

Marthe Therese Forså Olasveen 10034
Gunn Irene Åransberg 10008
Isak Krukhaug Linde 10031

Gruppe 18

Hvilke helsefremmende faktorer er viktige for å hjelpe pasienter med binge-eating disorder?

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Inger Balke
Mai 2023

Marthe Therese Forså Olasveen 10034
Gunn Irene Åransberg 10008
Isak Krukhaug Linde 10031

Gruppe 18

Hvilke helsefremmende faktorer er viktige for å hjelpe pasienter med binge-eating disorder?

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Inger Balke
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Hvilke helsefremmende faktorer er viktige for å hjelpe pasienter med binge eating disorder (BED)?</u>	Dato : 16/5-2023
Forfattere:	<u>Isak Krukhaug Linde, Marthe Therese Forså Olsveen, Gunn Irene Åransberg.</u>	
Veileder:	<u>Inger Balke</u>	
Nøkkelord:	<u>Binge eating disorder, cognitive behavior therapy, Treatment outcome, quality of live</u>	
Antall sider/ord: 36/10060	Antall vedlegg: 0	
<p>Bakgrunn: Oppgaven omhandler pasienter med Binge Eating Disorder (BED) er en spiseforstyrrelse som ikke er like kjent som anorexia nervosa og bulimi.</p> <p>Hensikt: Hensikten med oppgaven var å avdekke hva sykepleiere kan bidra med for at BED pasientene skal oppnå bedret livskvalitet.</p> <p>Metode: Litteraturstudie er benyttet som metode. Data ble hentet inn ved hjelp av strukturerte søk etter studier i ulike databaser. I denne oppgaven har det blitt brukt 5 vitenskapelige artikler, både kvalitative og kvantitative, som ble funnet i PubMed og Cinahl. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble satt.</p> <p>Resultat: Etter å ha oversatt og tolket resultatene i artiklene, så vi at de fleste artiklene omhandlet samme behandlingsmåte, kognitiv behandlings terapi/ CBT. Det er viktig at pasienten med BED får undervisning og informasjon om sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse, som igjen gir økt livskvalitet.</p> <p>Konklusjon: Studiene viser at økt livskvalitet gir færre overspisingsepisoder og dermed får pasienten bedre mestring og bedre selvfølelse.</p>		

ABSTRACT

Title:	What health promotion factors are important in helping patients with binge eating disorder (BED)?	Date : 16/5-2023
Authors:	Isak Krukhaug Linde, Marthe Therese Forså Olasveen, Gunn Irene Åransberg.	
Supervisor:	Inger Balke	
Keywords:	Binge eating disorder, cognitive behavior therapy, Treatment outcome, quality of live	
Number of pages/words:36/10060	Number of appendix:0	
<p>Background: This assignment concerns patients with Binge Eating Disorder (BED), an eating disorder that is not as well known as anorexia nevrosa and bulemia.</p> <p>Aim: The purpose of the assignment was to uncover what nurses can contribute to BED patients achieving an improved quality of life.</p> <p>Method: A literature study has been used as a method. The data was obtained using structured searches for studies in various databases. In this thesis, 5 scientific articles, both qualitative and quantitative, found in PubMed and Cinahl have been used.</p> <p>Results: After translating and interpreting the results in the 6 articles, we saw that most of the articles dealt with the same method of treatment, cognitive behavior therapy. It is important that BED patients receives education and information about the connection between physical and mental health, which in turn provides an increased quality of life.</p> <p>Conclusion: The studies show that an increased quality of life leads to fewer binge eating episodes and thus the patient gets better coping skills and a better sense of self-esteem.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	5
1.1 Presentasjon og tema.....	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans.....	6
1.3 Problemstilling.....	6
2.0 Bakgrunn.....	7
2.1 Spiseforstyrrelse.....	7
2.1.1 Binge eating disorder.....	7
2.1.2 Tidligere forskning og historikk.....	9
2.2 Sykepleieteorier og sykepleierens helsefremmende funksjon.....	9
2.2.1 Salutogenese, empowerment og mestring.....	11
2.2.2 Tverrfaglig samarbeid.....	12
2.3 Etikk og lovverk.....	13
3.0 Metode.....	14
3.1 Litteraturstudie.....	15
3.1.1 Kvantitativ forskningsmetode.....	15
3.1.2 Kvalitativ forskningsmetode.....	16
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16
3.3 Søkestrategi og oversikt over inkluderte artikler.....	17
3.4 PICO skjema.....	17
3.5 Litteratursøk.....	20
3.6 Analyse av utvelgelse av artikler.....	21
4.0 Resultatpresentasjon.....	22
4.1 Presentasjon av artikler.....	29
4.2 sammenfatninger av resultater.....	29

5.0 Drøfting.....	30
5.1 Kognitiv atferdsterapi.....	30
5.2 Livskvalitet.....	30
5.3 helsefremmende faktorer skapt av sykepleiere.....	31
6.0 Konklusjon.....	33
Litteraturliste.....	34

1. Innledning

Overspisingslidelse, eller Binge-Eating Disorder (heretter kalt BED), rammer 2-6 prosent av både kvinner og menn (Fairburn, 2022) (Götestam *et al*, 2004) (*1Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje 2017). På verdensbasis mener man at 2 % av verdens befolkning over 18 år har tilstanden, median debutalder er 23 år. Dette var en undersøkelse utført av WHO (Kessler *et al* 2013). Man finner også mindre og større prevalenstall, noe som viser en usikkerhet av forekomsten, eller i måten å definere tilstanden på. Alderssammensetningen består av noe eldre personer enn ved de andre spiseforstyrrelsene, og flere er menn (Brownley, 2016). Rundt halvparten av de med overspisingslidelse blir betegnet som overvektige, relatert til BMI når dette defineres som en BMI > 25. Dette er omtrentlig som voksenbefolkningen forøvrig (Hudson *et al*, 2007). Man kan anta at amerikansk epidemiologi ikke er direkte sammenliknbart men norske forhold, men data fra vårt land bekrefter den samme tendens (Folkehelseinstituttet, 2022). BED er på lik linje med anoreksi og bulimi en alvorlig spiseforstyrrelse, men er likevel en langt mindre kjent og omtalt. Til tross for at BED forekommer mer enn dobbelt så hyppig som anoreksi, er både informasjon og hjelpetilbud i forhold til lidelsen begrenset. Overspisingslidelse er trolig den minst kjente av alle spiseforstyrrelser, men likevel den mest utbredte (Hudson *et al* 2007), (Norsk psykologitidsskrift 2021)..

1.1 Presentasjon og tema

Til tross for at BED er en konstatert spiseforstyrrelse, er det likevel i dag både mangelfull diagnostisering og behandling, og tilstanden misforstås ofte med at pasienten ikke forstår konseptet om kalorier inn og ut eller ikke vet forskjellen på sunn og usunn mat. Ut fra litteratur og pasienthistorier er det grunn til å tro at man har tilnærmet seg pasientgruppen på en måte som har vært lite hensiktsmessig. Det å informere om hva som er sunt og usunt, veiing av pasientene og å fortelle hva de bør gjøre med hensyn til kosthold, kan ha begrenset effekt når det i realiteten dreier seg om følelser og psykiske forhold, på lik linje med andre spiseforstyrrelser. I tillegg er det så mye skam og stigma omkring overspising at det også kan være utfordrende å avdekke, og få anledning til å hjelpe. På mange områder i samfunnet har tilstander og lidelser fått omtale og anerkjennelse, med resultat at det blir mindre skam og mer åpenhet. Dette er ikke tilfellet med overspisingslidelse. Her finnes det fremdeles store mørketall, skam og det er et tabubelagt tema (Goss & Allan, 2009).

I vårt samfunn kan det synes som om det å ha kontroll, er likestilt med å være vellykket. Dersom du har kontroll på hvordan du ser ut, hva du gjør og hvem du er sammen med, er du en suksessfull person. Hvis du føler deg langt unna kroppsidealet, isolerer deg og holder på med ting i skjul, tar det energi og fokus. Du bærer preg av å ikke ha kontroll. Når overspising anfall og et ukontrollerbart handlingsmønster overstyrrer

viljestyrken, kan følelser som både skuffelse, avmakt, skam og redsel være resultatet (Goss & Allan 2009), (Fichter 2016). Dette kommer i tillegg til praktiske forhold som dårligere økonomi på grunn av spiseforstyrrelsen (Giel et al 2017).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Spiseforstyrrelser er et samfunnsproblem. BED har riktignok en markant lavere akutt dødsrate enn andre spiseforstyrrelser som for eksempel anoreksia nervosa, men man må kunne anta at alvorlige sekveler følger udiagnostisert, og ubehandlet overspisingsslidelse. Vi tenker da på forhold si et livsløpsperspektiv, som tromboemboliske tilstander, diabetes og iskemisk hjertesykdom (Giel et al 2023). Dette i tillegg til psykiatrisk komorbiditet som er felles for alle spiseforstyrrelser, også en forhøyet selvmordsrate (Fichter 2017). Det kan altså være rene fysiske forhold kombinert med mer eller mindre komplekse psykologiske aspekter.

Sykepleierens arbeidsfelt kan være bredt og innen mange felt innen helsevesenet. Man kan ha arbeidsområde ut mot mange aldersgrupper og pasientkategorier. Man er i en posisjon der man kommer i nær kontakt med pasienter, brukere og pårørende, og alle disse stedene kan man potensielt møte personer med spiseforstyrrelser. Å ha denne funksjonen er et stort ansvar man bør tenke gjennom og forberede seg på. Det er både faglige, mellommenneskelige, etiske og juridiske betraktninger i denne sammenheng. Helse sykepleieren eller sykepleier ansatt i andre kommunale tjenester, bør ha evne til å kjenne igjen mønstre og symptomer på personer hen møter i sin hverdag. Sykepleieren i spesialisthelsetjenesten og på et sykehus bør kunne ha et blikk for både totalbildet og det som ikke er direkte synlig. Sykepleieren som kommer i kontakt med personer innen psykisk helsevern, i bedriftshelsetjenesten, innen rådgivning eller innen Forsvaret, bør kunne fange opp og vite hvordan man best kan hjelpe. Kunnskap er essensielt for å greie å oppdage det uoppdagede. Siden det i både media, i pasienthistorier og i forskningslitteratur er funn som tyder på at det er skam og stigma rundt diagnosen, kan det ha desto større betydning og kunne gjenkjenne indirekte tegn på tilstanden.

1.3 Problemstilling

«Hvilke helsefremmende faktorer er viktige for å hjelpe pasienter med binge eating disorder?»

2 Bakgrunn

2.1 Spiseforstyrrelser

I følge Verdens helseorganisasjon WHO (2023- 01), defineres spiseforstyrrelser slik:

“Feeding and Eating Disorders involve abnormal eating or feeding behaviours that are not explained by another health condition and are not developmentally appropriate or culturally sanctioned. Feeding disorders involve behavioural disturbances that are not related to body weight and shape concerns, such as eating of non-edible substances or voluntary regurgitation of foods. Eating disorders involve abnormal eating behaviour and preoccupation with food as well as prominent body weight and shape concerns.”

2.1.1 Binge eating disorder

DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) er et diagnosesystem utarbeidet av American Psychiatric Association (APA) for å kunne klassifisere diagnoser på psykiatriske sykdommer. Den nåværende versjonen er DSM-5 og ble lansert i 2013. ICD (International Classification of Diseases) er det andre diagnosesystemet, som er utarbeidet av WHO. (Den Norske Legeforening, 2023)

DSM-5 har følgende diagnostiske kriterier for overspisingslidelse (ICD-10 diagnose for tilstanden mangler). Først i 2022 ble det bestemt at overspisingslidelse også skulle få komme inn i diagnose kodeverket ICD-10 (WHO, 2023-01). Likevel skulle det bli ICD-11 før det blir realitet

Ved en overspisingslidelse må minimum 3 av 5 kriteriene som er nevnt nedenunder være oppfylt.

A) Overspisingsepisodene skal være gjentatte over tid, og en overspisingsepisode er karakterisert av følgende:

Matmengden er klart større enn hva de fleste mennesker ville ha spist innenfor et avgrenset tidsrom (f. eks i løpet av to timer).

En opplevelse av tap av kontroll mens dette foregår (kan ikke stoppe eller kontrollere hva eller hvor mye en spiser).

B) Overspisingsepisoden er assosiert med tre eller flere av de følgende kriteriene:

Man spiser fortere enn normalt

Man spiser til det føles behagelig mettende

Man spiser store mengder uten å kjenne at man er sulten i forkant

Man spiser ofte alene fordi en man har skam eller flauhet over mengden mat

Man føler seg kvalm, deprimert eller skyldig etterpå

C) Markert ubehag i forhold til overspisingsepisoden.

D) Episodene skjer i gjennomsnitt 1 gang per uke i minst 3 måneder.

E) Overspisingen er ikke forbundet med gjentatt bruk av upassende kompensatorisk atferd som ved bulimi, og skjer ikke bare under en periode med bulimi eller anoreksi.

Kompensatoriske tiltak etter overspisingsepisoden som overdreven trening, tvunget oppkast eller å hoppe over måltider er ikke tilstedeværende hos pasienter med BED. (Helsedirektoratet, 2017), (Institutt for spiseforstyrrelser, 2023).

Overvekt er ikke blant de diagnostiske kriteriene for BED, men kan forekomme som en naturlig konsekvens av forhøyet matinntak. Et feilaktig eller destruktivt kroppssyn kan forekomme, men er ikke blant diagnostiske kriterier, som ved for eksempel anorexia nervosa (Vancampfort *et al.*, 2014). Gjentakende beskrivelse fra personer med overspisingsslidelse er at de ofte spiser alene og skjuler matinntaket sitt, de spiser mengder som gjør dem uvel og noen ganger direkte smerte. Ved overspisingsslidelse spiser man ikke av fysisk sult, og overspisingen skjer ofte utenfor de faste måltidene. De er alene med skam og negative følelser for det de har gjort ved en slik overspisingsepisode (Stunkard, 2011)

«Bak enhver kilo bor det et menneske. Et menneske med gode dager og med dårlige dager. Levende mennesker med følelser som gir mening for dem» (Rø, Hage og Torsteinsson, 2021).

Pasienter med forstyrrede spisemønstre møter til stadighet mat i hverdagen. De møter også forventninger om glede og assosiasjoner til både måltider og matretter. Vanligvis forbindes mat med minner til sosiale samvær, nye smaker og velkjente dufter. Slik er det nødvendigvis ikke for en pasient som lider av BED. Måltider og matretter kan heller assosieres med et konstant fokus om å ikke spise fortere enn andre, ikke spise mere enn andre, og oppleve sosialt samvær i kombinasjon med måltider som tyngende. Sosial sammenligning er en sentral handling mennesker foretar seg for å vurdere seg selv opp mot andre (Rø, Hage og Torsteinsson, 2021).

Når man forsøker å finne årsaksforhold til overspising, er ofte en håndteringsmekanisme for å overdøve vonde følelser og tanker, og kan sammenliknes med rus (Skårderud, NEL, Fairburn). Ellers kan det være i forbindelse med angst, depresjon, fobier, posttraumatisk stresslidelse og alkoholmisbruk (NEL). Barndomstraumer er funnet assosiert med spiseforstyrrelser, inkludert seksuelle overgrep (Calam & Slade, 1989) (Kopland/Modum bad 2023). En følelse av verdiløshet, skam og negative følelser knyttet til egen kropp, er sammenfallende følelser som pasienter med spiseforstyrrelse sliter med. Derfor kan det være interessant å se på hva litteraturen sier om hva som anbefales med hensyn til å møte disse følelsene.

I tillegg til den nevnte forhøyde mortalitetsrate assosiert med denne og andre psykiatriske forhold, er det andre og mindre akutt patologi forbundet med overvekt og overspisingslidelse. Det dreier seg om hypertensjon, hjertesvikt, diabetes mellitus i tillegg til ting som slitasje problematikk og søvnvansker. Andre forhold man vil undersøke hos disse pasientene er om de har hypertensjon, hyperlipidemi, leveraffeksjoner, gastroøsofageal reflussykdom, søvnapne og urininkontinens.

Det er viktig å vite at de fleste som overspiser ikke lider av spiseforstyrrelse. Det å overspise innimellom kan skje uten en slik diagnose. Hvis atferden ikke passer inn i punkter beskrevet over og at livskvaliteten blir påvirket, kan det være et spiseproblem og ikke en spiseforstyrrelse. De som opplever at overspisingen går ut over fysisk helse og/ eller livskvalitet, vil kunne kalles å ha spiseforstyrrelse (Fairburn, 2022).

Differensialdiagnoser til BED vil være bulimia nervosa og vanlig overvekt og fedme (NEL)

2.1.2 Tidligere forskning

Dr. Albert Stunkard ved University of Pennsylvania, kunne allerede på slutten av 1950-tallet notere at enkelte som led av fedme hadde større problemer med overspising. Dette ble imidlertid ignorert og glemt fram til midten av eller slutten på 1980-tallet. Noen få rapporter kom ut i 70-årene som beskrev "bulimarexia" eller "binge-purge-syndrome" hos kvinnelige studenter ved et amerikansk college. Dette var starten på identifikasjon av bulimia nervosa. I 1979 kom det ut en artikkel der man hadde 30 pasienter i en periode fra 1972-1978 og artikkelen "Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa" (Fairburn, 2014). Etter 1980 begynte man å se at de som søkte behandling for fedme fortalte om overspising, men de oppfylte ikke kriteriene for bulimia nervosa. Det kom da et forslag om å etablere en ny spiseforstyrrelse diagnose der de sentrale trekkene var stadige overspisingsepisoder uten de ekstreme metodene for vektkontroll som kjennetegnet bulimi. Før diagnosen overspisingslidelse ble etablert, ble det omtalt som tvangsspising (Fairburn, 2022)

2.2.1 Sykepleieteorier og sykepleierens helsefremmende funksjon

Av sykepleieteoriene vil vi i denne sammenhengen nevne Joyce Travelbee (1926-1973), som tok for seg de mellommenneskelige aspektene innen sykepleie. Hennes arbeider har hatt mye å si for sykepleierutdanningen i Norge fra 60-tallet og senere. Dette vil nevnes sammen med de mer "moderne" omsorgsteoriene der man har et større fokus på brukerens egne erfaringer, oppfatninger og opplevelser (Kirkevold, 2018). Hennes filosofi

kan oppsummeres som: "Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleier praktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig, finne mening i disse erfaringene".

Travelbee knytter lidelse og sykdom sammen med det å være et menneske. Alle må på sin måte tåle å oppleve grader av dette, og hun ser på mennesket på individnivå framfor å generalisere. Disse tankene vil være hensiktsmessige med tanke på pasientgruppen som vi her snakker om. Det å tenke på menneskene involvert som "pasient" og en annen som "sykepleier" kan gjøre at stereotypier og fellestrekk blir gjeldende istedenfor menneskets spesielle kvaliteter, ifølge Travelbee. Hun sier også at personer som greier å tenke "Hvorfor ikke meg?" istedenfor "Hvorfor meg?" når noe skjer, er flinkere til å ta imot sykdom og lidelse uten å skylde på andre eller få selvbekreftelse, men heller ser på det som en naturlig del av det å være menneske. Alle disse betraktninger er interessante å ha i bakhodet når det gjelder interaksjonen med pasienter med spiseforstyrrelser, siden det her ofte kan dreie seg om følelser som Travelbee nevner. Måten man greier å møte problemene på og måten man greier å tenke kan ha noe å si for hvordan man handler. Travelbee ser på det å være nødvendig for andre, som noe som gir mening til livet. Det gjensidige menneske-til-menneske forholdet mellom pasient og sykepleier vil kunne oppstå etter interaksjons fasene (Kirkevold, 2018); det innledende møtet, dannelse av identiteter, empati, sympati, gjensidig forståelse og kontakt.

Kari Martinsens teorier kan ses i forlengelsen av Joyce Travelbee, men med omsorgsaspektet i større fokus. Martinsen har også hatt betydning i norsk og nordisk sykepleieutdanning og omtaler omsorgsbegrepet som et mellommenneskelig forhold basert på gjensidighet, fellesskap og solidaritet. Hun sier også at omsorg er et moralsk begrep som er knyttet til prinsippet om ansvaret for den svake og at man må ha en «forforståelse» av hva som er til den andres beste (Kirkevold, 2018).

Som sykepleiere er vi historisk sett opptatt av selve «kardinaltegnene» på gode gjerninger; rettferdighetsprinsippet, ikke skade, velgjørenhet og autonomi (*3Beau & Childress 2019). Spranget fra datidens pleiepersonell med omsorgstjenester i fokus, til nåtidens sykepleiere med en vitenskapelig basert kompetanse som er en del av et faglig fellesskap, er stort. Aller helst ønsker vi å kunne bidra på en omsorgsfull og effektiv måte der diagnose utløser en behandling og at vi kan forholde oss til prognoser på kort og lang sikt. Vi har lærebøker, studier og gode kilder å forholde oss til for mange sykdommer og tilstander, men noen ganger er det faglige grunnlaget for mangelfullt. Vi kan få lyst til å gjøre det som føles best eller det man har hørt har fungert for noen andre, men vi må forholde oss til det kunnskapsgrunnlaget som finnes. I møte med pasienter med spiseforstyrrelser generelt, og overspising spesielt, er det lett å få følelser som avmakt, usikkerhet og opplevelse av å ikke oppfylle vår oppgave som helsepersonell overfor pasienten. Vi har ikke forskningsgrunnlag for å ha klare behandlingsanbefalinger for disse pasientene (Fairburn, 2022).

Å etablere en trygg relasjon, og etablere tillit mellom sykepleier og pasient er svært viktig for å forstå pasienten og for å innhente de opplysninger som er av betydning for dennes situasjon. For å etablere en trygg relasjon trenger vi kommunikasjon. Relasjonsbegrepet benyttes om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2021). Interaksjon er nødvendig for å etablere denne relasjonen og derved kommunikasjonen (Götestam, *et al.*,2004).

Det er også viktig å ha en klarhet i rollefordelingen. En rolle kan defineres som summen av de forventningene som stilles (Eide og Eide, 2021). Man går gjennom ulike faser; orienteringsfasen, identifisering fasen, utforskningsfasen og løsningsfasen (Eide og Eide, 2021). I forhold til helsepersonellrollen kan man ha en form for makt man også må være klar over og bevisst på. Vi må inngi tillit og trygghet, men bevare rollefordelingen som helsepersonell og mottaker av helsehjelp. Møtet med en sykepleier kan for noe være en trygghet, det kan være personen med kompetanse til å se, og til å være en tillitsperson. Faktumet at man er bundet av lover med hensyn til taushetsplikt, kan virke i retning mot at personer kan åpne seg om problemer til sykepleieren fordi de kan stole på at informasjonen forblir innen de rammer der den skal være (Helsepersonelloven, 1999).

Vi ønsker å oppnå en terapeutisk allianse, et gjensidig forhold der man kjenner at man har både plikter og rettigheter, man gir og tar, man er sammen om det. Begrepet terapeutisk allianse brukes på ulike måter om forholdet mellom pasient og sykepleier. Tilbake til Freud sin tid og til vår tid har det sagt noe om samarbeidet, tilliten, målsettingen og det å nå målet sammen ved for eksempel å endre negative holdninger til positive holdninger (Den terapeutiske alliansen, Tidsskrift for Norsk legeförening 2018 Erik Falkum).

Helsedirektoratet sine anbefalinger (Helsedirektoratet, 2017) går på psykoterapi på individuell basis, og om kognitiv atferdsterapi som svak anbefaling ved bulimi. Ved de andre spiseforstyrrelsene er det vanskelig å finne at det er sterk dokumentasjon for at en behandling er bedre enn den andre. Det er derfor viktig å gå inn i hva vi faktisk kan gjøre, istedenfor å fokusere på hva vi ikke kan. Det kan da være desto mer å hente på å få kunnskap, både forsknings- og erfaringsbasert.

2.2.2 Salutogenese, empowerment og mestring

Hummelvoll (2008) skriver at Antonovsky retter oppmerksomheten sin mot salutogenese ved å fokusere på forhold som skaper og vedlikeholder helse. Det innebærer at man kan oppleve verden som forutsigbar og sammenhengende, "sense of coherence". Det er da tre sentrale begreper som ligger til grunn; det er håndterlighet, forståelse og mening. Håndterlighet vil bidra til at man har følelsen av at man har ressurser til å kunne svare eller mestre krav og utfordringer som kan opptre i dagliglivet. Forståelse kan gjøre en situasjon eller opplevelse som påvirker ens liv som mer forutsigbar og forståelig, mens mening dreier seg om evnen til å

delta i en prosess som har innvirkning på ens liv fremover. Begreper som identitet, kontroll, optimisme, livsvilje og evne til å holde ut i vanskelige livsforhold er forbundet med en opplevelse av meningssammenheng (Hummelvoll, 2008).

Mestringsperspektivet er et sentralt poeng i salutogenese, mot for at man skal ha fullt fokus på sykdomsperspektivet. Dette vil gjøre at man kan få øye på nye muligheter og ubrukte sider hos de som søker hjelp og deres omgivelser. Målet til salutogen terapi er å aktivere ressurser og potensiale hos hver enkelt (Almvik og Borge, 2007).

Empowerment-begrepets opphav er kommet fra 1960-årene i USA, da stigmatiserte grupper som etniske minoriteter, mennesker av ulike hudfarger, homofile og funksjonshemmede begynte å kjempe for basale menneskerettigheter og respekt. Her betyr empowerment det omvendte av undertrykking, og handler om mobilisering og styrking av egne krefter. Søkelyset setter på det en mektig aktør kan gjøre med en mindre mektig; bemyndige. En vanlig norsk oversettelse er for eksempel «å gi makt til, sette en i stand til». I medisin og helsefag brukes ofte empowerment-begrepet synonymt med det engelske «patient education» (Thesen & Malterud, 2001).

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer empowerment som en prosess der personer oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres liv (helsedirektoratet). Sentralt i helsefremming empowerment-begrepet WHO definerer som «En prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse». Det antydes altså her at pasienten skal trekkes inn i prosessen og beslutninger rundt sin egen helse, og at mennesket sees på som en aktør i sitt eget liv. I empowerment-prosessen er veiledning et sentralt virkemiddel hvor hensikten er å styrke pasientens kompetanse og mestring om egen helsesituasjon. Empowerment betraktes som den nye formen for helsefremming, og innenfor sykepleien er det en bred oppfatning om at helsefremming bør utøves i tråd med empowerment (Klette, 2014).

«Empowerment» handler altså om å mobilisere og styrke folks egne krefter, samt å nøytralisere krefter som bevirker avmakt. Dette er nødvendig for at pasienter skal bli friske og beholde helsen, og ofte motvirke effekten av samfunnsbetinget undertrykking, som fra tid til annen videreføres i medisinsk praksis.

Undertrykkingsteori kan hjelpe leger å forstå hvordan marginalisering og diskriminering foregår, og hvordan dette kan ha betydning for helse og helsevesenet (Thesen & Malterud, 2001).

2.3 Tverrfaglig samarbeid

Under behandlingen av pasienter med BED er det ofte nødvendig med et tverrfaglig samarbeid mellom ulike faggrupper og profesjoner. Veien til å først stille en diagnose og deretter kunne legge planer for behandling på kort og lang sikt, stiller krav til tillit og kommunikasjon, som vi kommer tilbake til. Imidlertid er helheten og

tverrfagligheten viktig i den initielle fasen, så vel som senere. Sykepleieren kan være en del av teamet som legger grunnlag for endringsprosesser eller være en veileder på veien videre til å finne andre som kan bistå. Samarbeidet kan omfatte blant annet leger, psykologer, sosionomer, ernæringsfysiologer og farmasøytter. Det kan være aktuelt å involvere skolehelsetjeneste, jordmortjeneste, tannhelsetjeneste eller psykisk helsevern. Ofte kan det være flere "lagspillere" samtidig, som kommer inn med hver sin kompetanse som på ulike måter kan utfylle hverandre.

Sykepleierens rolle i dette samarbeidet er viktig for koordinering og kontinuitet under pasientbehandlingen. En koordinert innsats fra ulike faggrupper kan gi pasientene et helhetlig behandlingstilbud som møter deres individuelle utfordringer og behov, og gir et best mulig resultat. Det er derfor avgjørende at sykepleieren også er i stand til å samarbeide effektivt med andre, faglige samarbeidspartnere såvel som andre aktører inklusive pasientens omgivelser.

Som hjelp i beslutning om henvisning er det prioriteringsveiledere (Helsedirektoratet, 2015). Denne veilederen er sist oppdatert i 2017 men overspisingslidelse spesielt, er ikke tatt med. Helsedirektoratet må oppdatere veilederen slik at de det gjelder får rett til behandling.

Vi utelukker her å gå inn på den spesifikke medisinskfaglige utredningen av pasienten, det vil si hvilke fysiske tester og blodprøver som er aktuelle, spørreskjemaer vedr generell og spesiell anamnese og andre kliniske funn som er viktig å avdekke.

2.4 Etikk og lovverk

Som helsepersonell blir det gitt mye ansvar og tillit fra et samfunn, pasienter og klienter, dette innebærer også at man får makt i relasjonen. Ved en slik makt kan det føre til eller gi mulighet for maktmisbruk. Det er viktig å kunne begrunne sine handlinger ettersom det ikke er tilstrekkelig å ha regler for hva man skal gjøre. Det er da viktig å ha etiske refleksjoner for en faglig forsvarlig praksis (Røkenes og Hansen, 2009)

Etikk vil si at man reflekterer over en moral. En moral er noe som alle kjenner til fra sitt eget liv, kan også kalles en allmenmoral. Allmenmoralen er uskrevne normer og verdier for hver enkelt (Slettebø, 2007)

Etikken og lovverket omfatter både bruker/ pasient og helsepersonell. Når disse pasientene først har tatt motet til seg og fått kontakt med helsevesenet, er det mangel på rettigheter og prioritering, jfr det som er nevnt ved mangel på tilstedeværelse i prioriteringsveilederen. Ved å bli møtt på denne mangelfulle måten, er det grunn til å tro at skam- og selvfølelsen iallfall ikke blir bedre. DPS har ikke behandlingstilbud til gruppen og det er grunn til å tro at det er stor grad av tilfeldighet som råder i hvilken grad pasienten får hjelp med alt fra

somatiske plager til tilgang på psykologisk kompetanse, diett rådgivning, treningsopplegg, gruppeterapi eller annet mer eller mindre målrettet faglig basert.

Helsefremmingen handler om de tiltak som bidrar til mestring av egen helse, slik at man unngår sykdom eller oppnår reduserte helseproblemer. Samtidig er det viktig å gi langsiktig hjelp til å mestre helseproblemer, og håndtere konsekvenser forårsaket av de ulike helseproblemene (Klette, 2014).

Lover og rettigheter er avhengig av hvor pasienten befinner seg i terrenget; i eller utenfor spesialisthelsetjenesten. Det er å anta at de fleste av disse pasientene har samtykkekompetanse. Brukermedvirkning skal foreligge. Det vil si at de som berøres av en beslutning, eller er bruker av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud (Stortingsmelding 34, 1996/97).

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkeltes menneskes liv og iboende verdighet (yrkesetiske retningslinjer for spl). Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Sykepleieren har et selvstendig ansvar for å sette seg inn i og følge lover og regler, og et faglig, etisk og personlig ansvar i arbeidet sitt. Når det gjelder pasientrelasjonen sier de yrkesetiske retningslinjene at man har et ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, samt at man skal understøtte håp, mestring og livsmot. Dette kjennes ekstra sterkt relevant for denne pasientgruppen.

Pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999) sier at personen selv har rett til å medvirke og §3-1 slår fast at pasient/ bruker ikke bare har rett til å medvirke, men også betraktes som en likeverdig partner.

Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999) stiller krav til taushetsplikt og opplysningsrett og sier noe om at det skal lages en individuell plan dersom pasienten har krav på det.

3.0 Metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte man benytter for å samle inn informasjon for å fullstendig gjøre en problemstilling. For å få utbytte av dette, skal en metodebeskrivelse være presist formulert (Thidemann, 2019)

3.1 Litteraturstudie

I en litteraturstudie sorterer man data og kunnskap fra skriftlige kilder ved å innhente litteratur med et kritisk blikk før man sammenfatter resultatene. Hensikten med en litteraturstudie er å gi en tidsaktuell oppfatning av kunnskapen som kreves for å besvare problemstillingen og forklare hvordan man har kommet fram til den aktuelle kunnskapen og resultatene. En systematisk gjennomgang av litteraturen fungerer som en evaluering og konklusjon av gjeldende forskning og kunnskap om et spesifikt forskningsområde. Formålet er å avklare hva man vet og hva man ikke vet, samt å identifisere mangler i kunnskapen og eventuelle behov for videre forskning. En litteraturstudie gir en grundig analyse og vurdering av tilgjengelig forskning på et spesifikt tema og kan dermed bidra til å øke forståelsen av et forskningsfelt og gi grunnlag for videre forskning (Thidemann, 2019). De to metodene utfyller hverandre siden de nøytrale fakta fra kvantitativ forskning trenger mer utfyllende informasjon fra kvalitativ forskning for å forstå hvorfor og hva og hvordan bakgrunnen er for funnene.

3.1.1 Kvantitativ forskningsmetode

Kvantitativ metode er en systematisk tilnærming for å samle inn og analysere data som kan kvantifiseres og måles ved hjelp av numeriske eller statistiske verktøy. Dette gir mulighet for nøyaktige og objektive resultater. Kvantitative data kan samles inn gjennom ulike metoder, for eksempel spørreundersøkelser eller eksperimentelle studier in vivo eller in vitro. Dataene kan deretter analyseres ved hjelp av statistiske metoder for å trekke ut pålitelige konklusjoner. Forskningsdata folkes i matematiske og statistiske programmer som SPSS. Man bestemmer seg for en p-verdi og et standard avvik og man setter en nullhypotese som bekreftes eller avkreftes. Kvantitativ forskning er ofte basert på et stort antall deltakere, som gir en breddekunnskap om fenomenet som undersøkes. Vi skiller også på om vi får et øyeblikksbilde av en situasjon (insidens) eller antall tilfeller av det man ønsker å undersøke over en tidsenhet (prevalens). Det er viktig å ha satt seg tilstrekkelig inn i metoder slik at man har en formening om forskningen er pålitelig og reproduserbar. Det er også viktig å kunne avdekke om det er bias i forskningen som kan forskyve resultatene i den ene eller andre retningen slik at et resultat som blir signifikant egentlig ikke var signifikant. Resultatene fra kvantitative studier kan presenteres i form av tabeller, diagrammer og statistiske beregninger som gir en oversiktlig og lett forståelig fremstilling av dataene (Thidemann, 2019).

3.1.2. Kvalitativ forskningsmetode

Kvalitativ metode er en tilnærming som har som formål å forstå egenskaper, tanker, opplevelser og holdninger for å kunne danne et helhetlig bilde av ulike tendenser. Denne tilnærmingen kjennetegnes av dybdekunnskap som omhandler meningssammenhenger og kvalitative datainnsamlingsteknikker som intervjuer, observasjoner og analyse av dokumenter. Man kan samle inn meninger, opplevelser, forventninger, tanker, holdninger og motiver eller å få frem nyanser. Kvalitativ metode brukes til å forstå komplekse fenomener og prosesser, for eksempel samhandling og utvikling, og gir et større antall opplysninger fra et mindre antall undersøkelsesenheter. Det kan dreie seg om intervjuer, observasjoner eller feltarbeid. Det er viktig å merke seg at kvalitative data ikke kan kvantifiseres på samme måte som kvantitative data, men gir likevel verdifull innsikt og forståelse for det som studeres (Thidemann, 2019).

3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

For å tydeliggjøre og avgrense et litteratursøk kan man bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier for å gjøre søket mer hensiktsmessig ut fra den kunnskapen man søker (Thidemann, 2019).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler fra de siste 15 år	Eldre enn 15 år
IMARaD struktur	Artikler uten IMRaD struktur
Artikler som er skrevet på norsk eller engelsk	Artikler som f.eks er skrevet på tysk, fransk eller russisk.
Fokus på sykepleiefaglig innsats	Kun behandling av leger (medikamentell behandling)
Voksne alder 18-45 år	Barn og ungdom
	Meta analyser
Artikkelen må være tilgjengelig i fulltekst	Artikler som ikke finnes i fulltekst

3.3 Søkestrategi og oversikt over inkluderte artikler

Artiklene ble funnet ved hjelp av strukturerte søk i databaser. Søkene ble gjort i databasene Cinahl og PubMed via ORIA, NTNU. Både PubMed og Cinahl er databaser som innehar artikler fra medisin og helsefag- med underkategorien sykepleie. Det ble forsøkt søkt i databasen Embase, hvor vi ikke fant artikler vi kunne bruke.

Søkeordene vi fikk best resultat artikler med var: "Cognitive therapy", "Binge eating disorder", "Treatment Outcome" og "Quality of life". Under søket ble ordene søkt på med "AND" i mellom, I PubMed fikk vi 33 artikler og i Cinahl kom vi fram til 8 artikler. I Cinahl måtte vi huke av for nøkkelord eller "KEYWORD" på alle 4 søkeordene. Etter å ha sjekket om artiklene hadde de riktige inklusjons- og eksklusjonskriterier, relevans, metode og resultat, kom vi fram til 4 artikler i Cinahl og 7 i PubMed vi ville se nærmere på.

I tillegg til de valgte studiene, ønsket vi å benytte oss av en studie vi fant i et tidligere manuelt søk.. Den vitenskapelige og kvalitative studien hentet fra PubMed under liknende artikler etter at vi hadde gjort et søk. Studien: Therapeutic writing in a programme for binge eating disorder-A tool to come closer to clarifying feelings (Ofteidal, E. Ueland, V. og Rørtveit, K, 2022) Studien tar for seg pasienter med BED som under kognitiv terapi gjennomfører terapeutisk skriving i affektbevissthet. Finn Skårderud skriver om affekt og affektteori i sin bok om spiseforstyrrelser. Affekt omhandler de kroppslige reaksjonene og affektbevissthet er å kunne gi uttrykk for sine affektive opplevelser (Skårderud, 2020) Studien vil bli brukt som relevant støttelitteratur i drøftingsdelen.

3.4 PICO skjema

Ved systematisk litteratursøk, tok vi i bruk hjelpemiddelet PICO. (Thidemann, 2019) PICO er et spørreskjema hvor man fyller inn ordene i problemstillingen. P i PICO står for populasjon/pasient/problemstilling. For vår problemstilling passet Binge Eating disorder. Vi forsøkte oss også på Eating disorder, men fikk dermed mange svar relatert til en annen spiseforstyrrelse, Bulimi Nervosa. I står for intervensjon eller eksponering. Her forsøkte vi nursing care, nurse, nursing education, patient education, behavior change. Ingen av ordene gav interessante artikler for behandlende eller forebyggende sykepleie. Til slutt kom vi fram til quality of life- livskvalitet- hvor vi fikk artikler med flere av sykepleie funksjonene. C står for Compassion, sammenlikning- og det passet ikke inn i vår oppgave. O står for outcome- utfall eller konklusjon og siden vi ikke skulle fram til et utfall eller effekter, slo vi sammen C og O. Resultatet ble en CO kolonne. I denne kolonnen forsøkte vi med søkeordene interprofessional relations, outcomes (healthcare), patient participation, patient involvement. Søkeordene med flest kombinasjoner viste seg å være: treatment outcomes og cognitive therapy. Søkeordene

fant vi i MeSH. MeSH er en terminologi base via helsebiblioteket der man kan søke opp medisinsk og helsefaglig terminologi på norsk og engelsk. (Helsebiblioteket, 2023)

<p style="text-align: center;">P</p> <p>Population/problem</p> <p>-hvilken populasjon eller hvilket problem dreier det seg om</p>	<p style="text-align: center;">I</p> <p>Phenomen of interest</p> <p>-Hvilken aktivitet, erfaring, opplevelse eller prosess dreier det seg om</p>	<p style="text-align: center;">Co</p> <p>Context</p> <p>-hvilken kontekst eller setting dreier det seg om</p>
<p>Binge eating disorder</p>	<p>quality of life</p>	<p>Treatment outcomes AND cognitive therapy</p>

3.5 Litteratursøk

Database	Søkeord	Antall treff	kombinasjoner	Antall treff	Inkludert artikkel
Cinahl	1. Public health nursing	0	#3 AND #5 AND #6 AND #7	0	
	3.Community health nursing	14.844	#6 AND #7	6	
	(as keyword)	9.438	#3 AND #7	0	Lest 6, 0 resultat
	20.Nursing interventions	14.844			
	(as keyword)	9.438	#4 AND #7	81	Lest mange, få aktuelle
	5. Cognitive therapy (as keyword)	17.512			
	6. Binge eating disorder treatment (as keyword)	10	#14 and #4 and #7	0	
	4. Treatment Outcomes	4.078	#14 AND #7	0	
	(as keyword)	424.939			For stort resultat, de fleste ikke aktuelle.
	18. Quality of life	378.350	#3 AND #6	0	
Pubmed	7. Binge Eating disorder	50.200			Lest alle, 18 aktuelle
	(as keyword)	525	#6 AND #4	173	
			#5 AND#6 AND #4	63	Lest 8, 4 resultat
			#5 AND #4 AND #6 AND #18	8	
	9. Binge Eating disorder	2.056	#5 AND #6 AND #8 AND #9	22	22 lest, 7 aktuelle,
8. Treatment outcomes	436.867			4 resultat	
6.Cognitive therapy	26.964				
5. Quality of life	104.029				

3.6 Analyse og utvelgelse av artikler

De 5 valgte forskningsartikler, er 2 kvalitative og 3 kvantitative. De første artiklene vi leste, var kun kvalitative. Det er enklere å lese seg fram til konklusjonen da de kvalitative har et større resultatkapittel. De kvantitative artiklene inneholder mye tabeller og statistikk og da må man selv lese seg fram til resultatene via tabellene. For pasienter med BED, går stort sett studiene ut på at pasientene blir målt/veid og intervjuet av en kontrollkommisjon før og etter tester. Resultatene brukes for å sammenligne og se mønster i studiens resultater. Kontrollkommisjonen lagrer dataene inn i tabeller. (Thidemann, 2019). Det falt seg naturlig for oss å velge kvantitative artikler da vår problemstilling er helsefremmende faktorer.

Første tidsavgrensning på artiklene var 10 år. Pga at BED ikke var ansett som en klassifisert spiseforstyrrelse, men en uspesifisert spiseforstyrrelse, til langt utpå 1990 tallet gjorde at vi valgte å sette en grense på 15 år gamle artikler. (Skårderud, 2020) Med en tredje type. spiseforstyrrelse, kunne man trekke overvekt inn blant en primær psykisk tilstand. Overvekt hadde så langt kun blitt betraktet som en somatisk tilstand med mulige psykiske konsekvenser. (Skårderud, 2020)

Inger-Johanne Thidemann minner om at man skal huske oppgavens problemstilling da man går i gang med analyseringen av artiklene (Thidemann, 2019) I hovedsak er utvelgelsen hovedjobben for den foreliggende oppgaven. Den første gang man leser igjennom artiklene, er man ikke kritisk nok. For å lettere forstå teksten, er det lurt å dele opp innholdet. Artiklene var alle fra samme søk, likevel var det flere som var uegnet for vår problemstilling. Flere artikler var også like i overskrift og abstrakt- slik at man var nødt til å undersøke fremgangsmåtene og resultatene nøye. Det er vesentlig å lese kritisk og på en reflektert måte (Thidemann, 2019)

Artiklene vi valgte var de med helsefremmende faktorer som tilsvarer vår problemstilling. Artikler med kognitiv atferdsterapi, målt livskvalitet og artikler hvor sykepleiere har mulighet til å påvirke livskvaliteten for pasientene.

I 4.0 resultatpresentasjon fremstilles resultatene i de ulike artiklene i hver sin tabell.

4.0 Resultatpresentasjon

Artikkel nr 1 Referanse Land	Compare, A., et al. (2013), Emotionally focused group therapy and dietary counseling in binge eating disorder. Effect on eating disorder psychopathology and quality of life, Elsevier, volum 71, s 361-368. https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.09.007 Italia
Hensikt med studien	Å teste effekten på psykopatologi og livskvalitet av emosjonelt fokusert terapi (EFT), kostholdsrådgivning (DC) og kombinert behandling (CT) hos behandlingssøkende pasienter med Binge eating disorder (BED) og fedme.
Nøkkelord	Binge eating, Emotionally focused therapy, Obesity, Psychopathology, Binge eating attitude, Body uneasiness
Metode	Ved hjelp av en observasjonsstudiedesign ble 189 overvektige voksne pasienter med BED behandlet med manuelle terapiprotokoller. En uavhengig vurdering av helse relatert livskvalitet (Obesity-Related Well-Being questionnaire – ORWELL-97), holdninger til spising (Eating Inventory – EI), overspising (Binge Eating Scale – BES) og kroppsuro (Body Uneasiness Test – BUT) ble utført ved baseline, behandlingsslutt og seks måneders oppfølging. Disse dataene er sekundære utfall av en tidligere publisert behandlingsstudie
Resultat og diskusjon	Det ble observert et høyere frafall ved kostholdsrådgivning sammenlignet med fokusert terapi og kombinert behandling, mens kroppsvekten gikk betydelig ned i alle tre gruppene. Pre-post score på BES, BUT Global Severity Index, og EI Hunger subscale signifikant redusert i kombinert behandling og emosjonelt fokusert terapi grupper, men dog ikke i kostholdsrådgivning. Ved seks måneders oppfølging hadde 71% av deltakerne i CT og 46% av deltakerne i EFT en BES-score under terskelen for oppmerksomhet for BED, mens ingen deltakere i DC-gruppen nådde dette målet. Til slutt sank ORWELL-97-skåren signifikant i alle gruppene, men signifikant mer i CT- og EFT-gruppene.
Evt konklusjon	Resultatene støtter nytten av å kombinere EFT og DC i behandlingen av pasienter med BED og fedme, samt at den understreker nytten av teknikker fokusert på kognitiv emosjonell prosessering for å endre spiseforstyrrelse, psykopatologi og livskvalitet.

Evt relevans for oppgaven	
--	--

<p>Artikkel nr 2</p> <p>Referanse</p> <p>Land</p>	<p><u>Zwaan, M., et al (2017), Effect of Internet-Based Guided Self-help vs Individual Face-to-Face Treatment on Full or Subsyndromal Binge Eating Disorder in Overweight or Obese Patients, Jama Psyciatri, volum 74 (nummer 10), s. 987-995 doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2150</u></p> <p>Tyskland</p>
<p>Hensikt med studien</p>	<p>Hensikten med studien er å evaluere effekten av internettbasert veiledet selvhjelp motfor tradisjonell og individuell behandling ansikt-til-ansikt.</p>
<p>Nøkkelord</p>	
<p>Metode</p>	<p>Internet and Binge Eating Disorder (INTERBED) studien er en prospektiv, multisenter, randomisert, non-inferiority klinisk studie der behandlingen varer 4 måneder, oppfølging, 6 måneder og 1,5 år. Det er 178 voksne personer som har meldt seg frivillig og er polikliniske pasienter med full eller subsyndromal BED som ble rekruttert fra 7 universitetsbaserte poliklinikker fra 1. august 2010 til og med 31. desember 2011. Den endelige oppfølgingsvurdering var i april 2014. Dataanalyse ble utført fra 30. november 2014 til 27. mai 2015.</p> <p>De mottok 20 individuelle ansikt til ansikt CBT-økter på 50 minutter hver eller sekvensielt fullførte 11 internettmøder og hadde ukentlige e-postkontakter</p>

<p>Resultat og diskusjon</p>	<p>Det primære utfallsmålet var forskjellen i antall dager med objektive episoder med overspising i løpet av de siste 28 dagene mellom baseline og behandlingsslutt. Sekundære utfall inkluderte overspising ved oppfølging, spiseforstyrrelser og generelle psykopatologiske funn, kroppsmasseindeks og livskvalitet.</p> <p>586 pasienter ble screenet, 178 ble randomisert og 169 hadde minst én vurdering etter baseline og utgjorde den modifiserte analysegruppen for behandlingsintensjon; 1,5 års oppfølging var tilgjengelig hos 116 pasienter. Den bekreftende analysen ved hjelp av per-protokoll-utvalget viste ikke underlegenhet av internettbasert selvhjelp. Ved å bruke den modifiserte behandlingsintensjonsprøven var den internettbaserte selvhjelpen dårligere enn kognitiv atferdsterapi når det gjaldt å redusere overspisings dager ved slutten av behandlingen. Eksplorative longitudinelle analyser viste også at kognitiv atferdsterapi var bedre enn den internettbaserte selvhjelpen ved 6 måneder, men ikke ved oppfølgingen på 1,5 år. Reduksjoner i psykopatologiske funn av spiseforstyrrelser var signifikant høyere i kognitiv atferdsterapi enn ved den internettbaserte selvhjelps gruppen ved 6-måneders oppfølging. Det ble ikke funnet gruppeforskjeller når det gjaldt kroppsmasseindeks, generelle psykopatologiske funn og livskvalitet.</p>
<p>Evt konklusjon</p>	<p>Kognitiv atferdsterapi ved personlig oppmøte fører til raskere og større reduksjoner i antall overspisingsdager, avholdenhetsrater og psykopatologiske funn av spiseforstyrrelser og kan være et bedre behandlingsalternativ enn internettbasert selvhjelp. Internettbasert selvhjelp er fortsatt et levedyktig og er en mer langsom behandlingsform, samt et lavterskel behandlingsalternativ sammenlignet med kognitiv atferdsterapi for voksne med BED.</p>
<p>Evt relevans for oppgaven</p>	

Artikkel nr 3 Referanse Land	<p>Vancampfort, D. <i>et al.</i>, (2014). Changes in physical activity, physical fitness, self-perception and quality of life following a 6-month physical activity counseling and cognitive behavior therapy program in outpatients with binge eating disorder. <i>Elsevier, Psychiatry Research</i> 219 (2014) 361-366. http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.016</p> <p>Kortenberg Campus, Kortenberg, Belgia.</p>
Hensikt med studien	<p>Hensikten med studien er å finne ut om man får bedre livskvalitet ved å trene opp fysisk og psykisk helse ved å møtes 1 dag pr.uke for fysisk trening og kognitiv terapi. 34 deltakere (31 kvinner) 28-48 år som alle fylte kravene til DSM-IV for BED.</p>
Nøkkelord	<p>Binge eating, Physical activity, Exercise, Physical fitness, Quality of life, Self-perception</p>
Metode	<p>Kvantitativ studie. 34 deltakere (31 kvinner) 28-48 år som alle fylte kravene til DSM-IV for BED. 1 dag pr.uke i 6 måneders møtes deltakerne i studien der de får oppfølging og veiledning. De har en først en fysisk test og seinere på dagen kognitiv veiledning i grupper på max 9 deltakere. De måles på antall ganger de overspiser, hvor langt de klarer å gå på 6 min- hva og hvilke smerter/ubehag de opplever fysisk og psykisk og selvopplevd livskvalitet. Deltakerne blir ikke kontrollveid ukentlig, slik mange tidligere studier har gjennomført.</p>
Resultat og diskusjon	<p>I tidligere utførte studier, har deltakerne også møtt opp 1 gang pr.uke-men kun 60-90 min, istedet for 1 hel dag. Disse studiene har ikke kunnet vise til sammenheng mellom fysisk og psykisk helse. Resultatene for denne studien avslører at det er en tydelig sammenheng mellom fysisk og psykisk helse. Deltakerne ble ikke fulgt opp etter de 6 månedene slik at det vites ikke noe om deres fysiske form, psykisk selvfølesantall eller antall overspisinger økte etter studienes slutt.</p>
Evt konklusjon	<p>De fleste pasientene som deltok, opplevde av BMI gikk ned på de 6 mnd studien varte. Dette igjen medførte at de bedret sin psykiske helse.</p>
Evt relevans for oppgaven	<p>Sammenheng mellom fysisk og psykisk helse for pasienter med BED.</p>

Artikkel nr 4 Referanse	Mason T. B. <i>et. al.</i> (2017), Correlates of weight-related quality of life among individuals with binge eating disorder before and after cognitive behavioral therapy, <i>Eating Behaviors</i> , Volume 27, Pages 1-6 doi:10.1016/j.eatbeh.2017.08.001. Land: USA og Norge
Hensikt	Studien ser på assosiasjoner mellom BMI, BED og psykologiske variabler relatert til WRQoL (weight-related-quality of life og QoL- (quality-of-life) hos voksne
Nøkkelord	Binge eating disorder, Obesity, Quality of life, Cognitive behavioral therapy
Metode	158 kvinner og 14 menn ble randomisert i 3 aktive grupper (terapeutveiledet, terapeutassistert eller selvhjelp) og en venteliste-kontrollgruppe. (Noen ble ekskludert grunnet at de ikke hadde BMI innenfor referanseområdet, at de var gravide, ammet og annet). De ble vurdert ved baseline, midtveis, etter 20 uker, 6 og 12 mnd. Overspisingsepisoder ble angitt i tillegg til 7 underkategorier angående selvtilitt og seksuelliv i ulike skjema som spisespørreskjema, selvtillitscoreskjema, WRQoL-skjema og QoL skjema.
Resultat og diskusjon	Alle tre behandlingsgrupper hadde bedre resultat enn kontrollgruppen. Terapeutveiledet gruppe hadde færrest BED episoder og færrest drop-outs fra studien. Andre forhold som depresjon og lav selvtilitt hadde ikke signifikant forskjell mellom aktive behandlingsgrupper og ventelistegruppe. Studien viser at alvorlighetsgraden av BED har assosiasjon til WRQoL.
Konklusjon	Behandling som tar for seg både vekt- og spiseforstyrrelsessymptomer ved ulike former for CBT kan være det som er mest effektivt for å øke QoL blant de som har BED og samtidig overvekt. Studien indikerer at CBT sammen med intervensjon som adresserer symptomer forbundet med BED, psykososiale problemer og vekt, har størst impact på livskvalitet for pasienter med overspisingsslidelse
Relevans for oppgaven	Studien indikerer at det å iverksette et eller flere tiltak, vil kunne gi bedring. Vi kan derfor motivere pasientene til å starte med intervensjon, med sannsynlighet for at de vil få det bedre enn om de ikke hadde gjort noe.

Artikkel nr 5 Referanse	Pinto-Gouveia, J. <i>et al.</i> (2017) BEfree: A new Psychological program for binge eating that integrates psychoeducation, mindfulness and compassion. <i>Clin Psychol Psychother</i> , 2017 sept-oct;24(5): 1090-1098. doi:10.1002/cpp.2072
Hensikt	Å teste aksept og effektivitet av et psykologisk program basert på psykoedukasjon, mindfulness og selvmedfølelse opp til 6 mndr etter intervensjon, hos kvinner med overvekt og BED
Nøkkelord	BEfree, binge eating, compassion, efficacy study, mindfulness, obesity
Metode	Studien var en kontrollert longitudinell studie som sammenliknet resultatene mellom BEfree gruppen (19 personer) og kontrollgruppen (17 personer i ventelistegruppe). Alder mellom 18 og 55 år. De hadde påvist BED av klinisk psykologspesialist og en BMI > 25. Med BEfree menes 12 seanser à 2,5 timer i grupper med 10-15 deltakere. Det var tre ulike psykologspesialister som holdt seansen og det besto av å utvikle mindfulness og selvmedfølelse. Personene ble fulgt før intervensjon til etter intervensjon og sammenliknet i 3 og 6 mnd oppfølging.
Resultat og diskusjon	Deltakerne følte at programmet var viktig og verdifullt for dem og økte deres livskvalitet (QoL). Det hjalp dem å takle vansker og hvordan de håndterte negative tanker og følelser. De hadde færre overspisingsepisoder, mindre skamfølelse og var mindre deprimert sammenliknet med kvinnene i kontrollgruppen.

4.1 Presentasjon av artikler

Artiklene vi har valgt er:

1. Compare A., *et al.* (2013) Emotionally focused group therapy and dietary counseling in binge eating disorder. Effect on eating disorder psychopathology and quality of life. *Elsevier Appetite* Volume 71, 1 December 2013, Pages 361-368. doi.org/10.1016/j.appet.2013.09.007
2. Zwaan, M., *et al.* (2017) Effect of Internet-Based Guided Self-help vs Individual Face-to-Face Treatment on Full or Subsyndromal Binge Eating Disorder in Overweight or Obese Patients, *Jama Psychiatry*, 2017;74(10): 987-995 doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2150
3. Vancampfort, D. *et al.*, (2014). Changes in physical activity, physical fitness, self-perception and quality of life following a 6-month physical activity counseling and cognitive behavior therapy program in outpatients with binge eating disorder. *Elsevier, Psychiatry Research* 219 (2014) 361-366. doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.016
4. Mason, T.B. *et al.* (2017) Correlates of weight-related quality of life among individuals with binge eating disorder before and after cognitive behavioral therapy. *Eat Behav*, 2017- Dec; 27: 1-6. doi:10.1016/j.eatbeh.2017.08.001
5. Pinto-Gouveia, J. *et al.* (2017) BEfree: A new Psychological program for binge eating that integrates psychoeducation, mindfulness and compassion. *Clin Psychol Psychother*, 2017 sept-oct;24(5): 1090-1098. doi:10.1002/cpp.2072

4.2 Sammenfatning av resultater

Fra punkt 3.6 ble kriteriene for de valgte artiklene presentert. Vi valgte i hovedsak artikler med kognitiv atferdsterapi, empowerment og artikler hvor sykepleiere gjør en forskjell for BED pasienter.

I Compare *et al.* sin artikkel kan vi se nytten av strukturerte terapeutiske teknikker som fokuserer på følelser for å avbryte det dysfunksjonelle mønsteret av emosjonell avhengighet til mat hos personer med BED. Det er større frafall i gruppen som kun får kostholdsveiledningen, noe som sammenfaller med det vi fant i annen litteratur i forkant. Det å bryte de emosjonelle mønstre hjelper til med å redusere behovet for å bruke mat for å regulere følelser. Ved å tillate pasienten å oppleve de relasjonelle dimensjonen av følelser og å forbedre mellommenneskelige relasjoner, tyder det på at forbedring kan skje.

Hos Zwaan *et al.* var frafallet lavere; 91,0% av CBT-gruppen og 80,9% av GSH-I-gruppen ble inkludert i den per-protokollanalysen. Imidlertid var CBT mer vellykket i å beholde pasientene i studien enn GSH-I. Wilson og kolleger fant lignende resultater, med en frafallsrate på 7% i individuell IPT og 30% i bokbasert GSH ved slutten av behandlingen, selv om deres definisjon av frafall var strengere. Selv om personene ikke gikk vesentlig ned i vekt, økte de heller ikke vekten sin. Forskerne definerer langtidsoppfølging som 1,5 år og da ble det ikke funnet signifikante forskjeller mellom behandlingene. Ved 1,5 års oppfølging ble det ikke funnet signifikante forskjeller mellom behandlingene på noen måling av spiseforstyrrelser. Som denne, viser flere studier at behandling ansikt til ansikt var overlegen internetbasert intervensjon. Nettbaserte chat funksjoner skal ha blitt bedre med tiden, og kanskje likne mer på real-life, så dette kan ha hatt en innvirkning på resultatene etter hvert.

GSH-I forblir å kunne kalle et anbefalt lavterskelbehandlingsalternativ for denne pasientpopulasjonen, for eksempel i en trinnvis behandlingsmodell. Kostnadseffektivitetsanalyse vil vise om GSH-I var forbundet med lavere kostnader

sammenlignet med CBT. Kommunikasjonsteknologi kan ha fordeler inklusive å senke terskelen for tilgang slik at dette er interessante funn.

Vancampfort et al får frem sammenhengen mellom den fysiske og psykiske helsen på en god måte. Etter perioden med aktivitetsrådgiving og CBT, har personene signifikant bedre fysisk selvpoppfattelse. Her er det parametere som betyr mer enn rene vektmessige forhold fordi det går på aspekter nettopp på de punktene der man er sårbar med hensyn til kropp og utseende og selvbekreftelse. Reduksjonen i antall overspisingstilfeller følger et godt mønster og muskel- og skjelettplager

Mason et al bekreftet at både alvorlighetsgraden av fedme og psykopatologi var direkte relatert til spiseforstyrrelser og var viktige markører for HRQoL. BMI var assosiert med dårligere selvfølelse og fysisk funksjon. Det har vært litt ulike funn i ulike studier på dette området, og ulikheter har vært i design og det kan være vansker med å sammenlikne data direkte opp mot hverandre uten svært avansert statistikk. Kolotkin et al antydte at individuelle forskjeller i alvorlighetsgraden av psykopatologi i BED kan være tettere assosiert med HRQoL enn bare BED i seg selv (Kolotkin, 2004). Generell selvfølelse er spesielt relevant når det gjelder psykologiske aspekter av WRQOL. Lav generell selvfølelse var assosiert med lav selvfølelse og offentlig belastning relatert til vekt ved baseline. Endring i mestringsevne fremsto som en betydningsfull prediktor av WRQOL ved EOT (selv om i en uventet retning), mens ved baseline varmestringsevne mindre relatert til WRQOL enn andre faktorer som ED psykopatologi og vekt.

Pinto-Gouveia et al viste at deltakerne i BEfree programmet hadde lavere nivåer av alvorlighet av overspising og spisepsykopatologi, mindre ekstern skam, var mindre deprimerte og hadde en bedre QoL. De ble også mindre selvkritiske. Tidligere forskning har pekt på rollen selvkritikk spiller i spiseforstyrrelser og noen mener at selve overspisingsslidelsen kan være en slags selvskadeform, eller at selvskading kan bli en annen måte å håndtere ubehagelige følelser eller mangel på selvkontroll (Rø, 2021). Det ble ikke funnet noen forskjeller i selvmedfølelse blant de to tilstandene men det er mulig at dette kan ta en del tid å utvikle. Denne studien ble utført på et lite utvalg, i motsetning til den forrige studien. Hvis man skal gå videre her bør utvalget være større. Som i mange studier, er det også færre menn. En annen ting å tenke på når kontrollpersonene er fra venteliste, er at det ikke gir oss mulighet til å sammenlikne med annet opplegg, bare med dem som ikke har noe opplegg.

5.0 Drøfting

5.1 Kognitiv atferdsterapi

Det er vanlig å anta at personer som har både overspisingsproblematikk og høyt alkoholinntak har mindre effekt av behandling. Tall fra en studie av en variant av kognitiv atferdsterapi (CBT-E) ble brukt til å undersøke disse sammenhengene. 149 pasienter hvorav ene halvparten hadde et høyt alkoholinntak, og den andre halvparten hadde et sunt alkoholinntak. Begge gruppene hadde spiseforstyrrelser i samme grad. Funnene i studiet motbeviste antakelsen om at den ene pasientgruppen ville respondere dårligere på CBT-E enn den andre (Fairburn, 2022).

Kognitiv terapi kan være en effektiv behandlingsform for BED fordi det tar for seg å endre underliggende tankemønstre som bidrar til spiseforstyrrelsen. Behandlingsmålet er å hjelpe pasientene til å bli mer bevisste på sine negative tankemønstre, samt å lære seg teknikker for å endre disse mønstrene og tankene. Dette kan føre til reduserte overspisingsepisoder, og økt kontroll over matinntaket. Terapi som tar for seg både vektreduksjon og spiseforstyrrelses-symptomer har best effekt for å bedre livskvalitet (Mason T.B. et al, 2017).

Som visst er det begrenset med informasjon i forhold til den beste behandling, og hvor mange plan en behandling behøver å jobbes på for å oppnå ønskelig helseresultat. Begrenset betyr dog ikke total mangel på informasjon, og mindfulness er et begrep som viser seg å være blant helsefremmende faktorer for pasienter som lider av BED.

Mindfulness regnes som en egenskap alle har, og som kan trenes opp (Binder, 2016). Mindfulness kan også være utfordrende, i den forstand at det krever mye tålmodighet og disiplin fra pasientens side. Endring forekommer ikke over kort tid, og krever langt mer aktiv jobbing enn ved en medikamentell behandling. BEfree-programmet resulterte i data som indikerte at selvmedfølelse er en egenskap som trenger lang tid for å opparbeides (Pinto-Gouveia, J. et al, 2017).

Selv om det er vist at kognitiv terapi kan være en effektiv behandlingsform for BED, er det også utfordringer knyttet til å implementere en slik behandling. Det kan være svært utfordrende å endre sine negative tankemønstre, rutiner og atferd knyttet til mat og kroppsbylde. Kognitiv terapi kan kreve et langvarig behandlingsforløp med terapeutisk støtte og oppfølging. Studieresultater viser til tydelige forskjeller i forbedring av sin helse mellom studiedeltakere som har fått oppfølging, og de som ikke har fått det (Pinto-Gouveia, J. et al, 2017).

Til tross for mulige krevende faktorer knyttet til kognitiv terapi, kan det være blant de mest verdifulle behandlingsformer for pasienter med BED, basert på resultater og konklusjoner fra forskning og studier. Videre forskning vil være nødvendig for å ytterligere undersøke effekten av kognitiv terapi, og for å identifisere faktorer som kan øke suksessraten for denne behandlingsformen.

5.2 Livskvalitet

Livskvalitet (QoL) er rapportert å være lavere hos pasienter med overspisingslidelse (Giel, 2017). Funnene er gjort ved kontrollgrupper i sammenlignbare populasjoner uten spiseforstyrrelse, og også til en viss grad sammenliknet med andre spiseforstyrrelser. Denne nedsatte QoL foregår ofte uten at det blir oppdaget, siden BED ofte er udiagnostisert og ubehandlet. Hjelpeapparatet får altså ikke anledning til å bidra. I denne situasjonen har sykepleiere muligheten til å bidra ved å fange opp signaler og funn, ved å ha kunnskap om tilstanden. Skam og fornektelse er rapporterte følelser ved overspisingslidelser (Skårderud, 2020), noe som bidrar til utfordringene i diagnostikken. Det kan også hende at personene selv ikke er klar over at de har en

spiseforstyrrelse, men tolker sitt spisemønster på en annen måte eller ikke er bevisst at det kan betegnes som patologisk.

I tillegg til velkjente QoL er også begrepet WRQOL (Weight-related-Quality of life) lansert. Selv om kognitiv adferdsterapi er kjent som den beste behandlingsstrategien ved overspisinglidelse, er dette ikke vist å gi reduksjon i vekt eller WRQOL (Mason, 2017).

Som tidligere nevnt er empowerment en prosess der personer oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres liv. Dette tilsier at prosessen er svært relevant for at BED-pasienter skal kunne gjenvinne kontroll over sine valg, og styring over sitt liv. Ingen kan dog gjøre noen «empowered», man kan kun hjelpe i prosessen (Tveiten, 2020). Empowerment kan oppnås gjennom å hente frem pasientens iboende kraft, og muligheter styrkes til å ledes i en retning av aktiv deltakelse i helseteamet. Det er altså ment at empowerment skal lede mot bedret helse, et samarbeid mellom helsepersonell og pasient, og føre til at helsepersonellet forstår pasientens behov, utfordringer og sykdom i et pasientperspektiv (Tveiten, 2020).

Programmet BEfree beskriver hvordan psykoedukasjon, medfølelse og mindfulness integreres i behandlingen av kvinner med BED, med den hensikt å redusere utfordringer og vansker knyttet til BED. BEfree-programmet viste seg å være effektivt i forhold til å redusere symptomer knyttet til BED som depresjon, skam og destruktive spisemønstre. Resultatene ble også opprettholdt ved oppfølging etter 3- og 6 måneder (Pinto-Gouveia, J. et al, 2017) . Resultatene fra deltakerne etter BEfree-programmet viste til at overspisingsepisodene deres ble av lavere alvorlighetsgrad, skamfølelse ble redusert, de ble mindre deprimerte og oppnådde generelt sett bedre QoL enn kontrollgruppen. I tillegg ble deltakerne mindre kroppsbevisste i negativ forstand, og ble mindre selvkritiske.

5.3 Helsefremmende faktorer skapt av sykepleiere

Ved en overspisinglidelse spiser man ikke av en fysisk følelse av sult, og overspisingen skjer som oftest utenom vanlige måltider. Som andre spiseforstyrrelser er overspisingen en håndteringsmekanisme for å overdøve vonde følelser og tanker, og kan sammenlignes med rus. Fokuset på mat reduserer fokuset på vonde følelser og destruktive tanker, men akkurat som ved rus forsvinner effekten av overspisingsepisoden, og den indre kritiker trer fram. Skam, nedlatende tanker og følelser forbundet med overspisingsepisoden kan igjen føre til en ny overspisingsepisode, og man kommer inn i en selvforsterkende ond sirkel.

Sykepleiere kan bidra til å integrere mindfulness-øvelser i pasientens hverdag og behandling, som vil hjelpe dem å fokusere på opplevelsen og følelser i øyeblikket, og lettere kunne gjenkjenne trigger som kan utløse en overspisingsepisode. I tillegg kan mindfulness øke pasientenes evne til å både avdekke og håndtere de ulike stressmomenter og emosjonelle utfordringer som kan være bakenforliggende for spiseforstyrrelsen (Pinto-Gouveia, J. et al, 2017).

De fleste pasienter med BED er overvektige pga at de ikke kvitter seg med maten de inntar. (Skårderud, 2020) Av artiklene vi har funnet i PubMed er det kun artikkel nr. 3, (Vancampfort, D. et al.,2014) som ikke har fokus på vekt og veiing. Studien har ingen kontrollgruppe som veier pasienten jevnlig. Pasienten evaluerer selv og det er ingen som kontrollerer at tallene pasienten oppgir, stemmer. Under den 6 måneders lange studien, er det fokus på antall overspisingsepisoder og om dette antallet avtar mot studiens slutt. . Forfatterne av studien legger vekt på at dette kan være en stor årsak til hvorfor pasienten lykkes, og viser gode resultater i færre overspisingsepisoder. Hvorfor er det ikke flere studier som gjør det samme? Å bli veid, forsterker fokuset på overvekt og fjerner fokuset på spising og spisemønster. Dette igjen fører til dårlig selvfølelse.

Fra samme studie (Vancampfort, D et al.2014) samles alle pasientene med BED 1 dag pr.uke for en hel dag. I motsetning til mange andre BED studier, som også samler deltakerne 1 gang pr. men derimot kun 60- 90

minutters treff. Denne studien har hatt meget gode resultater og forfatterne skriver at de tenker å samle BED pasienter en hel dag- det er meget gunstig for pasientene. De er med på en fysisk test på morgenen- og deretter skal de på gruppeterapi på ettermiddagen. For sykepleierne er dette helsefremmende faktorer som er verdifulle å kopiere. Når pasientene er samlet, får de anledning til å sammenlikne seg med andre i samme situasjon. I pausene kan man snakke i mindre grupper, som i seg selv er tillitsskapende, og de som ikke ønsker å snakke i større forsamlinger, har mulighet til å bli hørt. Deltakerne i studien snakker sammen, deler erfaring og lytter til hverandres opplevelser. Samholdet i seg selv kan gi stor motivasjon for å åpne seg for andre i samme situasjon.

I tillegg til de vitenskapelige studiene presentert i resultatkapittelet, har vi i tillegg funnet en studie vi ønsker å belyse: Oftedal, E., Ueland, V. og Rørtveit, K.,(2022) "Therapeutic writing in a programme for binge eating disorder-A tool to come closer to clarifying feelings". Artikkelen resultat belyser et godt hjelpemiddel for pasienter med BED- hvor sykepleiere kan formidle for pasientenes bedring i livskvalitet.

Den norske, kvalitative studien om terapeutisk skriving (Oftedal, E., Ueland, V. og Rørtveit, K.2022) er et godt hjelpemiddel for pasienter å få uttrykt sine tanker og følelser skriftlig. Da må deltakerne i studien kjenne etter og sette ord på hvordan de føler og tenker rundt sitt spisemønster. Sykepleierne har her stor mulighet å få tak i viktig informasjon om pasienten slik at de kan bli hjulpet videre. Forfatterne anbefaler denne type terapi videre og også i for andre grupper psykiske lidelser.

6 Konklusjon

Problemene for personer med overspisinglidelse har vært todelt. Det har både vært skam og stigma rundt lidelsen, på en slik måte at det krever mye å stå frem og søke hjelp. I tillegg har diagnosesystem, regelverk og prioriteringsveileder manglet, noe som har gjort at de ikke har hatt de samme mulighetene for behandling som personer med de andre spiseforstyrrelsesdiagnosene. Vi har kjent på usikkerhet omkring både diagnostikk, behandling og prognose for disse pasientene, som vi knapt visste fantes. Vi kjenner nå til et klarere utgangspunkt for både tilnærming til pasientgruppen, og et tydeligere bilde av et ønskelig behandlingsforløp.

Vi opplever at det er en oppadstigende kurve med mengde informasjon og fokus på overspisinglidelse. Det er et økende antall forskningsartikler, kjente personer står frem med problematikken og det lages produksjoner på radio og TV om temaet. Til sammen er det trolig at denne økende oppmerksomheten og anerkjennelsen av problemet, gjør at flere personer føler at de kan stå frem og få hjelp. I tillegg har diagnose- og regelverk apparatet etter hvert blitt oppdatert. Vår bakgrunn er sykepleiestudenter med generell teori kunnskap og praksisperioder, og trodde vi hadde tilegnet oss kunnskap om diagnosene hyppigst forekomst. Derfor var det overraskende da det gikk opp for oss at mange pasienter går «under radaren» og hjelpeapparatet. Det har

vært med en følelse av «detektivvirksomhet» at vi har lest faglitteratur, sammenliknet eldre og nyere studier, hørt podcaster og fulgt med i mediebildet vedrørende temaet. Akkurat i disse månedene vi har gjort forarbeid og aktivt arbeid med oppgaven, har det skjedd ting i samfunnet rundt oss. Det har blitt mer bevissthet og åpenhet rundt problemstillingen. Det er fremdeles en lang vei å gå, men veien er påbegynt. En podcast sa det så treffende, sammenfallende med hva vi har funnet i studiene vi har lest, både de vi har nevnt her og andre som ikke er tatt med i oppgaven: «Man bør tenke at terapien skal ha et dobbeltspor: Man skal ha fokus på helsen; det somatiske og medisinske samtidig som man skal ha fokus på personen bak lidelsen. Det ene holder ikke (Foreldrerådet, 2019)».

Studiene vi har lest som omhandler BED, inneholder oppsiktsvekkende mange gode teorier og praktiske løsninger for pasienter med BED. Og at kognitiv terapi er den beste behandlingen for pasienter med BED, kan vi godt forstå. Det er og har alltid vært en stor underholdningskultur rundt store mennesker i samfunnet vårt. Media har ofte oppslag og overskrifter om overvektige mennesker som trenger 2 flyseter, ikke kan dele sitt sete med andre på bussen og at overvektige mennesker svetter mest. Når pasienter med BED, som oftest har et overvektsproblem, skal være med i en studie og en kontrollgruppe belyser til stadighet hva du veier-må være deprimerende for deltakerne. At sykepleierne kan ta større del av behandling rundt pasienter med BED, har vi blitt enige om etter å ha satt oss i studiene. Sykepleierrollen er undervurdert og sykepleierne med sin medisinske erfaring bør kunne komme mere på banen. Det å bli sett og hørt er like viktig i psykiatrien, som medisiner mot angst, depresjon og vektreduserende injeksjoner.

Litteraturliste

Almvik, A., Borge, L. (2007), *Psykisk helsearbeid i nye sko*, 2 opplag, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Den Norske Legeforening (2023) *Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening*. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-1-diagnostikk-og-utredning/diagnostikk-i-barne-og-ungdomspsykiatri/Diagnosesystemene-ICD-og-DSM/> hentet:12.mai 2023.

Fairburn, C. G. (2022), *Få bukt med overspising*, 1 utg., 9 opplag, Gyldendal Norsk Forlag AS

Giel, K. e. (2017). Binge eating disorder. *Nat Rev Dis Primer*.

Compare A., et al. (2013) Emotionally focused group therapy and dietary counseling in binge eating disorder. Effect on eating disorder psychopathology and quality of life. *Elsevier Appetite* Volume 71, 1 December 2013, Pages 361-368. doi.org/10.1016/j.appet.2013.09.007

Goss, K. A., S (2009) *Shame, pride and eating disorders. Chlinical psychology and Psychotherapy*, 16, 303-316.

Götestam, K.G. et al. (2004) Patologisk overspising- en oversikt, Tidsskriftet Den Norske Legeforening, 124: 2118-20. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2004--2118-20.pdf> Hentet: 10.mai 2023.

Helsebiblioteket (2023) *terminologidatabasen MeSH*

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk> hentet 14.mai 2023

Helsepersonelloven, (1999) *Lov om helsepersonell*, tilgjengelig fra:<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> Hentet: 10.mai 2023

Hummelvoll, J. K. (2008), *Helt – ikke stykkevis og delt*, 6 utg., 4 opplag, Gyldendal Norsk Forlag AS

James I. Hudson, E. H., Harrison G. Pope, JR., and Ronald C. Kessler 2007.
The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity
Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61, 348 –358.

Kirkevold, M.(2018), *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*, Gyldedal Akademiske.

Klette, G. S., 2014.

Sykepleien.

<https://sykepleien.no/forskning/2014/02/helsefremmende-pleie-krever-tid-og-kunnskap>

<https://sykepleien.no/forskning/2014/02/helsefremmende-pleie-krever-tid-og-kunnskap>

Hentet 20.03-2023

Mason, T.B.*et al.*(2017) Correlates of weight-related quality of life among individuals with binge eating disorder before and after cognitive behavioral therapy. *Eat Behav*, 2017- Dec; 27: 1-6.
doi:10.1016/j.eatbeh.2017.08.001

Oftedal, E. Ueland, V. og Rørtveit, K.(2022) Therapeutic writing in a programme for binge eating disorder- A tool to come closer to clarifying feelings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Volume 34, issue 4, page 1217-1227. doi.org/10.1111/scs.13095

Pasient- og brukerrettighetsloven,(1999). *Lov om pasient-og bruker rettigheter*.

Tilgjengelig fra:<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> Hentet: 10.mai 2023

Pinto-Gouveia, J.et al.(2017) BEfree: A new Psychological program for binge eating that integrates psychoeducation, mindfulness and compassion. *Clin Psychol Psychother*, 2017 sept-oct;24(5): 1090-1098. doi:10.1002/cpp.2072

Rø,Ø. Hage, T.W. Torsteinsson, V.W (2021) *Spiseforstyrrelser*, 1.utgave, 2.opplag. Bergen: John Grieg.

Skårderud, F. (2020) *Sterk svak*, håndbok om spiseforstyrrelser, 5.opplag, Oslo: Aschehoug & Co.

Slettebø, Å. (2007) *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Stunkard, A.J, Eating orders and obesity.(2011) *Psychiatr Clin North Am*.2011, vol.34, issue 4 pages 765-771..doi: org/10.1016/j.psc.2011.08.010

Thesen, J. & Malterud, K., 2001. *Tidsskriftet den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2001/05/kronikk/empowerment-og-pasientstyrking-et-undervisningsopplegg>
Hentet 20.03-2023

Thidemann, I-J.(2019) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*, 2.utgave, Oslo: Universitetsforlaget.

Vancampfort, D. *et al.*,(2014). Changes in physical activity, physical fitness, self-perception and quality of life following a 6-month physical activity counseling and cognitive behavior therapy program in outpatients with binge eating disorder. *Elsevier, Psychiatry Research* 219 (2014) 361-366. doi.org./10.1016/j.psychres.2014.05.016

WHO/Verdens helseorganisasjon (01/2023), ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1412387537> Hentet 18.03-2023

Zwaan, M., *et al* (2017) Effect of Internet-Based Guided Self-help vs Individual Face-to-Face Treatment on Full or Subsyndromal Binge Eating Disorder in Overweight or Obese Patients, *Jama Psychiatry*, 2017;74(10): 987-995 doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.215

