

Rosen, J. C., Leitenberg, H., Fisher, C., & Khazam, C. (1986). Binge-eating episodes in bulimia nervosa: The amount and type of food consumed. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 255-267.

Russel, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-48.

\*Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, A. N., Vande, Voort, J. L., Schak, K. M., & Ellingson, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42, (6), 531-539.

Socialstyrelsen. (2011). *Hetsättningsstörning*. Hämtad 3 jan 2013 från,  
<http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/halsoproblem/Hetsatningsstornning/Sidor/default.aspx>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm:  
Socialstyrelsen. Hämtad 1 feb 2012 från  
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Svenska psykiatriska föreningen (2005). *Ätstörningar: kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. (1. utg.). Stockholm: Gothia.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2. ed.) Philadelphia: Davis.

\*Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W., & Treasure, J. (2005).  
Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 444-449.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (3 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Öquist, O. (2008). *Systemteori i praktiken: konsten att lösa problem och nå resultat*. (3., omarb. uppl.) Stockholm: Gothia.

