

Margrét Gísladóttir og Erla Kolbrún Svavarsdóttir.
Margretgjsla@simnet.is

ÞRÓUN FJÖLSKYLDUMEDFERÐAR FYRIR UNGAR KONUR MED ÁTRÖSKUN



Eitt til þrjú prósent kvenna eru álitin greinast með átröskun. Hærri prósentur hafa sést eða að allt að 10% kvenna hefðu einkenni átröskunar. Tölur um fjölda einstaklinga með átröskun gefa til kynna að margar fjölskyldur þurfi að takast á við vanda einhvers í fjölskyldunni út af útliti og þyngd en átröskun er yfirleitt greind hjá fólki á aldrinum 15-22 ára (Eisler, Dare, Hodes, Russell, Dodge og Le Grange, 2000).

Átröskun er langvinnur sjúkdómur og það tekur yfirleitt nokkurn tíma að ná sér. Átröskun hefur víðtæk heilsufarsleg áhrif á þann sem fær sjúkdóminn og einnig á aðstandendur en þekkt er að þeir finni fyrir erfiðleikum í samskiptum og áhrifum á allt fjölskyldulífið (Cottee-Lane, Pistrang og Bryant-Waugh, 2004). Þjónusta fyrir aðstandendur í heilbrigðiskerfinu á Íslandi hefur ekki

verið nægjanleg þó henni hafi verið sinnt að einhverju leyti og sama virðist vera í öðrum löndum. Aðstandendur eru álitnir í lykilstöðu að hjálpa sjúklingi með átröskun (Uehara, Kawashima, Goto, Tasaki, og Someya, 2001) og þeir leita fyrr eftir upplýsingum og stuðningi en sá sem hefur sjúkdóminn og brýnt er að koma til móts við það.



Margrét Gísladóttir, geðhjúkrunar- og fjölskyldufræðingur MS. Starfar á göngudeild geðdeildar



Dr. Erla Kolbrún Svavarsdóttir, prófessor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og forstöðumaður fræðasviðsins fjölskylduhjúkrun

Margrét Gísladóttir og Erla Kolbrún Svavarsdóttir þróðu fræðslu- og stuðningsmeðferð fyrir aðstandendur einstaklinga með átröskun í meistara-rannsókn Margrétar. Lögð var áhersla á að aðstandendur væru mikilvægir í bataferlinu, að þeir gætu verið stuðningsaðilar og að þeir hlúðu að sjálfum sér til að geta verið í stuðningshlutverkinu. Fræðslu- og stuðningsmeðferð fyrir aðstandendur getur bætt líðan og öryggi aðstandenda og stuðlað að skjótari bata þess sem hefur sjúkdóminn (Uehara og félagar, 2001). Stuðst var við Calgary-fjölskyldumeðferðar líkanið (Wright og Leahey, 2005) við þróun fræðslu- og stuðningsmeðferðarinnar sem hér verður lýst.



Einkenni og orsakir átröskunar

Einstaklingur með lystarstol missir að hluta til innsæi á ástand sitt og neitar að viðhalda lágmarkslíkamsþyngd miðað við hæð og aldur. Mikil hræðsla er við þyngdaraukningu eða við að verða „feitur“ þrátt fyrir að vera of léttur og hafa brenglaða sýn á þyngd og útlit. Hegðunin verður áráttukennd og tengist brennslu, mataræði og útliti. Fólki með lystarstol borðar yfirleitt of litlar máltíðir en fólki með lotugræðgi borðar óreglulega og misstóra skammta sem innbyrtir eru á skömmum tíma. Sömuleiðis er ástunduð hegðun sem kemur í veg fyrir þyngdaraukningu, eins og uppköst, notkun hægðalyfja, föstur eða líkamsæfingar. Einkenni um átköst og þyngdarstjórnun þurfa að hafa komið fyrir tvisvar í viku á þremur mánuðum til að uppfylla skilyrði um lotugræðgi (Muscary, 2002).

Afleiðingar átröskunar geta verið kvíði, vanlíðan og jafnvel þunglyndi. Sálræn einkenni átröskunar eru talin afleiðing sjúkdómsins en ekki orsök. Foreldrar horfa upp á miklar breytingar á dóttur með átröskun: „Barnið er heltekið þessari átröskun, það er ekki lengur sama barnið; það var engin leið að ræða við hana, hún var orðin önnur persóna,“ (Cottee-Lane og félagar, 2004).

Stundum sjást ýmis hættuleg líkamleg einkenni átröskunar, eins og hæging á lengdarvexti, beinþynning, seinkun á kynþroska, óeðlileg starfsemi heila, hjartsláttartruflun, skortur á kálíum, sár á vélinda, lágur blóðþrýstingur og meltingartruflanir. Hætta er á tíðastoppi bæði við lotugræðgi og lystarstol en stoppið þarf að hafa staðið í þrjá mánuði til að teljast einkenni lystarstols. Tíðastopp getur leitt til beinþynningar (Muscary, 2002).

Ekki hefur verið fundin ákveðin orsök átröskunar heldur álitíð að þar verki saman margar ástæður sem lúta að líffræði, þroska, menningu, persónuleika og fjölskyldu þess sem fær sjúkdóminn (Lask, 2000). Viðmið samtímans um útlit og þyngd er að fólk eigi að vera grannt og skilaboðin eru skýr þar sem rekinn er áróður í auglýsingum fyrir fitulitlu fæði, líkamspjálfun og megrun og en hún er talin stór áhættuþáttur fyrir þróun átröskunar. Foreldrar ásaka oft sjálfa sig fyrir að dóttir þeirra hafi fengið átröskun. En sökin er ekki þeirra. Ef foreldrar horfa fram hjá því hver sé ástæða átröskunarinnar munu skömm og sektarkennd minnka og þeir munu frekar hvetja hana eða hann til að sækja meðferð (Lock og Le Grange, 2005).

Meðferð við átröskun

Meðferð, sem almennt er lögð áhersla á í dag, er stuðningur við að koma á venjulegu matarmynstri, þyngdaraukning hjá þeim sem eru of léttir, fræðsla, fjölskyldustuðningur og hjálp við vanlíðan. Einstaklingi með átröskun finnst iðulega að heilsan sé í lagi og þrátt fyrir heilsubrest hefur sú tilfinning áhrif á viljann til að fara í meðferð. Viðbrögð sjúklingsins eru oft: „Ég er hrædd við hvernig ég verð án lystarstols, ég held ég breytist í hugsun og hætti að vera sú sem ég vil vera, persónuleikinn verði öðruvísi og ég viti ekki hver ég er.“ Á sama tíma gæti hugsunin verið: „Fagfólkið á að ná okkur upp úr lystarstolinu, ég tekst á við hlutina er eins og ég mundi nota eiturlyf!“ (Tan, Hope og Stewart, 2003). Þegar átröskun er greind er árangur bestur ef fólk fær meðferð sem fyrst vegna breytinga sem verða á persónuleikanum og vegna áhrifa á líkamlega starfsemi við þyngdarmissi (Slade, 1995).

Einkenni fjölskyldu, þar sem er einstaklingur með átröskun, eru talin afleiðing sjúkdómsins en ekki orsök (Eisler og félagar, 2000). Á síðustu árum hefur fjölskyldan verið með í að setja markmið ásamt skjólstæðingi. Tilgangurinn með stuðningi við fjölskylduna er að líðan

fjölskyldunnar allrar batni með því að minnka streitu og álag og til að flýta fyrir bata sjúklingsins. Svelti eða átköst og uppköst eru oftast talin óviðunandi athæfi gagnvart öllum í kring og jafnvel gagnvart þeim sem þannig hagar sér. Þekkt er að aðstandendur einstaklinga með átröskun finna fyrir miklum erfiðleikum og álagi. Vandinn, sem aðstandendur standa frammi fyrir þegar einhver í þeirra röðum greinist með átröskun, er að takast á við eigin vanlíðan út af veikindunum, að reyna að lifa með veikindunum og að styðja sjúklinginn til bata.

Í allri meðferðarvinnu fyrir aðstandendur er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar skapi rými og öryggi handa aðstandendum til að þeir geti rætt málin, sýnt tilfinningar, leyft sér að efast og geti öðlast styrk aftur. Gott er að skoða áhrif veikindanna á fjölskylduna og áhrif fjölskyldunnar á veikindin út frá sjónarhorni hvers einstaks í fjölskyldunni. Þegar aðstandendur fá tækifæri til að greina frá erfiðri reynslu af veikindum sjúklingsins finnst þeim þeir geta losað um tilfinningarnar, þjáningunni sé létt af þeim og að andlegu sárin grói. Með því að bjóða aðstandendum upp á að segja frá erfiðum tilfinningum getur hjúkrunarfræðingurinn auðveldað fjölskyldunni að draga fram eigin styrk, hæfileika og úrræði sem eru mikilvæg í bataferlinu (Wright og Leahey, 2005).

Þróun fræðslu- og stuðningshópa vegna vandamanns með átröskun

Aðstandendur eru í lykilstöðu að hjálpa sjúklingi með átröskun og í hópi bestu stuðningsaðila þegar barn eða unglingur er að ná sér (Cottee-Lane og félagar, 2004). Í nýlegum heilbrigðislögum Bretlands kemur fram að aðstandendur einstaklinga með geðrænan vanda gegna mikilvægu hlutverki í umönnun og í lögnum eru þarfar þeirra metnar sérstaklega (Treasure, Gavan, Todd, og Schmidt, 2003).

Hugmyndin að baki aðstandendahópum var í fyrstu að foreldrar fengju tækifæri til að öðlast þekkingu og færni til að styðja hver annan. Í auknum mæli er farið að bjóða fólki að taka þátt í aðstandendahópum vegna veikinda eða hegðunarvanda barna. Aðstandendur eru yfirleitt þakklátir að fá að taka þátt í stuðningi við veikan ættingja og fá þá síður þá tilfinningu að þeir séu hjálparvana og áttavilltir (Wright og Leahey, 2005). Aðstandendahópur getur losað fólk úr einangrun og undan sektarkennd, minnkað álag, streitu og vanlíðan, glætt vonir, bætt samskipti og verið til hagsbóta fyrir sjúklinginn (Uehara og félagar, 2001).

Almennt er viðurkennt að ættingjar þeirra sem eru með átröskun þurfi fræðslu og stuðning. Fræðslu- og stuðningsmeðferð fyrir fjölskyldur er sambland af fræðslu og meðferð. Fólkið fær fræðslu um eðli, ferli, afleiðingar og meðferð sjúkdómsins.

Meðferð er veitt í þeim tilgangi að koma á viðhorfs- og hegðunarbreytingu. Boðið er upp á ráðgjöf í samskiptum og að takast á við veikindin. Kenndar eru aðferðir við að leysa vandamál, að hrósa og að sjá mun á átröskunarhegðun og eðlilegri hegðun einstaklingsins (Cottee-Lane og félagar, 2004).

Nauðsynlegt er að hjálpa aðstandendum að standa saman og mikilvægt er að þeir styðji hver annan. Einnig þurfa fagaðilar og aðstandendur að standa saman og vinna í sameiningu að því að leysa vandann. Aðstandendur eru hvattir til að gagnrýna ekki sjúklinginn heldur sýna stuðning (Treasure og félagar, 2003).

Calgary-fjölskyldumeðferðarlíkanið sem notað var við þróun fræðslu- og stuðningsmeðferðarinnar

Calgary-fjölskyldumeðferðarlíkanið byggist á kerfakenningum (systemic), póstmóðernisma, stýrifræði (cybernetics), samskiptakenningum, breytingakenningum og líffræðikenningu hugans (biology og cognition). Samkvæmt kenningum Wright og Leahey (2005) er fjölskylda hópur einstaklinga (tveir eða fleiri) sem bundnir eru sterkum tilfinningalegum böndum, finnst þeir tilheyra hver öðrum, hafa raunverulegan áhuga hver á öðrum og eru áhugasamir um að fá að tilheyra lífi hver annars. Fjölskyldumeðferð er þjónusta við sjúklinginn í tengslum við fjölskyldu hans. Lögð er áhersla á samskipti sem fela í sér möguleikann á að meðhöndla mismunandi viðfangssvið á sama tíma: sjúkdóma/áföll, einstaklinga og fjölskylduna.

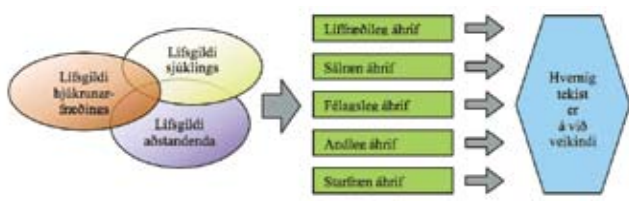
Langvinnur sjúkdómur eins og átröskun hefur áhrif á alla í fjölskyldunni og allir í fjölskyldunni hafa áhrif á sjúkdóminn. Þegar fjölskyldan hefur þurft að glíma við langvinn veikindi getur verið erfitt fyrir hana að snúa lífinu í fyrra horf. Tilfinningar hafa áhrif í samskiptum og geta verið til uppbyggingar eða niðurriffs. Uppbyggjandi viðhorf eru ríkjandi ef mismunandi sjónarmið eru metin jafnréttá. Niðurbrjótandi viðhorf eru í gangi þegar ein skoðun er álitin réttari en önnur og að fólk verði að breyta skoðun sinni. Í uppbyggjandi umræðum er ekki gefin skipun heldur boðið upp á breytingar til þroska þar sem fleiri en ein leið er möguleg. Lögð er áhersla á viðurkenningu, hlýju, kærleika og umhyggju.

Mikilvægt markmið fjölskyldumeðferðar er að ná fram jákvæðum lífsgildum, draga úr vanlíðan, hafa jákvæð áhrif á samskipti og heilbrigði fjölskyldunnar vegna veikinda eða áfalla. Í fjölskyldumeðferð er verið að fást við lífsgildi sjúklingsins og aðstandenda hans. Lífsgildi eru fullvissa um sannaþeka einstaklingsins, um sérstakan raunveruleika sem hefur áhrif á líffræðilega, sálræna og félagslega þætti og viðhorf hans og hegðan, (Wright og Leahey, 2005). Meginlífsgildi eru lífsgildi sem skipta máli og bjóða upp á tilfinningaleg og lífeðlisfræðileg viðbrögð sem hafa áhrif á hvernig fólk lítur á umheiminn. Þau

FRÉTTAPUNKTUR

koma til með að hafa áhrif á hvernig einstaklingarnir í fjölskyldunni takast á við veikindi (mynd 1). Meðferð var veitt þar sem skarast lífsgildi sjúklings, vandamanna hans og hjúkrunarfræðings.

Mynd 1 Calgary-lífsgildalíkaníð

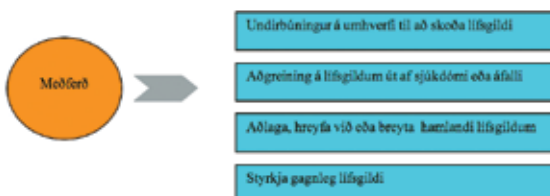


Hamlandi lífsgildi hindra á einhvern hátt að einstaklingur geti tekist á við alvarleg veikindi en styrkjandi lífsgildi auka möguleikann á að ráða við þau. Þar sem lífsgildi sjúklings, vandamanna og hjúkrunarfræðings skarast er auðveldast að skilja þjáninguna og þar geta andlegu sárin byrjað að gróa (Wright og Leahey, 2005).

Í Calgary-fjölskyldumeðferðarlíkaninu eru vandamál auðkennd og samskiptin innan fjölskyldunnar út af heilbrigðisvandannum rædd en þekkt er að samskiptin breytast í fjölskyldunni við að einstaklingur fær átröskun. Skoðuð eru reynsla, styrkur og lífsgildi fjölskyldunnar, hugsanlegar lausnir fundnar og markmið sett. Meðferðarumræður hafa ákveðinn tilgang, eiga sér stað innan ákveðins tímaramma og hafa í sér þekkingu allra í fjölskyldunni og hjúkrunarfræðingsins. Fólkinu er boðið að taka þátt í opinskáum umræðum um málin til að lina eða létta á tilfinningalegri eða andlegri þjáningu. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingurinn geri ekki upp á milli fólks en hann mótar umræðurnar með þeim. Hjúkrunarfræðingurinn stýrir ekki breytingunni sem gæti orðið í fjölskyldunni.

Í líkani Wright og Leahey (2005) um „meðferð út af lífsgildum sem veikindin hafa áhrif á“ (mynd 2) eru sett fram fjögur stig í meðferð.

Mynd 2 Fjölskyldumeðferð út af lífsgildum sem veikindin hafa áhrif á



Reynt er að finna styrk og hindranir hjá fjölskyldunni. Skoðuð eru áhrif veikinda á lífsgæði og samskipti. Til þess að aðlagja eða breyta hamlandi lífsgildum eru notuð styrkjandi lífsgildi, sýnd viðurkenning og hrósað.

Nýir doktorar í hjúkrun



Helga Lára Helgadóttir

Helga Lára Helgadóttir, lektor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, lauk doktorsprófi frá University of Nebraska Medical Center 23. apríl sl. Heiti doktorsritgerðarinnar er Fræðsla fyrir foreldra um verkjameðferð barna heima eftir hálskirtlatöku (Education for parents to manage children's pain at home after tonsillectomy). Leiðbeinendur hennar voru dr. Margaret E. Wilson, dr. Mary Megel, dr. Julie A. Stoner og dr. Lani Zimmerman.



Þóra Jenný Gunnarsdóttir

Þóra Jenný Gunnarsdóttir, lektor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, lauk doktorsprófi frá University of Minnesota 3. maí sl. Heiti doktorsritgerðar hennar er Reflexology for fibromyalgia; a case study. Leiðbeinendur hennar voru dr. Cynthia Peden-McAlpine, dr. Ruth Lindquist, dr. Mariah Snyder og dr. Mary Jo Kreitzer.

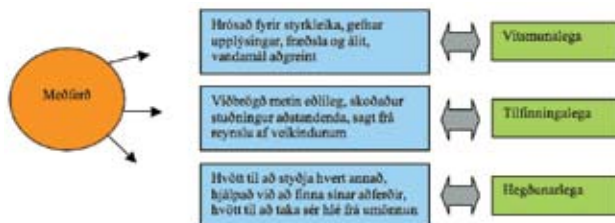


Helga Sif Friðjónsdóttir

Helga Sif Friðjónsdóttir varði doktorsverkefni sitt 18. maí sl. við School of Nursing, University of Washington. Heiti doktorsritgerðarinnar er: Exploring Factors that Influence Adolescent Alcohol Abuse in Iceland. Leiðbeinendur hennar voru dr. Elaine Adams Thompson, dr. Karl G. Hill, dr. Jerald R. Herting, dr. Patricia Brandt og dr. Helga Jónsdóttir, prófessor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Hjúkrunarfræðingar þurfa að skapa traust þannig að allir í fjölskyldunni geti tjáð sig opinskátt um veikindin. Traust er grundvallað á sameiginlegu áformi, gagnvirkni og væntingum. Tilgangur hópviðtalanna er að draga fram úrræði fjölskyldunnar til að vinna úr núverandi viðfangsefnum (Wright og Leahey, 2005). Með Calgary-fjölskylduviðtölum er lögð áhersla á að efla, bæta og viðhalda virku fjölskyldulífi á þremur sviðum: vitsmunalegu, tilfinningalegu og því sem lýtur að hegðun einstaklinganna í fjölskyldunni (mynd 3).

Mynd 3 Calgary-fjölskylduviðtal



Í meðferðinni eru notaðar meðferðarspurningar sem skiptast í línulaga (linear) og hringlaga (circular) spurningar. Með línulaga spurningum er aflað upplýsinga og hjúkrunarfræðingurinn gefur bein svör. Með hringlaga spurningum er hvatt til breytinga.

Fræðslu- og stuðningsmeðferð fyrir aðstandendur einstaklinga með átröskun til að styðja þá til bata

Í fræðslu- og stuðningsmeðferðinni, sem þróuð var, var boðið upp á hóptíma í fjögur skipti þar sem unnin voru verkefni, veitt stuðningsmeðferð og boðið upp á umræður. Heimaverkefni voru lögð fyrir í tímum og á milli meðferðartíma. Calgary-fjölskylduviðtöl skiptast í fjögur stig: tengingu, greiningu, meðferð og meðferðarlok. Markmiðið með stuðningi við aðstandendur er að veita þeim sérstakan stuðning og til að koma á samvinnu í þeirri von að það muni skila sér til sjúklingsins og fjölskyldunnar í heild.

Meðferðarhóptímarnir eitt til fjögur

Í fyrsta tíma var kynnt innihald og fyrirkomulag hóptímanna. Farið var í tvö verkefni í tímanum. Hið fyrra var „Að sjá mun á vilja til breytinga hjá átröskunarsjúklingnum og aðstandendum hans“: verkefni 1 og hið síðara var „Virkt hlustun“: verkefni 2. Í verkefni 1 fylltu þátttakendur út spurningablað þar sem þau gáfu sér og sjúklingnum einkunn á skalanum 1-10. Rætt var hvernig fólk svaraði og skoðaður munurinn á sjúklingi og aðstandendum. Í verkefni 2 var hópnun skipt þannig að tveir og tveir voru saman og hvor um sig talaði við hinn í tvær

mínútur. Mótaðillinn hlustaði án þess að koma með ráð en sýndi skilning og samhyggð.

Þátttakendur fengu þrjú heimaverkefni í tíma eitt: „Reynslan af að vera aðstandandi einstaklings með átröskun“: verkefni 3, „Hver þjáist mest í fjölskyldunni út af átröskuninni?": verkefni 4 og „Hver er mikilvægasta spurningin sem þú vildir spyrja?": verkefni 5

Í öðrum tíma var fræðsluefni sýnt með skjávarpa um einkenni og orsakir átröskunar, meðferð og horfur sjúklinganna og hlutverk aðstandenda. Fræðsluefnið var byggt á rannsóknnum. Gefinn var tími til spurninga og umræðna. Þátttakendur fengu heimaverkefni, „Hvað breyttist í samskiptum og hefðum við að fjölskyldumeðlimur fékk átröskun?": verkefni 6.

Í þriðja tíma var sagt frá mikilvægi þess að segja frá erfiðri reynslu, um endurgjöf (reflection), lífsgildi (beliefs) og samskipti. Farið var í verkefni 3-5. Notaðar voru hringlaga spurningar í hjúkrunarmeðferðinni. Þátttakendur fengu heimaverkefni: „Að gera eitthvað sem var dæmigert áður en átröskunin byrjaði“: verkefni 7 (fylgiskjal S).

Í fjórða og síðasta tíma var farið í verkefni 6 og 7. Veitt var hjúkrunarmeðferð og notaðar spurningar eins og í hóptíma 3 og boðið upp á umræður.

Ánægja aðstandenda með fræðslu- og stuðningsmeðferðina

Í lok fræðslu- og stuðningsmeðferðarinnar voru aðstandendur spurðir um álit sitt á fræðslu- og stuðningsmeðferðinni. Þegar teknir voru saman besti og næstbesti kostur í svörum við mati á stuðningi og umræðum í tímum reyndust 95% aðstandenda ánægðir með stuðning og umræður í tímum. 80-90% fannst fræðslan skiljanleg, gagnleg og hjálpleg eða frekar skiljanleg, gagnleg og hjálpleg. Besta verkefnið töldu aðstandendur vera að skrifa og ræða um reynslu sína eða 95% og 81%, þar á eftir verkefnið virk hlustun og að skrifa og ræða breytingar í samskiptum og hefðum eða 81%.

Lokaorð

Átröskun er alvarlegur sjúkdómur og fólk er oft nokkurn tíma að ná sér. Sjúkdómurinn hefur víðtækar afleiðingar á sjúklinginn og aðstandendur hans. Viðurkennt er að fræðsla og stuðningur við aðstandendur eru mikilvæg til að þeir geti stutt sjúklinginn í bataferlinu. Fræðslu- og stuðningsmeðferðin var byggð á Calgary-fjölskyldumeðferðarlíkaninu. Í fræðslu- og stuðningsmeðferðinni var fræðsla um sjúkdóminn og hlutverk aðstandenda. Í stuðningsmeðferðinni var unnið með styrk, tilfinningar, lífsgildi og reynslu aðstandenda og veitt ráðgjöf í samskiptum.

Fræðslu- og stuðningsmeðferðin var veitt í fjórum hópmeðferðartímum. Í tímunum voru fræðsla, verkefni og umræður. Fræðslu- og stuðningsmeðferðin var til hagsbóta en áhrifaríkasta breytingin, sem gæti viðhaldist, er sú sem verður á lífsgildum fjölskyldunnar (Wright og Leahey, 2005).

Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar nýti sér fræðslu- og stuðningsmeðferðarlíkanið á deildum eða á heilsugæslustöðvum þar sem eru einstaklingar með átröskun. Bæta þarf þjónustuna á Íslandi við átröskunarsjúklinga og aðstandendur þeirra. Gott væri að hjúkrunarfræðingar fullnægðu þörfinni og sinnu meira einstaklingum með átröskun og aðstandendum þeirra.

Heimildaskrá:

- Cottee-Lane, D., Pistrang, N., og Bryant-Waugh, R. (2004). Childhood onset anorexia nervosa: The experience of parents. *European Eating Disorders Review*, 12, 169-177.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., og Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 727-736.
- Lask, B. (2000). Overview of management. Í B. Lask og R. Bryant-Waugh, *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2. útg.) (bls. 167-185). East Sussex, Psychology Press Ltd.
- Lock, J., og Le Grange, D. (2005). *Help your teenager beat an eating disorder*. New York: The Guilford Press.
- Muscary, M. (2002). Effective management of adolescents with anorexia and bulimia. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 40 (2). Sótt 24. október 2003 á [Http://proquest.umi.com/pqdweb?index=11&did=000000125776761&SrchMod e=1&s](http://proquest.umi.com/pqdweb?index=11&did=000000125776761&SrchMod e=1&s).
- Slade, P. (1995). Prospects for prevention. Í G. Szmukler, C. Dare, og J. Treasure (ritstj.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester: Wiley.
- Tan, J.O.A., Hope, T., og Stewart, A. (2003). Anorexia nervosa and personal identity: The accounts of patients and their parents. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 533-548.
- Treasure, J., Gavan, K., Todd, G., og Schmidt, U. (2003). Changing the environment in eating disorders: Working with carers/families to improve motivation and facilitate change. *European Eating Disorders Review*, 11, 25-37.
- Uehara, T., Kawashima, Y., Goto, M., Tasaki, S., og Someya, T. (2001). Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 132-138.
- Wright, M., og Leahey, M. (2005). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (4. útgáfa). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Með puttann á púlsinum

Lumar þú á góðu efni eða hugmynd að efni fyrir tímaritið?

Hvað er að gerast á þínum vinnustað sem er forvitnilegt fyrir hjúkrunarfræðinga um land allt? Ertu að vinna umbótaverkefni, fræðslubækling eða að koma fram með nýjungar í starfinu? Hvað viltu leggja inn í heilbrigðisumræðuna?

Sendu okkur endilega inn efni og hugmyndir á hjukrun@hjukrun.is merkt *ritstjórn*.



Arnór L. Pálsson
framkvæmdastjóri



Ísleifur Jónsson
útfararstjóri



Frimann Andrésson
útfararþjónusta



Svafar Magnússon
útfararþjónusta

— REYNSLA • UMHYGGJA • TRAUST —



Hugufrún Jónsdóttir
útfararþjónusta



Guðmundur Baldvínsson
útfararþjónusta



Þorsteinn Elísson
útfararþjónusta



Ellert Ingason
útfararþjónusta

Þegar andlát ber að höndum

Önnumst alla þætti útfararinnar



**ÚTFARARSTOFA
KIRKJUGARÐANNA**

Vesturhlíð 2 • Fossvogi • Sími 551 1266 • www.utfor.is