



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Personer med ätstörningar om dagens och morgondagens välbefinnande

Fyra personer som är i behandling för ätstörningar om hur de upplever sitt välbefinnande och ser på sin framtid

Kajsa Bergqvist

Examensarbete: Kandidatuppsats 15 hp

Program: Hälsopromotionsprogrammet - inriktning kostvetenskap

Nivå: Grundnivå

Termin/år: Vt/2012

Handledare: Linn Håman

Examinator: Claes Bergman

Rapportnummer: VT12 -12

Titel: Personer med ätstörningar om dagens och morgondagens välbefinnande - Fyra personer som är i behandling för ätstörningar om hur de upplever sitt välbefinnande och ser på sin framtid

Författare: Kajsa Bergqvist

Examensarbete: Kandidatuppsats 15 hp

Program: Hälsopromotionsprogrammet - inriktning kostvetenskap

Nivå: Grundnivå

Handledare: Linn Håman

Examinator: Claes Bergman

Antal sidor: 29

Termin/år: Vt/2012

Nyckelord: kvalitativ innehållsanalys, meningsfullhet, salutogenes, välbefinnande, ätstörningar

Sammanfattning

Ätstörningar är en allvarlig och omdiskuterad problematik som många ställer sig frågande till. En vanlig uppfattning är att det är omöjligt att bli frisk från en ätstörning och att den drabbade vill stanna kvar i tillståndet. Denna negativa, förutfattade mening kan bero på att forskningen om ätstörningar vanligtvis bedrivs utifrån ett patogent perspektiv. Forskningen har kunnat visa olika orsakssamband, bakomliggande faktorer och konsekvenser men de friskfaktorer som finns glöms bort.

I denna studie genomfördes fyra stycken individuella intervjuer med kvinnor i åldrarna 20-29 år och som är under behandling för ätstörningar. Studiens syfte var att utifrån ett salutogent perspektiv belysa hur de upplever sitt välbefinnande och ser på sin framtid. Svaren behandlades med kvalitativ innehållsanalys.

Informanterna beskrev hur de betraktas som en sjukdom och inte som individer – och om hur gärna de vill lämna den identiteten. Resultaten visar att de upplever välbefinnande när de umgås med för dem meningsfulla personer och får ägna sig åt sina intressen. I framtiden är det viktigaste för dem att de blir friska från ätstörningen, mår bra och att de får ta igen all den tid som ätstörningen tagit från dem.

Förord

Under min verksamhetsförlagda utbildning hade jag förmånen att ta del av arbetet på ett behandlingshem inriktat på ätstörningar. Jag förundrades över vilka härliga personer som fick behandling under tiden som jag var där. Vi pratade, skrattade och gjorde saker som ärligt talat ibland gjorde att jag nästan glömde bort varför de var där. Vad jag förundrades över än mer var de föreställningar som många människor har om personer med ätstörningar. Då jag berättade för dem om min praktikplats ställde de idiotiska frågor så som hur man behandlar något som det ändå är omöjligt att bli frisk från. Detta initierade en tanke, som blev en idé vilken till slut resulterade i denna studie. Det eländesperspektiv som många har på ätstörningar ska givetvis inte förkastas – det är en fruktansvärd problematik som orsakar lidande både för de drabbade och deras omgivning. Samtidigt bör det positiva i dessa personers liv tas i beaktning. Vad är det som faktiskt är bra? Vad mår de bra av? Vad får dem att vilja lämna den trygghet som ätstörningen kan vara för dem?

Mitt allra största tack till ni fyra som medverkade i intervjuerna och ville dela med er av era upplevelser och tankar! Utan er hade inte den här studien blivit möjlig. Ni har fantastiska personligheter. Jobbet ni gör är beundransvärt och det är ingen tvekan om att ni kommer ta er dit ni vill. Givetvis vill jag också tacka behandlingshemmet som jag för att skydda informanternas identiteter inte vill nämna vid namn.

Tack till mina fantastiska vänner som stått ut med min stress och ställt upp för mig i vått och torrt.

Sist men inte minst ett stort tack till min handledare Linn Håman.

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Frågeställningar.....	5
Bakgrund	5
Diagnostiserade ätstörningar	5
Forskningsöversikt.....	6
Teoretisk referensram	7
Metod	11
Design.....	11
Urval	11
Instrument.....	12
Datainsamling.....	12
Dataanalys	13
Etiska överväganden.....	14
Utdrag ur analysmatris.....	15
Resultat	16
Diskussion	21
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion	23
Konklusion och implikation	26
Referenser.....	27

Bilaga 1 Diagnostiserade ätstörningar

Bilaga 2 Missivbrev till verksamhetschef

Bilaga 3 Informationsbrev till informanter

Bilaga 4 Intervjuguide

Introduktion

Ätstörningar är ett omdiskuterat fenomen i samhället. Det beskrivs som en utbredd och allvarlig problematik (Socialstyrelsen, 2009). Tidigare forskning har exempelvis kunnat visa att det verkar vara många samverkande faktorer som lägger grunden för en ätstörning (Eriksson & Carlsson, 2001). Olika bakomliggande faktorer är bland annat kulturell påverkan, interpersonella relationer, missnöjdhet med kroppen, depression, låg självkänsla, kontrollbehov och andras påverkan (Polivy & Herman, 2002). Följden blir att när personen inte tycker sig ha kontroll över sina känslor kan kosten kontrolleras istället (Eriksson & Carlsson, 2001). De fysiska konsekvenserna som ätstörningen orsakar kan vara irreversibla (Vanderlinden, Buis, Pieters & Probst, 2007) och forskningen har dessutom visat att anorexia nervosa (se bilaga 1) är den psykiatriska diagnos som har högst dödlighet (Wright & Hacking, 2012). Ätstörningar är kända som ”behandlingsresistenta” (Vanderlinden, Buis, Pieters & Probst, 2007) och det är en vanlig uppfattning att de är kroniska och att det inte går att bli helt frisk.

Det som kännetecknar den tidigare forskningen är att den framför allt har utgått från ett patogent perspektiv, vilket intresserar sig för det onormala och sjuka. Perspektivet utgår från att det bara finns två tillstånd; människan är antingen frisk eller sjuk (Antonovsky, 1991). Det är förvånande hur lite plats friska komponenter får i litteraturen om ätstörningar (exempelvis Treasure, 2008; Schwartz & Henderson, 2009). Istället beskrivs de vanligen i termer av orsaksfaktorer och konsekvenser - vilket kan vara en anledning till att omgivningens bild av ätstörningar präglas av hopplöshet och negativitet.

Utifrån det salutogena perspektivet däremot anses människan ligga på ett kontinuum mellan hälsa och ohälsa och det som är intressant att studera är vad som främjar personens hälsa, hur hälsan kan bibehållas samt hur den kan förbättras (Antonovsky, 1991). Även om en person har fått en ätstörningsdiagnos och är i behandling innebär det inte att hon¹ är i ett tillstånd av total avsaknad av hälsa. Hon befinner sig någonstans på kontinuumet mellan hälsa och ohälsa. Det finns redan forskning om motivation och tillfrisknandeprocess relaterat till ätstörningar men kunskapen inom dessa salutogena områden bör utökas. Genom att fokusera på det som är meningsfullt i livet och i framtiden stärks känslan av sammanhang vilket stärker kraften i ett närmande mot den friska delen av kontinuumet (Antonovsky, 1991). Studiens syfte är därför att utifrån ett salutogent perspektiv belysa hur fyra personer som är under behandling för ätstörningar upplever sitt välbefinnande och hur de ser på sin framtid. Med denna kunskap ökar vetskapen om vad som är meningsfullt i deras liv – vilket är angeläget både för dem själva, deras omgivning samt utomstående personer. De drabbade bör fokusera på det som är meningsfullt i deras liv och framtid och deras närstående och utomstående kommer få ökad förståelse för de drabbades upplevelser.

¹ I texten används ibland benämningen ”hon” men det kan likaväl syfta på ”han”.

Frågeställningar

Vad upplever personer med ätstörningar som meningsfullt i sina liv och bidragande till välbefinnandet?

Vad upplever personer med ätstörningar som meningsfullt i framtiden?

Bakgrund

Diagnostiserade ätstörningar

En vanlig uppfattning är att ätstörningar är något som endast drabbar kvinnor men faktum är att en av tio drabbade är män (Socialstyrelsen, 2009). Det finns olika former av ätstörningar som är nära besläktade med varandra men beroende på vilka symtom som är mest framträdande delas ätstörningarna in i specifika diagnoser (Ghaderi & Parling, 2007). Detta är nödvändigt då det fysiologiska tillståndet, beteenden, känslor och tankar kan variera mycket mellan dem (ibid). Klassifikationssystemet *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) används internationellt och innehåller diagnosmanualer för psykiatriska sjukdomstillstånd. Det är en handbok för psykiatrin och i begreppet ”ätstörning” ingår diagnoserna anorexia nervosa, bulimia nervosa, hetsättningsstörning och ätstörning utan närmare specifikation (UNS) (se bilaga 1) (American Psychiatric Association, 2000). En enklare förklaring av begreppet ”ätstörning” är att en person tillfredsställer sina psykiska behov genom att antingen äta eller inte äta (Ghaderi & Parling, 2007).

Forskningsöversikt

Ända sedan anorexia nervosa blev en diagnos har forskare förbryllats över sjukdomsförnekandet och motivationsbristen till att bli frisk som föreligger bland anorektiker (Nordbø, Gulliksen, Espeset, Skårderud, Geller & Holte, 2008). Personer med bulimi tenderar istället att vara starkt ambivalenta till att vilja bli friska (ibid). Trots detta är det svårt att hitta tidigare forskning som har studerat diagnoserna utifrån företeelser som välbefinnande, meningsfullhet och framtidssyn – aspekter som alla bidrar till motivation (jmr Chally & D'Abundo, 2004; Clements, Focht-New & Faulker; 2004). I denna studie presenteras därför forskning som utöver meningsfullhet och välbefinnande också behandlar motivation och tillfriskandeprocess – inom kategorin ätstörningar men också inom andra psykiatriska sjukdomar. Då forskning om anorexia dominerar forskningen inom ätstörningar är det främst forskning kring denna diagnos som presenteras – det är inget medvetet fokus på just den diagnosen i den här studien.

Motivation till att vilja lämna ätstörningen

Personer med anorexi anger i en studie vilka skäl de har till att tillfriskna (Nordbø et al., 2008). Företeelser som deltagarna vill få tillbaka i sina liv är känsla av vitalitet (glädje, koncentration, spontanitet, energi), känsla av autonomi (återhämtning, självbestämmande) samt känsla av insikt (medvetenhet, självkänedom). De anser att anorexin blivit som en identitet med ett sätt att leva och saknar att vara glada och kunna bestämma själva utan att låta sjukdomen vara delaktig i besluten. Trots detta är de mycket motståndskraftiga till att

förändra sitt anorektiska beteende. De vill så att säga bli friska utifrån sin egen syn på tillvaron och inte utifrån det som uppfattas friskt i andra personers ögon (ibid). I en annan studie är syftet istället att få ökad förståelse för hela upplevelsen kring att utveckla, leva med och tillfriskna från en ätstörning (Patching & Lawler, 2009). Den visar att det under barndomen och tonåren finns en stark känsla av att inte höra hemma någonstans och att vara missförstådd. Vidare upplevs en brist på samhörighet i relationer förenat med andra konflikter vilket hämmar förmågan att utveckla en stark självkänsla. Ätstörningen kan då vara lösningen för en identitetssökande person eftersom den då ses som ett medel att finna en. Den isolering och sekretess som ätstörningen medför leder till ytterligare distansering från vänner och familj – vilket förvärrar sjukdomen ytterligare (ibid).

Motivationen till att vilja bli frisk börjar då personen upptäcker vilka allvarliga effekter ätstörningen för med sig (Patching & Lawler, 2009). Insikten om konsekvenserna som motivationstänkare finns det fler studier som visar. När personer som blivit friska från ätstörningar accepterade sin ätstörning och kunde se vilka konsekvenser den medförde så påbörjades deras tillfrisknandeprocess (Chally & D'Abundo, 2004). De blev helt enkelt trötta på konsekvenser som att inte känna sig vacker, fysiska skador, frusenhet, skam över ätstörningen, fertilitetsproblem, dålig koncentration, ständig trötthet och avsaknad av ett socialt liv (ibid). Även Lamoureux och Bottorffs (2005) studie visar att insikten om farorna med ätstörningen väcker motivationen. Personer som blivit friska från anorexi beskriver tillfrisknandeprocessen som deras väg att bli sina ”riktiga jag”. Tillfrisknandeprocessen innehåller olika steg som måste gås igenom där det första är att se sjukdomens farliga konsekvenser. Därefter följer stegen att separera från den, att acceptera att låta sig exponeras utan anorexin, att få nya perspektiv på livet genom att ändra sitt anorektiska tankesätt och att upptäcka och inse att man är tillräckligt bra och duger även om man äter mat. I anorexin finns den kontroll som fattas i resten av livet och genom att ge upp sjukdomen ges den enda kontrollen som finns i livet upp. Det är emellertid nödvändigt att släppa den trygghet som anorexin gett och känna sig utsatt och exponerad under en tid för att kunna göra framsteg under tillfrisknandeprocessen (ibid).

Topor (2004) beskriver tillfrisknandeprocessen som att personen börjar leta efter nya sätt att bemöta sina problem, ta sig vidare och successivt återta makten över sitt liv. Att enbart bestämma sig räcker inte till, personen måste också få de verktyg som krävs för att bli frisk. Detta kan dock ställas i jämförelse mot det motsatta: att enbart erbjuda verktyg till en drabbad som inte har bestämt sig kommer inte heller bidra till någon förbättring. Under tillfrisknandeprocessen återtar personen makten över sitt liv och tillåter sig själv att tänka hur hon vill leva det och försöker utforma det därefter. Det ingår i processen att ställa sig frågan vem man är och vem man vill vara (ibid). Vad som måste tydliggöras är att en varaktig förändring mot ett tillfrisknande bara kommer ske om personen känner sig tillräckligt motiverad till att förändra sitt komplicerade ätbeteende (Nordbø et al, 2008).

Tillfrisknandeprocessen kan bara starta om personen gör ett motiverat val och använder den energi och självbestämmande som krävs för att stå emot de beteenden som ätstörningen vill få henne att utföra (Patching & Lawler, 2009). Personen behöver vara redo att göra valet att tillfriskna och kunna bestämma takten i processen. Tillfrisknandeprocessen beskrivs som att

återfå kontroll över sitt eget liv; en kontroll utan beteenden relaterade till ätstörningen. Känslan av kontroll kommer successivt stärka självkänslan (ibid). Detta följer helt enligt den salutogena föreställningen kring tillfrisknande (Griffiths, 2009). Personen behöver få tillgång till verktyg från andra men det är en högst konstruktiv process i vilken individen måste fokusera på sin egen situation, anpassa sig och föreställa sig en positiv framtid (ibid). Det är viktigt att lära sig möta sina rädslor och därmed få en känsla av makt och kontroll. Successivt kommer en större känsla för egenvärde utvecklas och modet som krävs för att avstå anorexin ökar (Lamoureux & Bottorff, 2005). Vidare betonar Patching och Lawler (2009) vikten av sociala relationer för tillfrisknandet. Att återuppta kontakter med vänner och återskapa kontakten med det verkliga livet är en förutsättning för att börja återhämta sig. Den tid och energi som tidigare ägnats åt ätstörningen måste läggas på annat. Genom att flytta fokus från sig själv till andra betydelsefulla personer och saker i livet kommer samhörigheten med andra att öka (ibid).

Meningsfullhet och framtidssyn

Det finns en risk att personer i olika psykiska sjukdomstillstånd har en minskad känsla av meningsfullhet, vilket delvis kan bero på att deras framtida mål har suddats ut under sjukdomstiden (Griffiths, 2009). Det är därför av stor vikt att rikta in kraft och engagemang på att stärka denna. En starkare känsla av meningsfullhet kan ge personer mer driv och energi till förändring (ibid). Att finna det meningsfulla i livet för personer med ätstörningar kommer att ge dem mer motivation och en positiv syn på framtiden. Bengtsson-Tops och Hansson (2001) är av samma åsikt och menar att tillfrisknandet från både somatiska och fysiska sjukdomar kan underlättas med hjälp av praktisk tillämpning av ett salutogent tillvägagångssätt och genom att arbeta med att stärka personens känsla av sammanhang. Även Clements et al. (2004) lägger fram att behandlingen bör fokusera på att stärka personens meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Genom att hjälpa personen att hitta verktyg och fokusera på sin situation kommer hon få en bättre subjektiv kvalitet på sitt liv, allmänna hälsa och psykosociala funktion (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Clements et al, 2004). Hennes eventuella känsla av förtvivlan och hopplöshet kommer minska och en ljusare syn på framtiden kommer väckas. Med den övertygelsen kommer hon att bli mer motiverad och fokuserad på att tillfriskna (ibid). Likaså Chally och D'Abundos (2004) studie visar att tillfrisknandeprocessen förbättras om patienten har hopp om framtiden, vilket kan innefatta aspekter som att se fram emot skola, giftemål, skaffa barn eller spendera tid med familjen. Att använda ett salutogent arbetssätt i behandlingen med personer med ätstörningar kan alltså tänkas bidra med mer än vad ett patogent arbetssätt gör – framför allt långsiktigt. Genom att fokusera på det som är bra i livet och stärka känslan av sammanhang kommer personen visualisera en bra syn på framtiden och detta är avgörande i hennes motivation till att tillfriskna.

Teoretisk referensram

Inledningsvis kommer förklaringar på begreppen sjukdom, hälsa och välbefinnande presenteras. Det finns ett flertal förklaringar och åsikter om vad dessa begrepp både bör innehålla och utesluta. Varför just dessa förklaringar används som utgångspunkter i den här studien är för att de bedöms passa in i det salutogena perspektivet.

Sjukdom

Brülde och Tengland (2003) menar att begreppet "sjukdom" är ett tillstånd som har någon form av inre eller bakomliggande orsaker som visar sig i olika symtom. Tillståndet har sin absoluta orsak inom individen och gör att hon lider ont av lidande, funktionsnedsättning, har en ökad risk att lida ont eller riskerar att dö i förtid. Hon befinner sig i ett tillstånd som inte är önskvärt och som bör åtgärdas; främst för att det är av ondo för henne själv att vara sjuk (ibid). Det är detta synsätt på sjukdom som används i den här studien. En person med ätstörningar kan utifrån sett anses vara "en sjuk människa" men att hon själv känner att det finns mer att ge; hon är inte bara i ett tillstånd av sjukdom. Därför är sjukdomsbegreppet en tolkningsfråga och en högst individuell och personlig upplevelse, där förklaringen att tillståndet är "av ondo för henne själv" är kärnan.

Hälsa

Liksom sjukdomsbegreppet är det dimensionella begreppet "hälsa" komplicerat att avgränsa då det kan vara den somatiska, psykiska eller totala hälsan likaväl som den grundläggande hälsan eller det manifesta hälsotillståndet som är i åtanke (Brülde & Tengland, 2003). Vanligtvis förklaras den grundläggande hälsan i termer av klinisk status och en god hälsa är detsamma som avsaknad av sjukdom, medan det manifesta hälsotillståndet – dagsformen – klargörs genom välbefinnande eller funktionsförmåga. Dessa två former av hälsa brukar emellertid sammanbuntas vilket kan ge förutfattade meningar och vara vilseledande. Därför är det lämpligare att diskutera vari en persons manifesta hälsotillstånd respektive grundhälsa består i (ibid). Att stirra sig blind på en sjukdomsdiagnos kan vara missvisande då det ska betraktas i förhållande till personens dagsform.

Hälsobegreppet är ett fenomen som är uppbyggt av flera dimensioner och som uppfattas individuellt. Det relaterar till hela människan och skiljer sig mellan personer men också utifrån olika tidpunkter i livet (Wiklund, 2003). Därför används Brülde och Tenglands (2003) definition i den här studien då den poängterar den egna upplevelsen av tillståndet. De menar att hälsotillståndet delvis grundas på i vilken grad en person kan uppnå sina individuella mål och göra det som är viktigt för henne. Hälsan bestäms av om personen kan leva ett liv som är normalt för henne och i vilken styrka hon kan använda sina förmågor (ibid). En definition som bortser från Brülde och Tenglands förklaring hade gjort det problematiskt att förklara när en person som har haft en ätstörning är frisk från den. Att endast låta en normal kroppsvikt eller tankar kring mat avgöra frågan kan vara vilseledande. En person kan ha ett komplicerat förhållande och tankar till mat trots en normal kroppsvikt; likaväl som en annan kan ha tankar kring mat eller utseende utan att för den sakens skull ha en ätstörning. Tämigen många personer utan ätstörningar planerar vad de ska äta till middag, vad de inte bör äta respektive spenderar tid framför spegeln. Därför är det mer komplicerat än så för en utomstående att förklara när någon har blivit frisk från en ätstörning. Att bli frisk från ätstörningen är utöver kroppsvikten någon som händer inom människan och är hennes egna subjektiva upplevelse. Ett friskt beteende borde grunda sig i inre välbefinnande där motgångar kan hanteras utan att personen använder destruktiva beteenden eller tankar mot sig själv. Hon kan använda sina förmågor och leva ett liv där hon får uppnå individuella mål och göra sådant som är viktigt för

henne. Med detta sagt så är välbefinnandet en överhängande del av hälsan som inte går att bortse från och det är ett begrepp som om möjligt är ännu svårare än sjukdomsbegreppet att definiera.

Välbefinnande

Delas ordet ”välbefinnande” upp i sina beståndsdelar ”väl” och ”befinnande” ger detta ett positivt (well) utlåtande om varandet (being) (McGillivray & Clarke, 2006). Begreppet används vanligtvis inom hälsobegreppet vilket även fysiska aspekter som sundhet och friskhet gör (Wiklund, 2003). De två senare kan emellertid bedömas objektivt och är mätbara med exempelvis laboratorievärden. Välbefinnandet är istället ett högst subjektivt fenomen eftersom det bara finns inom den totala upplevelsen för den enskilda individen (ibid). Det handlar inte bara om avsaknad av negativa faktorer; att ha förmåga att vidta positiva åtgärder ingår också (Kruger, 2011). I motsats till vad många tror handlar välbefinnande inte bara om lycka och framgång men det kan inte heller begränsas till endast den fysiska hälsan. Det innehåller en helhetsbedömning som innefattar livets alla områden (ibid). Även Brülde och Tengland (2003) är av åsikten att välbefinnandet innehåller dimensioner av kroppsliga förnimmelser, stämningar och emotioner. Välbefinnandet kan vara upplevelser som att känna sig stark, energisk, motiverad, utvilad och fokuserad eller känslomässiga tillstånd som att känna sig glad, harmonisk, lugn eller nöjd (ibid).

Kruger (2011) delar in begreppets innehåll i de fem elementen socialt-, ekonomiskt-, fysiskt-, samhälleligt och karriärsträvande välbefinnande, där framförallt det sociala välbefinnandet och förekomsten av andra människor i ens liv är en viktig del. Människor med hög känsla av välbefinnande tenderar nämligen att ha goda relationer och tillbringa mycket tid och intressen med andra. (ibid). Birkler (2007) är av samma åsikt och hävdar att vänskap tillsammans med sömn och mat de nödvändiga behoven för människan och en förutsättning för välbefinnande. Välbefinnandet påverkas också av de önskningar, förväntningar och krav personen har på sitt liv och den egna utvecklingen (ibid). Därmed kan en person trots sin ätstörning ha meningsfulla personer eller intressen i sitt liv som bidrar till välbefinnande. Genom att känna att det finns meningsfullhet i livet och framtiden bidrar detta till välbefinnande. Eftersom hälsotillståndet kan förändras utan att välbefinnandet gör det (Brülde & Tengland, 2003) gör detta att en sjukdomsdiagnos inte nödvändigtvis medför att personen inte upplever något välbefinnande.

Ett salutogent perspektiv

Sammanfattningen utifrån de synsätt på sjukdom, hälsa och välbefinnande som presenterats är att det ena inte utesluter det andra liksom att ett tillstånd inte nödvändigtvis måste medföra ett annat. En person kan trots sin sjukdom uppleva att hon har hälsa eftersom hon befinner sig någonstans på kontinuumet. Att någon som är vid god somatisk hälsa också känner välbefinnande är ingen självklarhet. Någon annan kan trots sin dödliga sjukdom uppleva välbefinnande. Trots att tillstånden hör ihop så är de inte beroende av varandra. Därmed kan en person med ätstörningar ha en god somatisk hälsa medan tankarna och beteendet kategoriseras som sjukdom. Hon kan lika gärna ha en dålig somatisk hälsa men ha meningsfulla saker i livet som bidrar till hennes välbefinnande. En person är aldrig i ett

tillstånd av endast sjukdom eller hälsa. Detta spår var även den medicinska sociologen Aaron Antonovsky (1991) inne på då han studerade människans potential till hälsa, produktivitet och självförverkligande. Han undersökte vad som möjliggör och främjar hälsa – i motsats till det patogena synsättet som fokuserar på vad som gör människor sjuka och hur man kan bota sjukdom. Ordet ”salutogenes” kommer från grekiskan och betyder hälsans och friskhetens ursprung och tillblivelse. Den grundläggande filosofin i det salutogena perspektivet är att hälsa och sjukdom inte är varandras motsatser. Istället för att betraktas som frisk eller sjuk ligger individen på ett kontinuum någonstans mellan de två ytterligheterna. Hälsa är något som är under ständig process och utveckling och det salutogena perspektivet studerar vilka faktorer som främjar ett närmande mot den friska ytterligheten (ibid). Detta stämmer överens med Brülde och Tenglands (2003) hälsodefinition där individuella mål och kraft att klara av dessa och utnyttja de personliga resurserna ingår.

Antonovsky (1991) skapade modellen ”känsla av sammanhang” (KASAM), vilken förklarar varför någon bevarar eller främjar sin hälsa. KASAM gör att individen har en dynamisk tillit till att hennes inre såväl som yttre värld är förutsägbar och sannolikheten att allt kommer gå så bra som hon kan förvänta sig är hög. En persons KASAM bestäms av hennes allmänna resistentia medel. Dessa kan vara fysiska (stark fysik, starkt immunförsvar, genetiska styrkor), artefakter (pengar, kläder), kognitiva (intelligens, utbildning), emotionella (känslomässig intelligens), sociala (stöd från vänner och familj) eller makrosociala (kultur och ekonomi). Modellen innehåller begrepp som stressorer, generella motståndsresurser, meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. En stressor förklaras som de krav eller stimuli en person utsätts för som hon inte har några omedelbara svar eller responser på. Livet medför att vi hela tiden utsätts för stress och stressorer. Stressorer ska därför inte ses som något som måste bekämpas; de kan till och med fungera hälsofrämjande om de utnyttjas på rätt sätt. Generella motståndsresurser (GMR) är faktorer som kan ge kraft till att bekämpa och göra stressorer begripliga, exempelvis pengar, jagstyrka, kulturell stabilitet och socialt stöd. Genom att ständigt ge erfarenheter bidrar de med tiden en stark KASAM. Generella motståndsbrister (GMB) ger istället erfarenheter som försvagar KASAM.

KASAM:s stora motivationskomponent är ”meningsfullhet”. Denna visar på det viktiga i att vara delaktig och medverkande i allt som bidrar till dagliga erfarenheter och det egna ödet. Meningsfullheten förklarar i vilken grad någon känner att det finns en känslomässig innebörd i livet och vilka krav och utmaningar som är värda att lägga ner kraft, engagemang och möda på (ibid). För en person som är i behandling för sina ätstörningar kan därmed sägas att det är angeläget att hitta vad som är meningsfullt i hennes liv, för att kunna fokusera på detta och stärka hennes KASAM. Därigenom kommer hon erhålla motivation till att förändra det komplicerade ätbeteendet och närma sig den friskare delen av kontinuumet. Komponenten ”begriplighet” syftar på i vilken utsträckning personen upplever inre och yttre stimuli som gripbara (Antonovsky, 1991). Med detta menas huruvida hon känner att inkommande information och stimuli är ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig och inte kaotisk, oväntad, oförklarlig och slumpmässig. Någon med hög känsla av begriplighet förväntar sig att framtida stimuli är förutsägbara eller att de när de kommer överraskande går att göra begripliga. Det är emellertid viktigt att förtydliga att detta inte säger något om stimulus

önskvärdhet. Olyckligheter så som död och misslyckanden kan förekomma men någon med hög känsla av begriplighet klarar av att göra dessa missöden (be)gripbara (ibid). För någon som är på väg att tillfriskna från en ätstörning och som har stärkt sin grad av begriplighet kan detta förklaras med att hon vet att hon kommer utsättas för situationer i framtiden där hon tidigare hade tagit till sina självdestruktiva, komplicerade ätbeteenden. Idag kan hon istället se detta och förhålla sig till situationen på ett rationellt sätt. Komponenten ”hanterbarhet” kan definieras som i vilken grad personen upplever att det finns resurser till sitt förfogande då hon ska möta de krav som hon ställs inför (Antonovsky, 1991). Dessa resurser kan vara under den egna kontrollen eller kontrolleras av personer som hon kan räkna med och lita på, exempelvis make, läkare eller vänner. Med en hög känsla av hanterbarhet kommer inte personen känna sig orättvist behandlad eller som ett offer för omständigheterna. Då hon drabbas av de olyckliga saker som faktiskt sker i livet kommer hon kunna reda sig och inte sörja för all framtid (ibid). Detta kan exempelvis handla om att hon då hon drabbas vet att hon kommer klara av situationen för att hon är stark i sig själv eller har vänner och familj som stöttar henne.

Av de tre komponenterna kan meningsfullhet ses som den viktigaste då både begriplighet såväl som hanterbarhet inte hade blivit långvariga utan denna (Antonovsky, 1991). För någon som är engagerad och bryr sig finns ständigt möjligheten att få förståelse och hitta resurser. Den näst viktigaste komponenten är begriplighet då förståelse alltid krävs för hög hanterbarhet. Detta betyder inte att hanterbarhet är oviktigt men om någon förutsätter att det inte finns resurser kommer meningsfullheten att avta och känslan av att vilja hantera situationen kommer försvagas. För att kunna hantera problem framgångsrikt är alltså individen beroende av hela KASAM (ibid). Sammanfattningen är att KASAM uttrycker i vilken utsträckning en individ känner att de inre och yttre stimuli hon möter är förutsägbara, strukturerade och begripliga. De resurser som krävs vid det mötet finns tillgängliga och kraven är utmaningar som är värda att engagera sig i.

Mot denna bakgrund är det av yttersta vikt att i behandlingen för personer med ätstörningar stärka deras KASAM. De kommer då att både lång- och kortsiktigt kunna hantera kritiska situationer strukturerat och veta vilka GMR som hon ska till istället för självdestruktiva beteenden.

Metod

Design

Då syftet var att studera hur personer som är i behandling för sina ätstörningar upplever sitt välbefinnande och syn på framtiden användes kvalitativ innehållsanalys. Denna metod är lämplig då mänskliga fenomen som exempelvis personliga erfarenheter, upplevelser, uppfattningar, förväntningar och attityder ska studeras (Patel & Davidson, 2003). Det är en metod som används för att hitta skillnader, likheter och variationer (Lundman & Hällgren, 2008) – i det här fallet i intervjuer. Designen var explorativ, vilket betyder att personliga

värderingar och upplevelser utforskas (jmr Patel & Davidson, 2003). Den metodologiska ansatsen var induktiv, vilket innebar att det inte fanns några förbestämda kategorier eller teman. De identifierades istället i datan (ibid).

Urval

Genom ett strategiskt urval valdes informanter utifrån de karakteristika som ansågs bärande för att syftet skulle kunna besvaras (jmr Trost, 2005). Dessa karakteristika var att informanterna skulle vara under pågående behandling för ätstörningar samt att de av etiska skäl skulle vara över 18 år. Ett behandlingshem som riktar sig till personer med ätstörningar kontaktades. I ett missivbrev som skickades till verksamhetschefen beskrevs studien, dess syfte, hur intervjuerna skulle gå tillväga samt de etiska riktlinjer som följdes (se bilaga 2). Det är lämpligt att informera informanterna om samma saker innan intervjuerna äger rum (Patel & Davidson, 2003). Därför gjordes detta efter att verksamhetschefen gett godkännande till min studie. Med informationsbrevet bifogades en svarsalong där de kunde ge sitt samtycke till sitt eventuella medverkande (se bilaga 3). Dessa delade verksamhetschefen ut till dem som var intresserade av att medverka. Fyra kvinnor i åldern 20 till 29 år som varit under behandling i ungefär fem till arton månader på det aktuella behandlingshemmet deltog sedan i intervjuerna.

Instrument

En intervjuguide med semistrukturerade frågor som utgick från studiens syfte utformades (se bilaga 4). Frågorna ställdes så som det passade bäst och följdes upp av uppföljnings- och fördjupningsfrågor samt uppmuntrande kommentarer. En intervjuguide kan beskrivas som en tematiserad lista över de olika företeelser som ska studeras (Bryman, 2004) och det fanns inga angivna svarsalternativ. Informanterna fick svara fritt vilket medförde att intervjuerna inte var standardiserade (jmr Patel & Davidson, 2003). Intervjuguiden utgjorde ett stöd men med mer möjlighet till flexibilitet och lyhördhet för vad informanterna berättade än vad färdigställda frågor hade gett (jmr Kvale & Brinkmann, 2009). Eftersom intervjuerna berörde personliga och ibland känsliga områden var denna lyhördhet en förutsättning. Av samma anledning ställdes frågor som inte skulle uppfattas påträngande och som gav informanten möjlighet att berätta fritt.

Datansamling

För att testa om frågorna i intervjuguiden var formulerade så att de besvarade syftet och inte kunde missuppfattas gjordes en pilotintervju på en bekant som har ätstörningar. Hon missförstod inga frågor, hade inga speciella anmärkningar och syftet kunde besvaras. Därför gjordes inga justeringar i intervjuguiden.

Aspekter att ta hänsyn till i val av antal intervjuer är bland annat tid och resurser (Trost, 2005). Det är emellertid viktigt att inte göra för många intervjuer eftersom materialet då kan bli övermäktigt (ibid). Den begränsade tiden och att målgruppen som skulle studeras kan vara svårtillgänglig ledde till att det blev fyra intervjuer.

Under en dag genomfördes tre individuella intervjuer i ett avskilt rum på behandlingshemmet. Den fjärde informanten ville medverka men detta var inte möjligt att genomföra fysiskt, därför intervjuades hon via telefon. Vid samtliga fall var de enda närvarande jag och den aktuella informanten. Intervjuerna tog 15 till 40 minuter med en genomsnittlig längd på 32 minuter. Vid intervjuerna tackades informanten först för att hon tagit sig tid att komma och det poängterades hur viktigt hennes bidrag var. För att därefter skapa en tillitsfull interaktion pratade vi inledningsvis om annat än intervjuinnehållet (jmr Thomson, 2010). Därefter informerades informanten om studiens syfte och intervjuens uppläggning. För att hon skulle få en bild av vad som väntades nämndes de områden som skulle beröras kort. Hon fick veta att om det kom frågor som hon inte ville besvara var detta fullt tillåtet, liksom att hon när som helst och utan särskild anledning fick avbryta intervjun. Eftersom informanten bör få veta hur hennes bidrag kommer behandlas innan intervjun börjar (Patel & Davidson, 2003) informerades informanterna om att materialet skulle behandlas konfidentiellt och att intervjuerna behövde spelas in för att sedan transkriberas och analyseras av mig. Därefter skulle allt intervjumaterial förstöras. De tre informanterna som deltog i intervjuerna på behandlingshemmet gav sitt medgivande till att låta intervjun spelas in. Endast bandinspelning användes och inga anteckningar gjordes, vilket underlättade koncentrationen på informanten och det som berättades under intervjun (jmr, Malterud, 2009). Det gynnade också samtalet och kontakten med informanten, till skillnad från om det också förts anteckningar. De inspelade banden underlättade den senare analysen av intervjuernas innehåll (ibid). Vid telefonintervjun var bandinspelning inte genomförbart, därför fördes skriftliga anteckningar

För att skapa följsamhet i intervjun och skapa en så naturlig konversation som möjligt ställdes inte intervjuguidens frågor i samma ordning som de stod i. Istället fick informantens berättelser bestämma ordningen vilket medförde att det ibland hoppades fram och tillbaka mellan intervjuguidens olika teman. Slutligen tillfrågades informanten om hon ville tillägga något eller kommentera någon fråga eller svar – vilket är ett bra sätt att avsluta en intervju (jmr. Patel & Davidson, 2003). Av etiska skäl och för att visa tacksamhet till deltagandet erbjöds informanterna att ta del av den färdiga uppsatsen (jmr Trost, 2005). Därefter tackade jag dem för deras medverkan och så fort som möjligt efter varje enskild intervju gjordes sammandrag av dem. Egna minnesanteckningar med kommentarer och reflektioner skrevs ner eftersom sådant kan bli värdefullt senare i analysarbetet (jmr Widerberg, 2002).

Dataanalys

Intervjuerna analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys, vilken lägger stort fokus på tolkning av texter (Lundman & Hällgren, 2008).

För att få en helhetsbild lästes all text från de transkriberade intervjuerna först igenom ett par gånger. Under analysen och tolkningen är det viktigt att hela tiden komma ihåg att se hela sammanhanget och inte plocka ut enskilda utsagor (Lundman & Hällgren, 2008). Därför togs det som sades både före och efter citatet noga i beaktning. Det första som eftersöktes var meningar och fraser som relaterade till syftet; så kallade meningsbärande enheter. Dessa kondenserades sedan och meningarna kortades ner för att göra texten mer lätthanterlig. De

totalt 70 kondenserade texterna abstraherades därefter och försågs med kortfattade koder som beskrev meningsenhetens kontext. Kodernas innehåll jämfördes och grupperades i de tre kategorierna ”bidragande till välbefinnande”, ”syn på framtiden” och ”ätstörningen som stärkande och bidragande till erfarenheter”. I kategorin ”bidragande till välbefinnande” ingick subkategorierna ”känslor vid välbefinnande”, ”meningsfulla personer” och ”meningsfulla aktiviteter”. Subkategorierna ”önskan om ett ’normalt’ liv”, ”ta igen förlorad tid” och ”lämna den ’sjuka’ identiteten” hamnade under kategorin ”syn på framtiden”.

Kategorierna återspeglade det centrala budskapet i intervjuerna. Att hitta kategorierna kan nästan ses som det svåraste under hela processen eftersom kategorierna ska få lämpliga benämningar utifrån den grupp av koder som delar något gemensamt (Lundman & Hällgren, 2008). Alla koder ska tillhöra en relevant kategori och ingen får hamna utanför eller kunna hamna i mer än en (ibid). För att hitta det latent innehåll i texten och inte bara det manifesta användes det salutogena perspektivet för att kunna tolka kategoriseringen. Analysen gick sedan ut på att hitta de skillnader som kategorierna utgjorde och beskriva variationerna. På nästa sida visas ett utdrag ur analysmatrisen (tabell 1).

Etiska överväganden

Under intervjuernas utformande och genomförande samt under hela analysprocessen följdes Vetenskapsrådets etiska riktlinjer. Exempel på några av dessa var att informanterna bemöttes med respekt och att de informerades om studien, dess syfte, intervjumetod, analysprocess som skulle användas, vem som var ansvarig, att deltagandet var frivilligt och rätten till att när som helst avbryta medverkanen (jmr CODEXa, 2011). Samtycket dokumenterades och kunde när som helst tas tillbaka av informanten. Tystnadsplikt och konfidentialitet är absoluta självklarheter vid intervjuer (Trost, 2005) och så även i denna studie - inte minst för att informanterna skulle känna förtroende för mig och vara säkra på att ingen obehörig skulle få tillgång till materialet. De skulle inte behöva besvara frågor vars svar skulle kunna kopplas till dem – exempelvis namn, ålder, platser eller bostadsort (jmr CODEXb, 2011, Patel & Davidson, 2003). Om de berättade om sådant skulle det utelämnas vid transkriberingen. Att respektera den personliga integriteten är också viktigt; exempelvis kan citat som är direkt tagna från talspråket uppfattas som kränkande för informanten och bör undvikas (Trost, 2005). Därför gavs begränsat med information om informanterna och citaten ”översattes” från fritt tal till normalt skriftspråk. Det gjorde inget om informanten själv kände igen sina egna uttalanden i uppsatsen men ingen annan skulle kunna förstå vem det handlade om (jmr Trost, 2005). Förhoppningen var att informanterna kände sig trygga med den konfidentialitet som de garanterades och kunde vara uppriktiga under intervjun.

Eftersom det inte i förväg kunde förutspås hur informanterna skulle reagera på frågorna och om de skulle bli illa berörda tydliggjordes rätten att avstå från att besvara frågor respektive att när som helst avbryta intervjun. Under intervjuerna fanns behandlingshemets personal tillgänglig att kontakta om så skulle behövas.

I samband med de tre intervjuerna som skedde på behandlingshemmet erhöles skriftliga medgivanden till intervjuerna av informanterna. På grund av omständigheterna var detta inte

möjligt vid telefonintervjun men informanten hade tagit del av informationsbrevet och gav sitt muntliga medgivande. Samtliga fick tillgång till mina kontaktuppgifter om de skulle vilja ta tillbaka, lägga till eller kommentera något.

Tabell 1. Utdrag ur analysmatris.

Meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
När jag känner mig pigg i mig själv	Pigg i sig själv	Känslor vid välbefinnande	Meningsfullt och bidragande till välbefinnandet
Man uppskattar att kunna se annat än sjukdomen... Att kunna uppskatta det här att träden slår ut och blommorna blommar. Tacksamhet för allt. Uppskattar att se annat än sjukdomen.	Tacksamhet för att se annat än sjukdomen		
Vänner och familj är meningsfullt. Jag kan dela allt med dem och skratta med dem – de känner mig. Man värderar allt det där mycket mera nu för när man är inne i sjukdomen är man ju inne i sitt eget.	Vänner och familj är meningsfullt och värdefullt.	Meningsfulla personer	
När jag spelar musik då kan jag koppla bort allting som har med sjukdomen att göra, det är helt underbart... Då mår jag bra.	Musik	Meningsfulla aktiviteter	
Jag menar man utsätts för svårigheter varje dag.	Svårigheter att stå emot varje dag		Ätstörningen som stärkande och bidragande till erfarenheter
	Längtan efter att få	Önskan om ett	Syn på framtiden

vardagen att fungera	”normalt” liv
Vill ut och resa, massor att ta igen	Ta igen förlorad tid
Inte bara en sjukdom	Lämna den ”sjuka” identiteten

Resultat

Resultaten delas upp i kategorierna ”bidragande till välbefinnande”, ”syn på framtiden” och ”ätstörningen som stärkande och bidragande till erfarenheter”. I kategorin ”bidragande till välbefinnande” ingår subkategorierna ”känslor vid välbefinnande”, ”meningsfulla personer” och ”meningsfulla aktiviteter”. Subkategorierna ”önskan om ett ’normalt’ liv”, ”ta igen förlorad tid” och ”lämna den ’sjuka’ identiteten” ligger under kategorin ”syn på framtiden”. Resultaten presenteras i kategoriernas följd för att därefter sammanfattas och knyta an till studiens syfte.

Informanterna benämns under de fiktiva namnen Christina, Josefine, Karin och Mimmi - vilka inte har något gemensamt med deras riktiga namn.

Bidragande till välbefinnande

Det mest meningsfulla i informanternas liv är vänner och olika familjemedlemmar. De värdesätter vänner och familj högre nu än tidigare; då ätstörningen upptog alla tankar och energi vilket medförde att dessa personer glömdes bort. Idag värdesätter de dessa meningsfulla personer mycket högre och säger att det är det enda som egentligen betyder något i livet. Känslan av att de alltid finns där och stöttar och känner informanterna så väl är den främsta anledningen till deras meningsfullhet. Medan Mimmi och Josefine framhåller hur bra de mår av att umgås och skratta med sina vänner berättar Karin att det är just vännernas sällskap som får henne att må bra. Hennes vänner har kommit in i hennes liv under den tid som hon har haft ätstörningen och hon har hela tiden varit öppen om sin ätstörning inför dem. Det viktiga som de gör är att de alltid finns där och behandlar henne som om hon var frisk. Då hon mår dåligt och har ångest vill hon hellre ha dem omkring sig än vara själv. De behöver då inte göra mer än att bara vara där för henne:

Med mina vänner kan jag vara mig själv. De behandlar mig som om jag vore frisk. Det är vänner som lärt känna mig under tiden som jag varit sjuk - de vet väldigt mycket och det känns skönt. //...// Får jag ångest söker jag mig hellre till dem än är ensam, de behöver egentligen inte säga så mycket, bara vara där.

Josefine saknar de vänner som har försvunnit ur hennes liv under tiden som hon inte orkat ha kontakt med dem och hon längtar efter att få tillbaka dem och finna nya vänner. Då hon träffar de vänner hon har känner hon att hon mår bra. Genom att umgås med dem och hålla tankarna sysselsatta på annat som att shoppa eller planera resor tillsammans upplever hon välbefinnande. Då kan hon till och med gå och fika med vännerna och äta sådant som hon annars inte tillåter sig att äta - eftersom hon i stunden släpper ätstörningens alla tankar och beteenden. Hon betonar betydelsen av att se fram emot saker tillsammans och drömma sig bort:

Man måste ha något att planera, att se fram emot. Planera för att sticka ut och resa och så pratar man om det och drömmer sig iväg till någon drömvärld. Då blir det så man släpper det som är jobbigt... Vänner är det viktiga. Det är det som är meningsfullt.

Situationer som alla säger att de kan glömma bort de tankar som ätstörningen innebär och verkligen leva i nuet är främst när de umgås med vänner och olika familjemedlemmar. Djur har också en stor betydelse för välbefinnandet i form av det sällskap de ger. Josefine har precis skaffat en liten hund som hon beskriver som "sin lilla bebis" och som hon mår bra av att gå ut på långa promenader med. Christina berättar om sina hästar och hundar och att de tillsammans med pojkvännen och syskonbarnen är det mest meningsfulla i hennes liv. De är hennes allt och de älskar henne för den hon är. Djuren fyller inte endast en roll som intresse – de är individer som hon verkligen älskar och som hon känner sig älskad av.

Olika intressen är en annan del som bidrar till välbefinnande i informanternas liv. Christina berättar att hon nyligen har börjat spela innebandy igen efter en längre tids uppehåll. Hon är glad och tacksam för detta men eftersom hon samtidigt är rädd för att ryckas med av ätstörningen så är hon noga med att stå emot minsta tendens till detta. Karin pratar också om sin gamla idrottsgrens betydelse för välbefinnandet och berättar om hur mycket hon längtar efter att återuppta löpningen igen. Det är ett av hennes mål och något som motiverar henne att vilja bli fri från ätstörningen. Tidigare både tränade och tävlade hon inom löpning och gjorde det med glädje – innan den blev istället blev som en tvångsmässig sjukdom. För att orka med skoldagarna tvingade hon sig att springa på morgnarna. Hennes kropp är inte fysiskt redo för att återuppta löpningen ännu men även om den varit det säger hon att det inte hade varit något alternativ i dagsläget. Även om hon inte kan springa just nu så finner hon precis som de andra informanterna välbefinnande då hon är ute och går i naturen. Då ges andrum och tid för eftertanke. Det allra största intresset i Karins liv är emellertid musiken. Då hon spelar musik kan hon släppa allt som har med ätstörningen att göra. Hon kan leva i nuet, må bra och säger att det är en helt underbar känsla.

Resultaten visar att känslan av ork, pigghet respektive trygghet i sig själv medför välbefinnande. Informanterna mår bra då de känner sig trygga i sig själva, inte tänker på hur de ser ut eller huruvida andra tänker på hur de ser ut. Att få till en "normal vardag" där de slipper agera efter ätstörningen medverkar till välbefinnande. Att komma utanför dörren, vara i skolan, ha vänner omkring sig eller att klara av att äta regelbundet gör att informanterna känner sig nöjda med sig själva. Josefine beskriver det som att eftersom hon känner sig så trasig i sig själv har hon fullt upp med att få till vardagen. Hon mår bra om hon vaknar på rätt sida, solen skiner, hon går ut och promenerar med hunden, får till en lagom frukost och att de efterföljande målen också löper på bra. De dagar som tillhör de bra dagarna i informanternas liv är alltså inte de dagar som innehåller storslagna händelser. Det är de dagar som kan ses som de "vanliga dagarna" som är de bra dagarna. De är tacksamma om de klarar av att inte tänka på hur de ser ut, hur de ska äta och inte äta. Mimmi säger att det är de vanliga dagarna i skolan när hon är omgiven av sina vänner som hon mår som allra bäst. Då existerar inte ätstörningen. Eftersom ätstörningen har gjort att hon har mått dåligt under många, många år så

känner hon tacksamhet för alla små ting i vardagen. Hon uppskattar att äntligen kunna se annat än ätstörningen – som exempelvis hur naturen förändras:

En bra dag i mitt liv behöver inte vara något stort. Alltså, det har varit så himla mycket jobbigt. Jag kan tycka att en dag i skolan kan vara guld. Jag har vänner runt omkring mig som jag trivs med, jag får skratta med... Ja, alltså, man mår bara bra. //...// Det är de vanliga dagarna. Man känner tacksamhet för allt. Man uppskattar att kunna se annat än sjukdomen... Att kunna uppskatta det här att träden slår ut och blommorna blommar.

Hon berättar vidare hur fantastiskt det är att inte låta ätstörningen bestämma; hur högt hon värderar att kunna lyssna på sig själv och vad hennes kropp vill. Vill hon inte träna idag kan hon träna i morgon eller i övermorgon istället. Det är enligt henne en frihetskänsla och lyx att kunna känna efter själv och det är också något som alla informanter säger att de längtar efter.

Syn på framtiden

Informanterna pratar inte om en framtid innehållandes rikedom och framgång – de längtar efter ett ”normalt liv”. Att få utbilda sig och arbeta med djur, musik eller människor är olika drömjobb de har. Josefine berättar att hon vill starta eget företag där hon får pyssla, göra om eller tillverka saker. Hon säger också att hon har ”sett svart” under en mycket lång tid och att hon precis börjat tänka på framtiden. I den finns en dröm om att köpa ett gammalt lantligt hus och renovera det. Informanterna är överens om att deras främsta önskan för framtiden är att de vill må bra och bli fria från ätstörningen. De vill tänka på annat och göra sådant som ”andra gör”. Vardagen ska fungera och de vill kunna äta regelbundet utan att reflektera över det:

Den där drömmen om att bo i en 54 miljonersvilla i Hollywood och vara gift med Bruce Willis... Ja, men sådant försvinner ju. Det är liksom bara det här med att få vardagen att fungera. Jag längtar efter ett normalt liv. Att ha vänner och kunna göra saker. //...// Allt handlar liksom bara om vad man ska äta till frukost och när man sitter och äter den börjar man planera för lunchen.

Informanterna uttrycker att ätstörningen har tagit många år från dem och hur mycket de har missat på grund av den. De berättar hur trist det är att de gått miste om allt som deras jämnåriga gjort under ungdomen och den tid de själva varit för isolerade av ätstörningen. Nu är de emellertid beslutna om att få ta igen den förlorade tiden. Mimmi säger att hon är glad för att hon kunnat sköta sin skolgång trots att hon har levt med ätstörningsproblematiken sedan hon var liten. Till sommaren tar hon studenten och känner att livet ligger framför hennes fötter och väntar på henne.

Resor är ett av de främsta ämnena informanterna tar upp som något de vill göra så fort de känner sig tillräckligt starka i sig själva för att klara av det. Karin vill resa till Afrika och jobba som volontär den dagen hon känner sig redo för det. Josefine jämför skämtsamt sin världsvana med en femtonårings och beskriver sedan hur tyngd hon är över att ha gått miste om alla de resor hennes vänner varit ute på. Hon säger att hon aldrig skaffat något pass eftersom hon aldrig lämnat Sverige och att hon har mycket att ta igen:

Alla man känner har ju varit i Norge, Finland, varit runt Medelhavet, Afrika, USA, många har varit aupair ett år. Och jag då? Jag skulle vara överlycklig bara jag kom från Sverige. Jag äger inte ens ett pass! Jag har massor att ta igen.

Att informanterna inte är redo att skaffa familj inom den närmaste framtiden beror inte på att de inte känner sig intresserade av det eller att vissa av dem inte har någon partner att skaffa barn med. Den främsta andledningen till att det är ett bra tag kvar är att de först vill ta igen den tid som de tycker att de har missat.

Informanterna berättar hur sorgligt det känns att utomstående personer kommit att betrakta dem som en sjukdom. De upplever att då en person har fått en ätstörningsdiagnos ser inte människor något annat än den; de ser bara en sjukdom och inte de egenskaper personen har. Personer som har känt dem sen tidigare då de var mycket sjukare i ätstörningen tenderar att se på dem likadant idag; trots att de själva känner att de har utvecklats mycket. Det uttrycks en längtan efter att börja om från början och att människor ska lära känna dem för sina ”riktiga jag” och inte som en ätstörningsdiagnos. Informanterna vill lämna det förflutna och gå vidare när de känner sig mogna för det; lämna alla föreställningar och uppfattningar som människor i deras hemstäder har om dem. Att byta miljö kan ge dem nya möjligheter att lämna ätstörningen, skapa en ny identitet och hitta sina egen vilja. De vill starta om och bli sina ”riktiga jag”:

Jag vill komma bort från hela stan. Man märker ju inte själv eftersom man är inne i sin förändring – man märker inte hur körd man var innan. Och det som var normalt för en då. //...// Här vet ju alla vem jag är och vad jag har varit. Och så är det ju. Men det skulle vara så skönt att komma ifrån det. Jag vill vara mitt riktiga jag. Som ett vitt papper, komma och börja från början. Och det finns ju inga hinder egentligen, det är bara jag som bestämmer.

Även om det föreligger en längtan efter att lämna ätstörningen så beskrivs det att dess trygghet är det som försvårar detta. Josefine berättar att hon i dagsläget ställer sig lite tveakande inför tanken på att bli frisk och lämna ätstörningen eftersom den trots allt är hennes trygghet. Hon berättar att hon verkligen kände sig motiverad fram till alldeles nyligen. Problemet som hon beskriver det är att hon behöver påminnas och motiveras till att hon vill bli frisk – det är så lätt för henne att annars glömma bort det och halka tillbaka. En bentäthetsmätning som visade att hennes skelett är urkalkat på grund av ätstörningen gjorde att hon fick sig tankeställare. Det motiverade henne i några dagar men allt eftersom glömdes det bort. Hon säger att hon får mycket komplimanger om att hon är fin, ser friskare och mer välmående ut och att hennes blick har fått liv igen. Det motiverar henne till att fortsätta kämpa mot ett liv utan ätstörningen. Problemet är att då hon är ensam hemma och tittar på sina gamla kläder från tiden då hon var underviktig tänker att hon ändå var finare förut. Även om hon innerst inne vet att hon egentligen var underviktig då och är friskare nu när hon har gått upp i vikt. Då hon känner sig smal ger ätstörningen bekräftelse på att hon gör rätt. Hon tror emellertid att mycket skulle lösa sig om hon hade en bättre ekonomi och med hjälp av denna kunde göra allt det hon vill göra. Problemet är att hon inte vet hur hon skulle kunna

åstadkomma detta. En lösning skulle kunna vara att köpa en Trisslott – ”men man vinner aldrig något”. Ett annat alternativ skulle vara att arbeta men det säger hon inte är något alternativ i dagsläget eftersom hon inte känner sig ”hundra procent arbetsför” ännu. Hon sammanfattar resonemanget med att hon helt enkelt får ta en sak i taget och att det är viktigt för henne att bli påmind om att hon egentligen vill lämna ätstörningen.

Ätstörningen som stärkande och bidragande till erfarenheter

Informanterna anser att de har fått verktyg att hantera utmaningar med; både under behandlingen men också under hela förloppet med ätstörningen. De har gått igenom saker som har gjort dem till de personer som de är idag och de säger att de både kan och vet mycket mer om livet än många andra. Mimmi säger att ska man se något positivt med ätstörningen så har den och de år hon spenderat på olika behandlingshem trots allt gjort henne starkare. Ätstörningen kommer hon lämna bakom sig – lyckligare och tryggare i sig själv än vad många andra är. Hon är samtidigt medveten om att även om hon känner sig stark just idag och hon kan se till att äta tillräckligt så har hon mycket kvar att arbeta med. Det ser hon emellertid inte som något problem eftersom hon dagligen utsätts för svårigheter som hon inte låter sig påverkas av, exempelvis när människor runt omkring henne bantar. Svårigheterna ger henne mer verktyg att hantera kommande svårigheter med. Det föreligger en motivation att gå vidare även bland de andra informanterna. Det är lättare sagt än gjort men de säger att nu kan det bara bli bättre och de vill verkligen må bra. Karin berättar att för att hon ska få den framtid och liv som hon vill ha måste hon först och främst må bra i sig själv. Hon har insett hur dåligt ätstörningen fått henne att må och det är inget hon vill uppleva igen:

Jag vet ju att jag har varit där på botten så himla många gånger - nu vill jag inte dit mer.

Mimmi ska ut på en längre tid resa till hösten och känner sig nervös eftersom hon aldrig varit hemifrån så länge. Resan innebär att hon kommer lämna sina rutiner och allt vad det innebär för att istället anpassa sig till ett nytt leverne i det nya landet. Att resa bort från vänner, familj och behandlingshem medför att hon måste stå på egna ben vilket innebär en risk att hon trillar tillbaka igen. Detta är hon medveten om och hon berättar att vissa tvivlar på om hon verkligen kommer klara av det. Hon själv har bestämt sig för att de som tvivlar ska få se vad hon går för och bevisa att det går:

Den risken tar jag. Jag tror det kan bli jävligt bra. Jag vill inte tillbaka överhuvudtaget. Aldrig mer.

Sammanfattning av resultaten

Huvudresultaten visar att det främst är olika vänner och familjemedlemmar som har stor betydelse i skapandet av välbefinnandet. Dessa personer har förmåga att skilja på person och sjukdom och finns alltid där för dem.

Aktiviteter som bidrar till välbefinnande är utöver att umgås med vänner och djur att spela musik, att vara ute i naturen och att idrotta. Informanterna känner välbefinnande då de är

omgivna av vänner, klarar av vardagen och är tillfreds med sig själva. De betonar vikten av en god självkänsla i både det manifesta- och det framtida välbefinnandet. Alla har framtidsdrömmar där kontentan är att de vill må bra. De vill bli fria från ätstörningen och den identitet den orsakat, resa, utbilda sig och arbeta med något meningsfullt de trivs med. Att skaffa familj finns också med i framtidsplanerna men det är mycket längre fram eftersom att det viktigaste i framtiden utöver att få må bra är att få ta igen den förlorade tid som ätstörningen inneburit.

Diskussion

Under det här kapitlet följer en diskussion om forskningsprocessen. För att ge möjlighet att följa den och dess rimlighet beskrevs arbetsprocessen under metodkapitlet. Här diskuteras metodval och arbetsprocessens steg på ett självkritiskt sätt. Därefter diskuteras studiens resultat i förhållande till det salutogena perspektivet och tidigare forskning.

Metoddiskussion

Intervjuerna

Individuella intervjuer valdes framför gruppintervju eftersom det antogs att mer personlig reflektion och information skulle fås ut av detta. I en gruppintervju kunde deltagarna förvisso fått idéer till vad de vill säga av de andra och en diskussion kunde ha skapats men med risken att alla inte hade velat öppna sig helt (jmr Trost, 2005). Detta är naturligtvis även en risk som föreligger vid en individuell intervju, men just i det här fallet ansågs individuella intervjuer vara det enda alternativet på grund av frågornas personliga karaktär. Även om enkäter hade gett svar från fler informanter och dessa hade kunnat svara helt anonymt och kanske ännu ärligare var det inget alternativ eftersom exempelvis följdfrågor eller förtydliganden hade varit omöjliga (ibid).

Inför intervjuerna införskaffades förkunskaper inom ätstörningar, behandling, motivation och kvalitativa metoder eftersom det är viktigt att vara påläst inom området som ska studeras (jmr Patel & Davidson, 2003). Vidare var det under intervjuerna viktigt att inte göra informanterna osäkra och jag aktade mig därför från att uppfattas som värderande eller fördomsfull (ibid). Istället försökte en trygg och lättsam atmosfär skapas och min personliga uppfattning är att jag och informanterna mestadels fick en bra kontakt och att de kunde berätta om sina upplevelser. Det var ett bra val att använda en intervjuguide med få frågor. Samtalen flöt på så bra att frågorna inte behövde ställas – de besvarades ändå. Svaren hade kanske blivit mer stela och inte kommit lika spontant om intervjuguiden varit mer strukturerad. Att vi var kvinnor och i ungefär samma ålder kan tänkas ha bidragit till den goda kontakten som skapades.

Att använda bandspelare vid de tre intervjuerna där jag fick träffa informanterna var en klar fördel. Det gjorde att jag kunde lägga all min uppmärksamhet på det som de berättade om. En nackdel med att använda bandspelare är att informantens spontana svar kan hämmas (Patel & Davidson, 2003). Detta var inget som märktes vid den här studiens intervjuer eftersom samtalen flöt på bra. Det hade varit en fördel om också telefonintervjun kunnat spelas in på

band. Den föll förvisso ut väl men dialogen flöt inte på lika bra som i de andra intervjuerna vilket kan ha berott på att jag under intervjun hela tiden var tvungen att skriva ner svaren.

En svaghet i studien var att intervjuerna blev relativt korta och att de inte var fler. De räckte å andra sidan till för att ge mycket information respektive skillnader och variationer av informanternas upplevelser. Troligtvis hade en van intervjuare fått ut mer av intervjuerna än vad jag som ovan intervjuare fick. Detta gällde framför allt vid telefonintervjun. Gällande antalet så kan fyra intervjuer vara tillräckligt (Trost, 2005). Med detta som underlag och det faktum att inte fanns mer tid eller att fler informanter anmälde sitt intresse ansågs studiens fyra intervjuer räcka till.

Det största problemet under hela studiens gång var då det behandlingshem som först gett klartecken till att låta intervjuerna genomföras där tog tillbaka sitt medgivande. Detta skedde sent under arbetets gång och ett annat behandlingshem fick snabbt kontaktas. Som tur var ansåg verksamhetschefen att studien verkade intressant och att frågorna inte skulle beröra för känsliga områden och gav därför sitt godkännande.

Studiens trovärdighet

Studiens trovärdighet stärks med hjälp av tillförlitlighet, giltighet, pålitlighet och överförbarhet och baseras på hur användbart resultaten är och i vilken utsträckning det kan överföras till andra situationer och grupper (Lundman & Hällgren, 2008). För att ge underlag till att kunna bedöma detta har urvalsprocessen, frågeguiden och datainsamlingen beskrivits så utförligt som möjligt (jmr Lundman & Hällgren, 2008).

Frågan om tillförlitlighet uppstod redan vid val av syfte, informanter och metod för att samla in data som var bäst lämpad för studien (Graneheim & Lundman, 2004). Syftet skulle vara etiskt genomförbart och valet av informanter skulle helst ha olika bakgrund för att belysa frågeställningarna från olika aspekter (ibid). Därför godkändes syftet av behandlingshemmets verksamhetschef men det togs ingen hänsyn till informanternas bakgrund eftersom detta av etiska skäl inte var något som togs upp. Andra upplevelser hade kanske erhållits om exempelvis åldersspannet varit större eller om även manliga informanter deltagit. Att informanterna hade kommit olika långt i behandlingen gav lite variation i urvalet då de kan tänkas uppleva välbefinnande på olika sätt. Vidare stärktes tillförlitligheten genom att utförliga beskrivningar av urvalsprocessen och analysarbetet angavs (Lundman & Hällgren, 2008). Relevanta meningsbärande enheter valdes, det sågs till att kategorierna täckte datan och de citat som valdes att citeras representerade datan (jmr Graneheim & Lundman, 2004). Hade andra personer med expertis inom området följt analysen hade tillförlitligheten stärkts ytterligare (ibid) men eftersom jag skötte intervjuer, transkribering och analys själv gav det mig djupare insikt i mitt material. Jag kunde själv återuppleva intervjuerna och reflektera över olika sätt att tolka resultaten. För att stärka studiens tillförlitlighet ännu mer hade resultatet kunnat läsas igenom av informanterna för att de skulle kunna bedöma om texten återspeglade verkligheten men då inte mer tid fanns till förfogande kunde detta inte genomföras.

Pålitligheten bestäms av i vilken grad datan ändras över tid och hur olika beslut förändras genom analysprocessen (Graneheim & Lundman, 2004). Det kan förklaras som hur väl faktorer som kunde ha hindrat ett bra informationsutbyte undveks. Därför var valet av hur informationen registrerades viktig (ibid). Mot denna bakgrund bandades de tre första intervjuerna för att därefter transkriberas – ord för ord. Vid telefonintervjun fick svaren skrivas ner så gott det gick.

För att uppfylla kraven för giltighet behandlade frågorna i intervjuguiden de frågeställningar som krävdes för att få syftet besvarat och det som var representativt i informanternas svar lyftes fram (Lundman & Hällgren, 2008).

Överförbarheten talar om i vilken utsträckning resultaten kan överföras till andra situationer och grupper och för att underlätta bedömningen av denna gavs en utförlig beskrivning av studiens kontext, urvalsprocessen, frågeguiden, datainsamlingen och dataanalysen (jmr Granheim & Lundman, 2004). Min personliga åsikt är att det är rimligt att anta att även andra från samma målgrupp skulle uppvisa samma resultat; framför allt med tanke på att mycket stämde överens med tidigare forskning

Vid kvalitativa intervjuer riskerar resultatet färgas av intervjuarens delaktighet (ibid). Det är nästintill omöjligt att vara helt neutral i kvalitativa intervjuer men som intervjuare och analytiker av resultatet var jag medveten om vilken åsikt jag själv hade och att inte låta denna påverka resultatet (jmr Trost, 2005). Det går dock inte att undgå att det under hela processen finns risk att lägga märke till saker som stöder den egna uppfattningen, tolka selektivt och därför bara redovisa yttranden som rättfärdigar de egna slutsatserna och bortser från framkommen data som pekar på annat. (Granheim & Lundman, 2004). För att undvika risk för att färga resultatet eller selektera datan subjektivt var det därför viktigt att ha en bred kunskap inom området (jmr Granheim & Lundman, 2004) vilket jag anser att jag till stor del hade efter den verksamhetsförlagda utbildningen. Vidare tog all insamlad data i noga beaktning och inget utelämnades från de transkriberade intervjuerna.

Etiska riktlinjer

Konfidentialiteten och tystnadsplikten vidmakthölls under hela arbetsprocessen. Den enda gången som informanternas namn förekom och var intressanta var på samtyckesformuläret. För att informanternas identiteter inte skulle kunna identifieras av anhöriga eller utomstående har inte mer information än nödvändigt presenterats om dem.

För att kunna redovisa resultaten var det emellertid nödvändigt att presentera olika sysselsättningar eller intressen. Därför är det inte omöjligt att verksamhetschefen kan ana vem som har sagt vad eftersom denne vet vilka personer som deltog. Detta var informanterna emellertid medvetna om och verksamhetschefens vetskap om vilka som deltog var en förutsättning för att intervjuerna skulle kunna planeras tidsmässigt. Eftersom verksamhetschefen har tystnadsplikt kommer inga av dennes förändringar berättas vidare. Några få personer i min närhet vet vilket behandlingshemmet är eftersom jag gjorde en längre resa för att kunna träffa informanterna. Jag kan garantera att dessa personer inte känner någon som

är under behandling på det aktuella behandlingshemmet, att de inte berättar vilket det är för någon annan och att de inte har fått ta del av något annat än det färdiga arbetet.

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att utifrån ett salutogent perspektiv belysa hur fyra personer som är under behandling för ätstörningar upplever sitt välbefinnande och hur de ser på sin framtid.

Tidigare studier har visat på att känslan av meningsfullhet kan ha försvunnit under sjukdomstiden (Griffiths, 2009). Precis som det tidigare nämnts kan en person uppnå välbefinnande trots att hon har en sjukdom (Brülde & Tengland, 2003). Informanternas upplevelser om vad som är meningsfullt och bidragande till deras välbefinnande visar detsamma som Birkler (2007) påvisar. Det är ingen av dem som pratar om fysiska, kroppsliga aspekter; det viktiga för dem är olika personer i deras närhet. Samtliga har meningsfulla personer och intressen i sina liv som de anser gör livet värt att kämpa för. Detta går helt i linje med tidigare forskning som visar att en av de viktigaste faktorerna till välbefinnande är att känna att det finns personer och saker i livet som är meningsfulla (Brülde & Tengland, 2003; Townsend & Polatajko, 2007).

En av informanterna säger att hon ”sett svart” fram till alldeles nyligen och det är möjligt att även de andra har haft samma känsla eller att de periodvis känner så. Därför hade det varit intressant att studera huruvida personer som precis börjat behandlingen svarat angående meningsfullhet. Det är inte troligt att studiens informanter har stärkt sin känsla av meningsfullhet under behandlingens gång. För någon som precis påbörjat behandlingen kanske känslan av meningsfullhet är svag; liksom informanterna beskriver att de då de mådde sämre glömde bort de personer som är det viktiga i livet. Studiens syfte var dock att studera dagsläget och framtidssynen, därför var detta något som inte ingick i intervjuerna. En annan tanke som dyker upp är om en mycket äldre person i samma situation hade svarat samma saker som informanterna. Studiens informanter talade om en framtid innehållandes studier, arbete, resor och familj. Någon som är i övre medelåldern tänker kanske inte likadant och har inte samma tankar om vad som är meningsfullt? Det är möjligt att de inte har samma tilltro till framtiden som studiens informanter och inte upplever att samma meningsfulla framtid väntar.

Informanterna har upplevt den distansering till vänner och familj som vanligen hör ihop med ätstörningen (Patching & Lawler, 2009). Tidigare ville de leva ifred med ätstörningen och isolerade sig för att dölja sina beteenden. Den ensamheten är inget de vill ha kvar i sina liv och att återknyta kontakten med vänner är viktigt för dem i deras väg ut ur ätstörningen, vilket Patching och Lawler (2009) hävdar är en förutsättning för tillfrisknande.

Naturen är en viktig energikälla och plats för välbefinnandet för informanterna. Att vistelse i naturen är betydande för välbefinnandet har tidigare studier också visat; det är associerat med högre upplevt välbefinnande och mindre stress (Stigsdotter, Ekholm, Shipperijn, Toftager, Kamper-Jørgensen, & Randrup, 2010). Därför är det en god sak för välbefinnandets skull att de tar sig tid och ro att vara ute i naturen.

Liksom tidigare studier stärks informanternas motivation till att vilja lämna ätstörningen då de inser vilka konsekvenser den medför (Chally & D'Abundo, 2004; Lamoureux & Botorff, 2005; Patching & Lawler, 2009). De försöker fokusera på det som är bra och meningsfullt i livet för att bli motiverade och de skaffar mer verktyg hela tiden, blir starkare i sig själva och föreställer sig en positiv framtid vilket är en förutsättning för tillfrisknandet (Griffiths, 2009). Genom att de fokuserar på sin situation och det som är bra i livet hittar de ständigt nya sätt att hantera svårigheter på och deras känsla av sammanhang stärks (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Clements et al, 2004).

KASAM:s komponent meningsfullhet (Antonovsky, 1991) kommer till uttryck genom att informanterna känner att livet har ett meningsfullt innehåll. Även komponenterna begriplighet och hanterbarhet har stärkts. Svårigheter utsätts de för varje dag och klarar på olika sätt av att inte låta sig agera självdestruktivt av dessa. De klarar av att göra svårigheterna begripliga och kan hantera dem med de resurser de har, där vännerna spelar en viktig roll. Svårigheterna kan jämföras med KASAM:s stressorer och eftersom de ger erfarenheter stärks informanternas känsla av sammanhang. Generella motståndsresurser hjälper till att bekämpa och göra svårigheterna begripliga vilka för informanternas del främst är socialt stöd och en starkt jagstyrka. Resultaten visar också att det finns en tro om att en god ekonomi bidrar till ett närmande mot de önskvärda målen i framtiden.

Det framgår i informanternas berättelser att de anser att ätstörningen har gett dem erfarenheter, styrka och ett annat perspektiv på livet samt att de värderar sådant som för andra är en självklarhet. Då de möter sina rädslor och inte låter sig nedslås av dessa får de större självsäkerhet och kan stå emot ätstörningen ännu bättre, precis som en tidigare studie visat (Lamoureux & Botorff, 2005). De är medvetna om att de har mycket kvar att jobba med och att ätstörningen inte kommer gå över av sig själv men de har bestämt sig för att bli friska, vilket är det viktigaste delen i tillfriskandeprocessen (Patching & Lawler, 2009). Ibland råder det dock en viss ambivalens till den nya, hälsosammare kroppsvikten vilket redan är känt sedan en tidigare studie (Nordbø et al., 2008). Trots vetskapen om att den nya kroppsvikten är friskare och helt normal finns det en saknad efter den gamla, magrare kroppen.

Företeelser som informanterna är tacksamma över att de har fått tillbaka i sina liv eller som de verkligen vill få tillbaka går i linje med en tidigare studie (Nordbø et al., 2008). De vill ha ett liv där det är de själva och inte ätstörningen som bestämmer. Fokus ska inte ligga på utseende, vad de ska äta eller inte äta. De vill istället vara lyckliga och spontana och kunna tänka på annat än kroppsvikt och kalorier. Liksom Lamoureux och Botorffs (2005) studie pratar informanterna om att de vill lämna ätstörningen och bli sina ”riktiga jag”. Det finns en vilja av att lämna den gamla identiteten som präglas av ätstörningen – vilken informanterna själva känner att de vill lämna men som andra utomstående håller fast vid. För att detta ska vara genomförbart känner de att det är nödvändigt att flytta till nya städer där ingen känner till deras förflutna och människor får lära känna deras ”riktiga jag”. Johannisson (2006) beskriver problematiken kring att en diagnos kan komma till att bli en individuell identitet och stänga in personen i en social roll. Diagnosen är inte bara ett kroppsligt tillstånd – den är också socialt konstruerad och talar om hur personen själv ska uppfatta sig själv och hur andra ska uppfatta

henne. Hon kan komma att utveckla känslor och handlingsmönster, orsakade utifrån hur hon har diagnositerats och kategoriserats. Diagnosen bli så att säga en självuppfyllande profetia. Personen i fråga tar till sig diagnosen och utvecklar en sjukdomsidentitet – vilket inte är gynnsamt för tillfrisknandet (ibid). Huruvida det är nödvändigt för någon som vill lämna sin gamla identitet att flytta till en ny stad eller ej är inget som fastläs i den här studien. Vad som däremot bör uppmärksammas är att omvärlden inte får stanna i sina föreställningar kring personer och deras diagnoser. En diagnos kan vara nödvändig för att namnge ett tillstånd som behöver behandling men det är viktigt att ha i åtanke att det inte är ett bestående tillstånd.

Informanterna pratar om hur viktigt det är för dem att ta igen alla de år som ätstörningen tagit från dem; år då de istället borde ha haft roligt, umgått med familj och vänner och varit ute och rest. Detta är emellertid något de är bestämda om att ta igen. En av informanterna säger till och med hur meningsfullt det är för henne att bara se framåt - planera och längta efter framtiden. De har saker de ser fram emot i framtiden, vilket i sig ökar välbefinnandet (Birkler, 2007) och är en betydande del av tillfrisknandet (Topor, 2004; Griffiths, 2009).

Konklusion

Resultaten visar att de fyra personer med ätstörningar som deltog i studien upplever välbefinnande då de umgås med för dem meningsfulla personer eller får ägna sig åt sina intressen. De känner meningsfullhet både i sitt liv idag och i framtiden. Det främsta målet i framtiden är att bli fria från ätstörningen och må bra. De längtar efter ett som de kallar det ”normalt liv” där människor ser deras ”riktiga jag”. Innan de utbildar sig och skaffar arbete är det viktigaste att de får ta igen all den tid ätstörningen tagit ifrån dem. Genom att stärka deras känsla av sammanhang och fokusera på det som är meningsfullt för dem blir de mer motiverade till att lämna ätstörningen bakom sig. Med studiens resultat kan inga generaliseringar göras eftersom olika livssituationer kan påverka välbefinnandet men eftersom resultaten inte uppvisar radikala skillnader mot tidigare studier borde de spegla hur en stor del av målgruppen känner.

Implikation

Resultaten är viktiga för personer med ätstörningar och alla de som har personer med ätstörningar runt omkring sig. Vårdanställda, kollegor och klasskamrater, vänner, familj och inte minst utomstående som kanske ser på personen med fördomsfulla ögon. Det är viktigt för dem alla att komma ihåg att individen är en person och inte en ätstörning och att finnas där för dem, då det har framkommit att nära och kära faktiskt är det enda som betyder något i slutändan; det är det meningsfulla och det som bidrar till välbefinnande. För närstående personer är det av yttersta vikt att komma ihåg hur meningsfulla de är för sina vänner med ätstörningar - även om de inte alltid visar det!

Studien genomfördes på fyra kvinnor i åldern 20 till 29 år som har varit under behandling under ungefär fem till arton månader. Det kan tänkas att kön, ålder eller den längre behandlingen har lett till varför de ser på välbefinnande just som det gör. Vilka resultat hade visats med manliga deltagare, om studien genomförts på mycket yngre eller äldre personer

eller om personerna precis påbörjat sin behandling? Det hade också varit intressant att titta på informanternas bakgrund och se hur länge de haft ätstörningar för att se om det kan ha påverkat deras upplevelser. Detta är något att ta med sig i vidare forskning.

Referenser

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (2001). The validity of Antonovsky's Sense of Coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 432-438.

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

Brülde, B., & Tengland, P-A. (2003). *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Chally, D., & D'Abundo, M. (2004). Struggling with Recovery: Participant Perspectives on Battling an Eating Disorder. *Qualitative Health Research*, 14(8), 1094-1107.

Clements, P. T., Focht-New, G., & Faulkner, M. J. (2004). Grief in the shadows: exploring loss and bereavement in people with developmental disabilities. *Issues Mental Health Nursing*, 25(8), 799-808. doi:10.1080/01612840490506383

CODEX. (2011a). *Informerat samtycke*. Hämtad 2012-05-04, från <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>

CODEX. (2011b). *Personuppgifter*. Hämtad 2012-05-04, från <http://www.codex.vr.se/manniska3.shtml>

Eriksson, B., & Carlsson, G. (2001). *Ätstörningar*. Lund: Studentlitteratur.

Ghaderi, A., & Parling, T. (2007). *Från självsvält till ett fullständigt liv: en ny kbt-metod i 6 steg*. Stockholm: Natur och Kultur.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112

Glant, Heléne (2000). *Så här kan man förebygga och behandla ätstörningar*. Stockholm: Natur och Kultur.

Griffiths, C. A. (2009). *Sense of coherence and mental health rehabilitation*. *Clinical Rehabilitation*, 23(1), 72-78.

Johannisson, K. (2006). Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I G. Hallerstedt (Red.), *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande* (s. 29-41). Göteborg: Daidalos.

Kruger, P. S. (2010). Wellbeing – The Five Essential Elements. *Applied Research Quality Life*, 6(3), 325–328. doi:10.1007/s11482-010-9127-1

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lamoureux, M. M. H., & Bottorff, J. L. (2005). "Becoming the real me": recovering from anorexia nervosa. *Health care for women international*, 26(2), 170-188.

Lee, H. Y., Jang, S-N., Lee, S., Cho S-I., & Park, E-O. (2008). The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(7), 1042-1054.

Lundman, B., & Graneheim, UH. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nilsson (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur AB.

McGillivray, M., & Clarke, M. Human well-being: Concepts and measures. (2006). I McGillivray, M., & Clarke, M. (Red.), *Understanding Human Well-being*. (s. 3-16). New York: United Nations University.

Nordbø, R. H. S., Gulliksen, K. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F, Geller, J., & Holte, A. (2008). Expanding the Concept of Motivation to Change: The Content of Patients' Wish to Recover from Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(7), 577-672.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtad 2012-05-04 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>

Passer, M., Smith, R., Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., & Vliek, M. (2009). *Psychology: The science of mind and behavior*. London: McGraw Hill.

Patching, J., & Lawler, J. (2009). Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nursing Inquiry*, *16*(1), 10-21.

Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder – att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, *53*(1), 187-213. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135103

Rogers Wood, N. A., & Petrie, T. A. (2010). Body Dissatisfaction, Ethnic Identity, and Disordered Eating Among African American Women. *Journal of counseling psychology*, *57*(2), 141-153.

Schwartz, M. B., & Henderson, K. E. (2009). Does obesity prevention cause eating disorders? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent*, *48*(8), 784-786.

Stigsdotter, U. K., Ekholm, O., Shipperijn, J., Toftager, M., Kamper-Jørgensen, F., & Randrup, T. B. (2010). Health promoting outdoor environments - associations between green space, and health, health-related quality of life and stress based on a Danish national representative survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, *38*(4), 411-417. Doi: 10.1177/1403494810367468

Thomsson, H. (2010). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Topor, A. (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.

Treasure, J. (2008). Eating disorders. *Medicine*, *36*(8), 430-435.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vaansteenkiste, M., Soenens, B., & Vandererycken, W. (2005). Motivation to Change in Eating Disorder Patients: A Conceptual Clarification on the Basis of Self-Determination Theory. *International Journal of Eating Disorders*, *37*(3), 207-219. doi: 10.1002/eat.20099

Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G., & Probst, M. (2007). Which elements in the treatment of eating disorders are necessary 'ingredients' in the recovery process? - A comparison between the patient's and therapist's view. *European Eating Disorders Review*, *15*(5), 357-365. Doi: 10.1002/erv.768.

Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wright, K. M., & Hacking, S. (2012). An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *19*(2), 107–115. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01760.x

En ätstörning innebär att personen i fråga har störningar i sitt ätbeteende, vilket kan innebära att hon äter för lite, för mycket eller på något annat mycket osunt sätt som exempelvis hetsätning. Somliga anser att vanlig överätning borde betraktas som en ätstörning men det gör inte (American Psychiatric Association, 2000). Anorexia nervosa, bulimia nervosa, hetsätningstörning och ätstörning utan närmare specifikation finns i flera olika former men de diagnostiseras efter vissa kriterier.

Anorexia nervosa betyder ”nervös aptitlöshet” vilket kan tyckas vara ett felaktigt namn då det visst kan förefalla sig att personen är hungrig men att hon inte vill äta (Glant, 2000).

Diagnostiska kriterier för anorexia nervosa är enligt DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000):

- Personen vägrar hålla sin kroppsvikt på eller över normal kroppsvikt för sin längd och ålder; den understiger konstant 85 % eller mer av den förväntade.
- Det föreligger en extrem viktfoxi och rädsla för att gå upp i vikt. Kroppsuppfattningen är förvrängd, självkänslan är påtagligt påverkad av kroppsvikten och personen förnekar allvaret i situationen.
- Hos menstruerande kvinnor föreligger amenorré, det vill säga avsaknad av minst tre efter varandra påföljande menstruationer.

Det finns två undertyper av anorexia nervosa:

- ”Med enbart självsvält” innebär att personen inte regelbundet hetsäter eller använder självrensande åtgärder.
- ”Med hetsätning/självrensning” tillskrivs personer som regelbundet hetsäter eller använder självrensande åtgärder (ibid).

Bulimia nervosa betyder ”hungrig som en ox” (Glant, 2000) och kriterierna är:

- Personen har återkommande perioder av hetsätning (American Psychiatric Association, 2000). En sådan period karakteriseras av att hon med en känsla av kontrollförlust äter avsevärt mycket större mängder mat under en kortare tid än vad de flesta andra hade gjort under samma tid och omständigheter.
- För att förhindra viktökning använder hon kompensatoriska beteenden som exempelvis självframkallade kräkningar, fasta, överdriven motion eller missbruk av laxermedel, lavemang eller diuretika.
- Hetsätandet och det kompensatoriska beteendet utförs minst två gånger per vecka under tre månader.
- Precis som för anorektiker är självkänslan mycket påverkad av vikt och figur.

Även bulimia nervosa har undertyper:

- ”Med självrensning” betyder att alla kompensatoriska beteenden kan ha använts under den aktuella perioden.
- ”Utan självrensning” diagnostiseras hon som regelbundet använder kompensatoriska beteenden som fasta eller överdriven motion men inte självframkallad kräkning eller missbruk av laxermedel (ibid).

Skillnaden mellan bulimiker och anorektiker med undertypen hetsätning/själrensning är att den tidigare inte understiger 85 % av deras förväntade kroppsvikt (Polivy & Herman, 2002).

Diagnostiska kriterier för hetsätningsstörning är:

- Personen har återkommande perioder av hetsätning (American Psychiatric Association, 2000). Dessa ser likadana ut som vid bulimi, det vill säga att personen äter betydligt mycket mer mat än vad andra personer hade gjort under samma tid och omständigheter och med känslan att kontrollen är förlorad.
- Måltiderna under perioderna av hetsätningen har kännetecknen som att de är stora trots att personen inte har någon fysisk hunger. De äts i ensamhet och mycket snabbare än normalt tills en obehaglig mättnad uppstår.
- Personen känner skuld och äckel för sitt hetsätande.
- Episoderna av hetsätning förekommer minst två dagar i veckan under sex månader.

Anledningen till varför diagnosen inte tillhör bulimi är att kompensatoriska beteenden för att göra sig av med matintaget inte används regelbundet.

Diagnosen ätstörning utan närmare specifikation (UNS) finns för att fånga de personer som har en tydlig ätstörning men utan att uppfylla alla kriterier som gäller för anorexi, bulimi eller hetsätningsstörning (ibid). Detta kan exempelvis handla om någon som uppfyller samtliga kriterier för bulimi men att hetsätandet och det kompensatoriska beteendet inte förekommer så ofta som två gånger per vecka, eller en person som uppfyller alla kriterier för anorexi utom att ha amenorré.

Hej!

Mitt namn är Kajsa och jag läser min sista termin på Hälsopromotionsprogrammet med inriktning på kost vid Göteborgs universitet. Jag skriver min C-uppsats nu under våren och har valt att skriva om ätstörningar med fokus på upplevt välbefinnande, meningsfullhet och syn på framtiden. Med anledning av detta letar jag efter personer som kan tänka sig att ställa upp på en intervju. Om ni vill medverka i min studie är min önskan att ni hjälper mig att komma i kontakt med några personer över 18 år som vill medverka i en varsin enskild intervju. Jag tänker mig att intervjuerna kan ske i något avskilt rum på enheten och under två eller tre dagar.

HUR?

Jag kommer ställa frågor om hur informanterna upplever sitt välbefinnande och hur de ser på sin framtid. Intervjun äger rum i ett enskilt rum på enheten och tar ca 30-60 minuter. En intervjuguide används och jag spelar in intervjun för att kunna analysera alla intervjuer därefter. Alla inspelningar raderas efter att uppsatsen är klar. Jag väljer eventuellt ut citat som kommer vara med i den färdiga uppsatsen men alla intervjusvar kommer behandlas konfidentiellt. Att intervjusvaren är konfidentiella innebär att jag som skriver uppsatsen är den enda som vet vem svaren kommer ifrån och det kommer aldrig nämnas i uppsatsen. Informanten får tillgång till mina kontaktuppgifter i samband med intervjun om hon/han eventuellt vill tillägga någonting efter intervjun.

Deltagandet är helt frivilligt och informanten kan när som helst, utan särskild anledning, välja att avbryta sitt deltagande. Uppgifter om alla som deltar i studien kommer behandlas konfidentiellt. Informanten garanteras fullständig konfidentialitet genom att inga uppgifter som på något sätt skulle kunna vägleda något till informanten kommer finnas med i det färdiga arbetet. Ingen personal på enheten kommer få ta del av annat än det färdiga arbetet.

Andra studenter samt mina lärare på Göteborgs universitet kommer läsa uppsatsen. När den är färdig kommer den finnas på skolans bibliotek och den kommer vara tillgänglig på Internet.

NÄR?

Intervjuerna kommer ske inom en så snar framtid som möjligt. Mitt förslag är i slutet av nästa vecka?

Jag skickar med några brev med svarstalong. Ni får gärna hjälpa mig att dela ut dem till de patienter som vill medverka. Därefter är önskemålet att ni samlar in dem och ger dem till mig i samband med att intervjuerna äger rum.

Ni når mig på XXXXX eller på telefonnummer XXXXX.

Med vänliga hälsningar

Kajsa Bergqvist

Hej!

Mitt namn är Kajsa och jag läser min sista termin på Hälsopromotionsprogrammet med inriktning på kost vid Göteborgs universitet. Jag skriver min C-uppsats nu under våren och har valt att skriva om ätstörningar med fokus på upplevt välbefinnande, meningsfullhet och syn på framtiden. Med anledning av detta letar jag efter personer som kan tänka sig att ställa upp på en intervju.

HUR?

Jag kommer ställa frågor om ditt välbefinnande och hur du ser på din framtid. Intervjun äger rum i ett enskilt rum på enheten och tar ca 30-60 minuter. Jag spelar in intervjun för att kunna analysera den. Alla inspelningar raderas efter att uppsatsen är klar. Jag väljer eventuellt ut citat som kommer vara med i den färdiga uppsatsen men alla intervjusvar kommer behandlas konfidentiellt. Att intervjusvaren är konfidentiella innebär att jag som skriver uppsatsen är den enda som vet vem svaren kommer ifrån och det kommer aldrig nämnas i uppsatsen. Du får i samband med intervjun tillgång till mina kontaktuppgifter om du eventuellt vill tillägga någonting efter intervjun.

Deltagandet är helt frivilligt och du kan när som helst, utan särskild anledning, välja att avbryta intervjun. Uppgifter om dig och alla andra som deltar i studien kommer behandlas konfidentiellt. Du garanteras fullständig konfidentialitet genom att inga uppgifter som på något sätt skulle kunna vägleda något till dig kommer finnas med i det färdiga arbetet. Ingen personal på enheten kommer få ta del av annat än det färdiga arbetet.

Andra studenter samt mina lärare på Göteborgs universitet kommer läsa uppsatsen. När den är färdig kommer den finnas på skolans bibliotek och den kommer vara tillgänglig på Internet.

NÄR?

Intervjuerna kommer ske inom en så snar framtid som möjligt. Mitt förslag är i slutet av denna vecka?

Jag skickar med ett samtyckesformulär med svarstalong som du kan lämna till mig eller personalen om du vill medverka i min studie. Dessa kommer jag sedan få i samband med att intervjuerna genomförs.

Med vänliga hälsningar

Kajsa Bergqvist

Samtyckesformulär och underskrift

Deltagandet i studien är helt frivilligt och du kan när som helst, utan särskild anledning, välja att avbryta ditt deltagande. Undrar du över något kan du kontakta mig på XXXXX. Meddela i talongen nedan om du vill delta eller inte.

.....

Jag har informerats om studiens syfte, om hur materialet samlas in samt hur det behandlas. Jag har haft möjlighet att ställa frågor och har fått eventuella frågor besvarade. Mitt medverkande är frivilligt och jag kan när som helst under intervjun möjlighet att avbryta utan att ge särskild förklaring till detta.

Ja, jag vill delta i en intervju.

Nej, jag vill inte delta i en intervju.

Datum: _____

Namn: _____

Underskrift: _____

.....

Information om studiens syfte samt etiska riktlinjer, att allt behandlas konfidentiellt och rätten till att avbryta intervjun om så önskas. Poängtera att ingen personal kommer få ta del av annat än det färdiga arbetet.

Berätta lite om dig själv.

Kan du berätta hur en bra dag ser ut?

Kan du berätta vad som får dig att må bra?

Kan du berätta vad som känns meningsfullt i ditt liv?

Kan du berätta för mig hur du ser på din framtid? Hur ska du nå dit?