



**LUNDS**  
**UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

**Avdelning för arbetsterapi och gerontologi**

# **Hur beskriver kvinnor med ätstörning sina dagliga aktiviteter?**

Författare: Arzije Ziberovska,  
Pernilla Rosell

Handledare: Elisabeth Persson

December 2010

Kandidatuppsats

Adress: Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

2010.12.23

## Hur beskriver kvinnor med ätstörning sina dagliga aktiviteter?

Arzije Ziberovska

Pernilla Rosell

### Abstrakt

Syftet med studien var att ta reda på hur kvinnor med ätstörning upplever och beskriver sina dagliga aktiviteter. För att besvara syftet användes en kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer av fyra kvinnor i åldrarna 20 till 32 år. Inklusionskriterierna var att kvinnorna skulle ha någon typ av ätstörning och vara under behandling. Transkriberingarna analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys och resulterade i sex kategorier. Resultatet visade att deltagarna inte var fullständigt tillfredsställda med sina dagliga aktiviteter och majoriteten upplevde att de inte hade någon struktur i sin vardag. De sociala aktiviteterna var de aktiviteter som var mest betydelsefulla, men var samtidigt något de undvek. Svårigheter att sova var också något deltagarna hade gemensamt. Eftersom resultatet påvisade att kvinnorna inte var nöjda med sina dagliga aktiviteter, anses arbetsterapeutiska interventioner vara viktigt. Arbetsterapeuten kan stödja personerna i att bygga en god struktur och därmed skapa en aktivitetsbalans i deras vardag.

Nyckelord: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, UNS, arbetsterapi, aktivitetsmönster.

Kandidatuppsats

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

## **Förord**

Först och främst vill vi tacka vår mellanhand för att hon har ställt upp och funnits till hands när vi behövt henne.

Även deltagarna förtjänar ett stort tack för att de var villiga att ställa upp och dela med sig av sina erfarenheter, och därmed gjort studien möjlig.

Vi vill även tacka vår handledare Elisabeth Persson för all hjälp.

# Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund .....	1
2.1 <b>Ätstörningar, symptom och riskfaktorer</b> .....	1
2.1.1 <i>Anorexia nervosa</i> .....	1
2.1.2 <i>Bulimia nervosa</i> .....	2
2.1.3 <i>Ätstörning UNS</i> .....	3
2.2 <b>Arbetsterapeutisk praxismodell kopplat till ätstörningar</b> .....	3
2.3 <b>Psykologiska och andra konsekvenser av ätstörning</b> .....	4
2.4 <b>Behandling av ätstörning</b> .....	5
2.5 <b>Aktivitetens betydelse för hälsa</b> .....	6
2.6 <b>Ätstörningar och aktivitetspåverkan</b> .....	6
2.7 <b>Aktiviteter i det dagliga livet</b> .....	7
3. Syfte .....	7
4. Metod .....	8
4.1 <b>Urvalsförfarande och beskrivning av undersökningsgrupp</b> .....	8
4.2 <b>Metod för insamling av data</b> .....	9
4.3 <b>Procedur</b> .....	9
4.4 <b>Bearbetning av insamlad data</b> .....	10
4.5 <b>Etiska överväganden</b> .....	11
4.6 <b>Trovärdighet</b> .....	11
5. Resultat .....	11
5.1 <b>Tillfredsställelse av de dagliga aktiviteterna</b> .....	11
5.2 <b>Huvudsakliga aktiviteter</b> .....	12
5.2.1 <i>Aktiviteter relaterade till behandling</i> .....	12
5.2.2 <i>Aktiviteter relaterade till arbete/studier</i> .....	12
5.3 <b>Fritidaktiviteter</b> .....	13
5.3.1 <i>Fysiska aktiviteter</i> .....	13
5.3.2 <i>Stillsamma aktiviteter</i> .....	14
5.3.2 <i>Sociala aktiviteter</i> .....	14
5.4 <b>Personliga aktiviteter i det dagliga livet</b> .....	15
5.4.1 <i>Hygien och egenvård</i> .....	15
5.4.2 <i>Måltider</i> .....	15
5.5 <b>Hushållsarbete</b> .....	16
5.6 <b>Sömn</b> .....	16
6. Diskussion .....	17
6.1 <b>Metoddiskussion</b> .....	17
6.2 <b>Resultatdiskussion</b> .....	19
7. Konklusion .....	22
8. Referenser .....	23
8. Bilagor .....	28

# 1. Inledning

Ätstörning är en psykisk sjukdom som har blivit allt mer vanlig i vårt samhälle. Det är oftast unga kvinnor som drabbas. Mer än 10 % av alla yngre kvinnor har någon typ av ätstörning. Det är den tredje mest vanliga långvariga sjukdomen bland kvinnor i tonåren och man har sett att sjukdomen har ökat dramatiskt de senaste årtiondena (Kloczko & Ikiugu, 2006).

Personer med ätstörningar har ofta en stor rädsla att bli tjocka. Det är vanligt att sjukdomen debuterar med att de som drabbas undviker att äta inför andra och senare i sjukdomsförloppet knappt äter någonting alls. Det innebär att de inte får all näring som är nödvändig för människan. Brist på mat kan sekundärt leda till att man tappar ork och blir mindre engagerad och delaktig i sina dagliga aktiviteter (Kloczko & Ikiugu, 2006).

Valet av uppsatsämne gjordes utifrån intresse och nyfikenhet kring dagliga aktiviteter hos kvinnor med ätstörning. I litteraturen som lästes blev uppfattningen att det förekom aktivitetsobalans i individernas vardag. Litteraturen om ätstörning med anknytning till dagliga aktiviteter och arbetsterapi var begränsad, vilket ytterligare stärkte intresset att göra en studie med fokus på dagliga aktiviteter hos kvinnor med ätstörning.

## 2. Bakgrund

### 2.1 Ätstörningar, symtom och riskfaktorer

Ätstörningar är ett samlingsnamn för anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörning utan närmare specifikation (ÄS UNS) (Ottosson, 2009).

#### 2.1.1 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa definieras som ”nervös aptitlöshet” och är en sjukdom som drabbar fler flickor än pojkar (Cullberg, 2003). Den vanligaste åldern att insjukna i sjukdomen är mellan 12 och 18 år. Sjukdomen varar oftast i flera år och de flesta anorektikerna förblir lågviktiga livet ut. Personer med anorexia nervosa ter sig många gånger socialt och känslomässigt annorlunda. De kan till exempel ha svårt att äta med andra. Många kan även dra sig undan social kontakt, vilket kan leda till isolering (Levander, Adler, Gefvert & Tuninger, 2006).

Personer som insjuknar i anorexia nervosa beskrivs ibland som perfektionister. De har ofta en hög ambitionsnivå samtidigt som de kan ha ett väldigt högt kontrollbehov. Detta kan medföra att deras mål blir ouppnåeliga och de riskerar att bli missnöjda både med sig själva och med livet (Levander et al., 2006). Bidragande orsaker till att man utvecklar anorexia nervosa kan vara genetiska faktorer eller bero på svåra familjerelationer (Ottosson & Ottosson, 2007). Det finns vetenskapliga undersökningar som visar att även negativa livshändelser som till exempel sexuella övergrepp skulle kunna vara faktorer som ökar risken att utveckla anorexia nervosa (Levander et al., 2006).

Kriterier för att sätta diagnosen anorexia nervosa, enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- IV), är att de som insjuknat vägrar hålla kroppsvikten på eller över nedre normalgränsen för sin ålder och längd. De har en stark rädsla för att gå upp i vikt eller för att bli tjocka, även om de är underviktiga. De har en störd kroppsuppfattning avseende vikt eller form. Självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller så förnekar de allvaret i den låga kroppsvikten. Det krävs även att amenorré uppkommit, det vill säga att minst tre på varandra följande menstruationer uteblir (Herlofson, Ekselius, Lundh, Lundin, Mårtensson & Åsberg, 2009).

### *2.1.2 Bulimia nervosa*

Kriterierna för att man ska kunna sätta diagnosen bulimia nervosa är enligt DSM- IV att det förekommer både hetsätning och kompensatoriska beteenden minst två gånger i veckan inom en tre månaders period. Självkänslan ska dessutom vara överdrivet påverkad av kroppsvikt och form (Herlofson et al., 2009). Hetsätning innebär att en person äter för mycket föda under kort tid (Ottosson, 2009). Ofta undviker de som insjuknat en viss typ av mat för att inte gå upp i vikt (Högdahl, 2010). Kompensatoriska beteenden innebär att individerna hindrar viktuppgång genom att till exempel framkalla kräkningar eller använda olika laxerande medel. Många använder också diuretika (vätskedrivande medel) i syfte att rensa och minska svullnaden i kroppen, så att den ska se smalare ut. Bantningspiller som minskar hungern eller ger en ökad ämnesomsättning används också. Många av de medel som individerna intar, tar de oftast i högre dos än rekommenderat (Herlofson et al., 2009).

Fasta och överdrivet motionerande är ett annat sätt att gå ner i vikt eller hindra viktuppgång för personer med bulimia nervosa. Bulimia nervosa delas in i undergrupper (Lindh, 2009). Den ena undergruppen hetsäter utan självrensning. Självrensning innebär att man framkallar

kräkningar eller missbrukar laxermedel, diuretika eller lavemang (American Psychiatric Association, 2002). Istället för självrensning fastar de eller motionerar överdrivet. Den andra undergruppen hetsäter i kombination med självrensning (Herlofsson et al., 2009).

Ungefär hälften av individerna med bulimia nervosa har tidigare haft en annan ätstörning som till exempel anorexia nervosa. Något som skiljer bulimia nervosa från anorexia nervosa är att bulimikernas ålder generellt är högre än anorektikers (Lindh, 2009). Individer med bulimia nervosa ser ”friskare” ut eftersom de oftast har normal vikt (Högdahl, 2010). Många gånger är de medvetna om sina problem och skäms ofta över sin situation och försöker därför dölja sjukdomen och sina symtom (Herlofsson et al., 2009). De döljer det till exempel genom att isolera sig och undvika att delta i situationer med andra där mat är inblandat.

Faktorer som bidrar till att utveckla sjukdomen bulimia nervosa kan vara slankhetsideal, tidig könsmognad, svår uppväxt och minskad impuls kontroll (Herlofsson et al., 2009). Enligt Herlofsson et al. (2009) kan även episoder av depression, missbruk eller fetma hos individen eller i dennes familj öka risken att utveckla bulimia nervosa.

### *2.1.3 Ätstörning utan närmare specifikation (UNS)*

UNS ätstörning är en variant av ätstörning som varken kan klassas som anorexia nervosa eller bulimia nervosa. Individerna har ofta växlingar mellan perioder av bantning och perioder av hetsätning. Symtom som låg självkänsla, besatthet av sitt eget utseende och/eller depressiva besvär är vanligt vid UNS ätstörning. UNS ätstörning beskrivs som den vanligaste formen av ätstörning (Levander et al., 2006).

## **2.2 Arbetsterapeutisk praxismodell kopplat till ätstörningar**

Model of Human Occupation [MOHO] är en klientcentrerad arbetsterapeutisk praxismodell som har fokus på det som är unikt hos varje individ. För att förklara människans aktivitet används i MOHO tre subsystem: vilje-, vane- och utförandesystemet (Kielhofner, 2009). Viljesystemet beskriver människans drivkraft att vara aktiv och ser till individens förmågor, värderingar och intressen. I vanesystemet beskrivs människans vanor och rutiner i vardagen. Utförandesystemet omfattar både mentala och fysiska förmågor som formar människans utförande av dagliga aktiviteter (Kielhofner, 2009).

Ofta har personer med ätstörningar dåligt självförtroende och negativ personlig övertygelse om sig själv och sin förmåga. Detta påverkar personens viljesystem enligt praxismodellen MOHO. En negativ personlig övertygelse kan innebära att personen har negativa tankar och känslor kring hur effektiv han/hon är i att använda sin kapacitet. Dåligt självförtroende och negativ personlig övertygelse hos personer med ätstörning kan bero på att deras tro och värderingar påverkats av till exempel media, kultur och familjens förväntningar. Individerna har oftast få sociala fritidsaktiviteter, men de har ett stort engagemang i fysiska aktiviteter såsom träning (Gardiner & Brown, 2010).

Ritualer som är vanliga hos personer med ätstörning är att de lägger mycket tid på personlig vård, att räkna kalorier, att väga sig och att förbereda sina måltider. Aktiviteter som att hetsäta, vomitera och missbruka laxerande medel är en del av deras ritualer, vilket innefattas i vanesystemet i MOHO (Gardiner & Brown, 2010).

Perceptuella svagheter som kan uppstå hos personer med ätstörning kan vara att de förnekar sin hunger och trötthet, upplever att de är tjocka och att de har en förvrängd kroppsbild. Konsekvenser av svält kan vara att kognitiva funktioner såsom uppmärksamhet, minne och koncentrationen försvagas. Nedsatta kognitiva funktioner påverkar utförandesystemet i MOHO (Gardiner & Brown, 2010).

När en person drabbas av ätstörning kan det innebära att hon/han får svårt att engagera sig i och utföra de vardagliga aktiviteterna på samma sätt som han/hon gjort tidigare (Gardiner & Brown, 2010). Enligt Keilen, Treasure, Schmidt och Treasure (1994) är det vanligt att personer med ätstörning har begränsad energi, svårigheter i psykosociala domäner och med sina emotionella reaktioner. Det är även vanligt att de är socialt isolerade och har sömnsvårigheter. Dålig sömn kan leda till att de får svårigheter i att engagera sig i och utföra sina dagliga aktiviteter (Christiansen & Baum, 2005).

### **2.3 Psykologiska och andra konsekvenser av ätstörning**

Känslomässigt och psykologiskt lidande är vanligt hos individer som insjuknat i anorexia nervosa, även om de har en lättare form av sjukdomen (Porsman, 2005). Det känslomässiga lidandet kan uttryckas i form av oro, ilska, humörsvängningar, låg självkänsla, sömnrubbingar och minskad sexlust (Anorexi och Bulimi kontakt, 2004). Carlsson och Eriksson (2001) menar att lidandet uppstår när individen försöker bevara sin magerhet.



Konsekvenserna kan bli, förutom de somatiska även psykologiska påfrestningar som beteendeproblem, relationsproblem, koncentrationssvårigheter, tvångstankar, depressiva symtom och ångest. Förändringar i beteendet kan till exempel vara att individerna blir väldigt kroppsupptagna. Det kan leda till tvångsmässiga beteenden kring mat, såsom att laga mat och att andra skall äta den (Anorexi och Bulimi kontakt, 2004).

Personer med anorexia nervosa kan ofta uppleva skam över sin sjukdom. De kan uppleva skam över att de känner sig väldigt självupptagna och över att de har en oförmåga att kontrollera sig själva (Kyriacou et al., 2009). Dessa upplevelser och beteenden kan bidra till en känsla av värdelöshet (Skåderud, 2007). Enligt Skåderud (2007) är det på grund av skamkänslor som uppstår hos personer med anorexia nervosa, som de känner att de inte förtjänar något bra.

Personer med bulimia nervosa upplever ofta en känsla av misslyckande, vanligen efter att de inte har kunnat kontrollera matintaget. Det kan leda till svår ångest, maktlöshet, känslor av äckel, skam- och skuldkänslor som vidare kan leda till social isolering (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2005).

## **2.4 Behandling av ätstörningar**

Inom ätstörningsenheter arbetar man i multidisciplinära team där kuratorer, psykologer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och mentalskötare arbetar tillsammans (Ottooson, 2004). Samtliga professioner arbetar utifrån sina egna unika perspektiv. För att nå goda resultat är det viktigt att alla i teamet arbetar mot gemensamma mål (Clinton & Norring, 2002).

Huvudsaklig fokus i arbetsterapi på ätstörningsenheter läggs på att normalisera beteendet kring vikt och mat. Behandlingen syftar till att förändra personens tankesätt kring sjukdomen, samtidigt som man stödjer personen i att ta itu med de emotionella problemen i hans/hennes liv (Martin, 2000). Martin (2000) menar att utifrån den arbetsterapeutiska modellen MOHO, kan personer med ätstörningar ha svårigheter i sina attityder och vanor till mat och viktkontroll. De har även svårigheter i att utöva och engagera sig i meningsfulla aktiviteter. Arbetsterapeutiska interventioner syftar till att individen ska kunna skapa en balans mellan vila och aktivitet och genom detta kunna bibehålla eller förbättra sin hälsa. Arbetsterapeuten

kan i sin behandling använda sig av kreativa uttryck eller aktiviteter som dans, bild och musik. Med hjälp av dessa aktiviteter kan arbetsterapeuten hjälpa individen att bearbeta och uttrycka sina känslor (Blesedell Crepeau, Cohn & Boyt Schell, 2003; FSA, 1998). Det är dessutom viktigt att förhindra förlust av dagliga aktiviteter, för att undvika isolering (Topor, 2004).

## **2.5. Aktiviteters betydelse för hälsa**

Inom arbetsterapi lägger man en stor vikt vid att förstå och förklara hur människan fungerar i aktivitet (FSA, 1998). Aktivitet är inom arbetsterapi ett centralt begrepp och människan ses som en aktiv varelse (Kielhofner, 2009). Aktivitet beskrivs som en persons genomförande av uppgift eller handling och är något som skapar innehåll och mening i vardagen (Socialstyrelsen, 2003; Townsend & Polatajko, 2007; Kielhofner, 2008). Enligt Risteen Hasselkus (2002) är aktivitet ett sätt att lära känna sig själv. Meningsfulla och betydelsefulla aktiviteter bidrar till upplevelse av hälsa och välbefinnande (Townsend & Polatajko, 2007; Kielhofner, 2008).

Inom arbetsterapi beskrivs ett samband mellan aktivitet och hälsa (Kielhofner, 2009). För att en person ska uppnå aktivitetsbalans behöver hon ha en god balans mellan aktivitetskategorierna: arbete, fritid, vila och sömn (Wilcock, 2006). Enligt Wilcock (2006) kan upplevelse av hälsa minska när det inte finns en positiv balans mellan de ovanstående nämnda aktivitetskategorierna.

World Health Organization (WHO, 2003) definierar begreppet hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysisk, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast som frånvaro av sjukdom eller funktionshinder. Enligt Håkansson, Lissner, Björkelund och Sonn (2009) behöver man tillgodose de grundläggande behoven av mat, värme och trygghet för att uppnå hälsa. För att uppnå hälsa måste personen även kunna förändra eller anpassa sig efter den miljö som hon/han lever i (WHO, 1986). Viktigt är också att personen upplever att han/hon själv kan bidra med något i världen och kan känna en social funktion och mening (Whalley Hammel, 2004).

## 2.6. Aktiviteter i dagliga livet

Aktiviteter som vi utför dagligen formas till aktivitetsmönster. Aktivitetsmönster är unikt för varje individ och innehåller olika aktiviteter såsom egenvård, arbete, fritidsaktiviteter och lekaktiviteter (Erlandsson, 2003). I aktivitetsmönstret beskrivs vilka aktiviteter vi utför, när på dygnet de utförs samt var, hur och varför de utförs (Christiansen & Baum, 2005).

Townsend och Polatajko (2007) beskriver aktivitetsmönster som det sätt personer lägger upp sina aktiviteter på och hur de integrerar mellan olika aktiviteter under en dag, vecka eller hela livet. De förmågor, vanor och roller vi har, hur motiverade vi är samt omgivningens krav på oss och kraven vi har på oss själva påverkar våra val av aktiviteter (Kielhofner, 2008). De aktiviteter vi utför och de mönster som dessa aktiviteter bildar säger något om vilka vi är som personer, hur vi organiserar våra liv och vår kontakt med omvärlden. Aktivitetsmönstret säger även något om hur vi anpassar oss till vår omvärld och om hur vi hanterar omgivningen (Townsend & Polatajko, 2007). De faktorer som kan påverka en individs aktivitetsmönster kan bland annat vara hur individen värdesätter sitt utförande av aktiviteten och aktivitetens betydelse för individen (Kielhofner, 2008).

Vid litteraturgenomgången fanns mest beskrivningar kring somatiska och psykologiska förändringar som kan drabba personer med olika ätstörningsdiagnoser. Däremot hittades inte så mycket litteratur kring dagliga aktiviteter och aktivitetsmönster hos kvinnor med ätstörningar. Konsekvenser som sjukdomen ger, tror författarna kan skapa obalans i de dagliga aktiviteterna och i aktivitetsmönstret hos kvinnor med ätstörningsdiagnoser. Detta bidrog till nyfikenhet och intresse av hur kvinnor med pågående ätstörning själva upplever och beskriver sina dagliga aktiviteter.

## 3. Syfte

Syftet med studien var att beskriva hur kvinnor med ätstörning, som är under behandling, upplever och beskriver sina dagliga aktiviteter.

## 4. Metod

### 4.1. Urvalsförfarande och beskrivning av undersökningsgruppen

Urval av undersökningspersoner gjordes med hjälp av en målinriktad sampling, det vill säga en icke slumpmässig urvalsmetod (DePoy & Gitlin, 1999).

Inklusionskriterierna för undersökningspersonerna var att de skulle:

- ha någon typ av ätstörningsdiagnos
- vara kvinnor
- vara under behandling

Intervjupersonerna skulle vara under behandling eftersom de skulle ha en pågående ätstörning.

Sammanlagt var det sexton personer som uppfyllde de ovanstående kriterierna och som blev tillfrågade om de ville delta i studien. Det blev ett externt bortfall på tolv personer. Ett externt bortfall sker när personer av olika skäl inte vill delta i studien (Olsson & Sörensen, 2007). Endast fyra av de sexton tillfrågade personerna tackade ja till att delta i studien.

Demografisk bakgrundsdata om undersökningspersonerna beskrivs i tabell 1.

Tabell 1 *Beskrivning av intervjupersonernas ålder, diagnos och civilstånd.*

<b>Deltagare</b>	<b>Ålder</b>	<b>Diagnos</b>	<b>Civilstånd/Barn</b>
<b>1</b>	20 år	Bulimia nervosa	Ensamstående
<b>2</b>	32 år	Anorexia nervosa	Gift
<b>3</b>	25 år	Anorexia nervosa, bulimia nervosa och träningstvång	Sambo och ett barn på 1 år
<b>4</b>	24 år	Anorexia nervosa	Pojkvän

## **4.2. Metod för insamling av information**

Då studiens syfte var att redogöra hur kvinnor med ätstörning beskriver och upplever sina dagliga aktiviteter, ansågs en kvalitativ metod vara lämplig. Med kvalitativ metod menar Kvale & Brinkman (2009) att man får en djupare beskrivning och förståelse kring intervjupersonernas upplevelser.

Författarna fann inte något bedömningsinstrument som i sin helhet kunde användas för att få svar på syftet med studien. Det mest användbara instrumentet för att besvara studiens syfte bedömdes vara det semistrukturerade instrumentet Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale (OCAIRS) (Kielhofner, 1998; Henriksson & Haglund, 2005). Instrumentet OCAIRS utgår ifrån begrepp och definitioner från den arbetsterapeutiska modellen MOHO. OCAIRS består av intervjufrågor som syftar till att systematiskt samla, rapportera och analysera information kring en persons aktivitetssituation och deltagande i det dagliga livet (Henriksson & Haglund, 2005). Utifrån detta instrument valdes lämpliga intervjufrågor som bedömdes vara relevanta för syftet. Frågor som tycktes vara svårbegripliga och känsliga för målgruppen valdes bort. Utöver dessa frågor användes kompletterande intervjufrågor. I studien användes en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 1). Semistrukturerade intervjuer innebär att det finns vissa förutbestämda ämnen och frågor, samtidigt som den som intervjuar kan vara flexibel och låta undersökningsspersonen utveckla sina tankar (Denscombe, 2000).

## **4.3. Procedur**

För att komma i kontakt med kvinnor med ätstörningsproblematik kontaktades ett antal ätstörningsenheter. Kontakt togs med arbetsterapeut som var verksam inom en ätstörningsenhet. Brev med förfrågningar skickades ut till verksamhetschef och arbetsterapeut (se bilaga 2 och 3). Verksamhetschefen godkände studien och sedan delade arbetsterapeuten ut tio brev till tänkbara intervjupersoner (se bilaga 4). Brev delades ut till alla som var under behandling hos henne. Tre personer tackade ja till att delta i studien. Eftersom detta var få deltagare i studien, delades fler förfrågningar ut. Detta ledde till att ytterligare en person tackade ja till att delta i studien. Intervjupersonerna som valde att delta gav de undertecknade samtyckesblanketterna till arbetsterapeuten, som var mellanhand. De kontaktades sedan via telefon av författarna, för att bestämma tid och plats för intervjun. Intervjupersonerna fick själva välja plats för intervjun. Enligt Depoy och Gitlin, (1994) är det viktigt att

intervjupersoner själva får välja plats för intervju för att de ska känna sig så bekväma som möjligt. Inför intervjun gjordes också en provintervju på en utomstående person, för att se om intervjufrågorna som hade utformats var relevanta. Inga ändringar på intervjufrågorna gjordes. Intervjuerna utfördes på en avdelning för personer med ätstörning. Båda författarna var närvarande och medverkade vid alla fyra intervjutillfällena och två intervjuer utfördes vardera. Båda två var närvarande i avsikt att få ut så mycket information som möjligt av intervjun, eftersom den som ej hade huvudansvaret kunde stödja den som intervjuades ifall information utelämnades eller om förtydliganden behövdes. Enligt Maxwell (1992) är detta väsentligt speciellt vid semistrukturerade frågor där frågorna är halvöppna och ger intervjuaren möjlighet att ställa följdfrågor till intervjupersonen. Slutligen bidrog det till att under analysen av intervjuerna framkom infallsvinklar från båda författarna. Varje infallsvinkel bidrar till en ökad objektivitet vid tolkning av transkriberingen (Kvale, 1997). Intervjun spelades in på band, detta då Malterud (2009) menar att det underlättar tolkningar och analyser av innehållet i intervjuerna. Endast bandinspelning användes och inga anteckningar gjordes, vilket underlättade koncentrationen på intervjupersonen under intervjun. Malterud (2009) menar också att det kan gynna samtalet och kontakten med intervjupersonen, till skillnad från om det dessutom görs anteckningar. Intervjuerna tog mellan 20 och 45 minuter. Allt material behandlades konfidentiellt och förvarades låst under arbetets gång.

#### **4.4. Bearbetning av den insamlade informationen**

Intervjuerna lyssnades av och de inspelade banden transkriberades ordagrant enligt Malteruds (2009) rekommendationer. Därefter gjordes en kvalitativ innehållsanalys av materialet enligt Lundman och Granheims (2008) rekommendationer. Denna analysmetod används för granskning och tolkning av texter. Ansatsen som användes var induktiv, vilket innebär att författarna så långt möjligt försöker förhålla sig objektivt vid analysen av texten (Lundman & Granheim, 2008). Vid innehållsanalysen identifierades och kondenserades meningsbärande enheter. Det gjordes genom att stycken, meningar och ord som tycktes besvara syftet, valdes ut och gjordes kortare. Texten blev då mer lätthanterlig, samtidigt som det centrala innehållet i texten bevarades. Därefter benämndes den meningsbärande enheten med en reflektions kod. De koder som handlade om samma sak sorterades samman och sammanfördes sedan till kategorier och underkategorier, vilka redovisas i resultatet.

#### **4.5. Etiska överväganden**

Innan metoden i studien kunde påbörjas granskades projektplan och följebrev i ett etikprövningsseminarium och blev godkänt där. Studien blev där godkänd med bakgrund av etiska överväganden, vilket är av stor vikt innan en studie av detta slag kan genomföras. Intervjupersonerna som deltog i undersökningen gjorde det frivilligt. De fick information om att allt material skulle behandlas konfidentiellt och att anonymitet garanterades. Intervjupersonerna fick information om att de kunde avstå från att besvara frågor som de inte ville besvara. De kunde avbryta deltagandet i undersökningen när de ville utan att ange orsak och utan att det innebar några konsekvenser för deras behandling. Intervjupersonerna som deltog i studien undertecknade bifogade samtyckesblanketter för deltagande i studien, skriftligt.

#### **4.6 Trovärdighet**

Det gjordes en beskrivning om hur studien genomfördes, hur urvalet såg ut och hur de olika stegen i analysen utfördes. Enligt Malterud (2004) ökar detta studiens trovärdighet. Till studien utformades en intervjuguide med frågor som ledde till svar på studiens syfte. Intervjuguiden blev ett stöd för intervjuaren, detta då det fanns färdiga frågor och den som intervjuade kunde koncentrera sig på intervjupersonen. Kvale (1997) påpekar dessutom att studiens trovärdighet ökar när det finns dokumentation kring genomförandet som kan redovisas. I resultatet användes citat från alla intervjupersoner. Enligt Alexandersson (1994) ökar det studiens trovärdighet och giltighet.

### **5. Resultat**

I resultatet beskrivs hur dagliga aktiviteter upplevdes och såg ut hos några kvinnor med en ätstörningsdiagnos. Vid analysen framkom sex kategorier och sju underkategorier, och dessa beskrivs i resultatdelen som rubriker och underrubriker.

#### **5.1 Tillfredsställelse med de dagliga aktiviteterna**

En av deltagarna kände att hon var tillfredställd med sina dagliga aktiviteter. Hon uttryckte däremot att hon hade en stor saknad av de aktiviteter hon hade haft innan hon blev sjuk, vilket bland annat var träning och arbete. De andra tre deltagarna var inte tillfredställda med sina vardagliga aktiviteter. En sa att hon var missnöjd med sig själv vilket gjorde att hon blev missnöjd med allt annat i vardagen. Hon hade velat ha mer tid till fritidsintressen och studier. En annan deltagare var inte heller tillfredsställd då hon upplevde att hon saknade ett arbete. På behandlingen kände hon att hon inte bidrog med något. Den tredje deltagaren nämnde att hon inte kände stor tillfredsställelse med sina dagliga aktiviteter, då vardagen oftast kretsade kring hennes sjukdom. Hon upplevde att de vardagliga aktiviteter hon utförde inte var speciellt betydelsefulla för henne.

En av deltagarna beskrev sin tillfredsställelse av de dagliga aktiviteterna såhär:

*"Alltså man kan vara tillfredsställd för stunden när man har, är klar med sina matgrejer eller sådär liksom men, det är alltså sjukdomen som gör det värre i längden".*

## **5.2 Huvudsakliga aktiviteter**

### *5.2.1 Aktiviteter relaterade till behandling*

En deltagare var under behandling men gick inte regelbundet till någon behandlingsenhet såsom de andra deltagarna. Hon hade kontakt med två behandlare, vilka hon träffade ett par gånger i månaden. De andra tre deltagarna gick på en behandlingsenhet alla vardagar utom onsdagar, från klockan 08.30 till 15.00. I behandlingen ingick bland annat massage, matlagning, olika hantverk, ångesthantering och mindfulness. Ångesthantering var en gruppaktivitet där deltagarna fick kunskap om ångest och dess konsekvenser, för att lättare kunna hantera ångest i sin vardag. Mindfulness var en slags avslappning eller meditation, vilket kunde vara till hjälp för deltagarna vid hantering av stress.

Efter behandlingen åkte deltagarna oftast direkt hem. Tre deltagare upplevde att behandlingen inte var så meningsfull för dem.

En deltagare beskrev behandlingen såhär:

*"Det känns som man hade kunnat göra något annat. Lite svårt att bara gå och inte bidra till något".*

### *5.2.2 Aktiviteter relaterade till arbete/studier*



En av deltagarna studerade på heltid och arbetade dessutom vid sidan om studierna. Hon tyckte om att studera, men kände att hon inte hade tillräckligt med tid till sina studier. Arbete parallellt med studierna upplevde hon som påfrestande eftersom det tog mycket av hennes tid och då hon endast arbetade av ekonomiska skäl. Hon sa även att arbetet bidrog till att hon fick koncentrationssvårigheter.

Deltagaren beskrev sin arbetssituation såhär:

*”Sen så känns det jobbigt att bara behöva, att gå och jobba för att jag ska inte behöva göra det. Men jag tvingas att göra det”.*

## **5.2 Fritidsaktiviteter**

I den här kategorin beskrivs deltagarnas fritidsaktiviteter och delas in i tre underkategorier.

### *5.2.1 Fysiska aktiviteter*

Två av fyra deltagare tränade på fritiden. En av dem lade ner ca 5-7 timmar på motion och ca 1-2 timmar på träning per dag. Den andra deltagaren tränade ca 3 dagar i veckan och ca 2 timmar per gång. Hon upplevde träningen och träningsmiljön som avstressande och avslappnande. Då träning var något som dessa deltagare prioriterade högt upplevde de att det inte blev mycket tid över till andra aktiviteter.

Två deltagare lade inte ner någon tid alls på träning. En hade tidigare tränat regelbundet men eftersom behandlingsansvariga rekommenderade henne att inte träna valde hon själv att inte fortsätta med träningen. Detta gjorde att hon kände sig rastlös och hade stor längtan efter att få träna igen. Fysiska aktiviteter som en av dessa deltagare kunde lägga tid på var att sköta trädgården och rida.

Tre deltagare hade hund. Två av dem gick ut med sin hund ett par gånger dagligen, medan en av dem gjorde det mer oregelbundet. Aktiviteter tillsammans med hunden var något som både var betydelsefullt och roligt för dem.

En deltagares beskrivning av betydelsen av träning:

*”Gymmet är väldigt viktigt, för då känns det som om man kan släppa den här stressen man har och skolan och jobbet. Det är den enda platsen där man kan vara lite som man själv vill. Slappna av men ändå göra någonting bra”.*

### 5.2.2 Stillsamma aktiviteter

En deltagare nämnde att hon ofta studerade på kvällar och nätter, eftersom det var den enda tid på dygnet hon hade tid till det. På helgerna gick hon gärna på bio. Andra aktiviteter hon tyckte om var att läsa böcker, titta på tv och film. En annan deltagare nämnde att hon tyckte om att spela gitarr, läsa, pyssla och gå på bio. En annan berättade att hon var ”pysslig”, och ibland brukade sitta och virka på bussen på väg till behandlingen. Hur ofta hon utförde sina intressen berodde på hennes mående och ätstörningen konsekvenser. Deltagaren uttryckte att sjukdomen tog mycket tid. Därför blev det ibland att hon ägnade sig helt åt sina symtom av sjukdomen och blev då ingen struktur i någonting. Hon kände sig både nöjd och inte nöjd med tiden hon lade till sina intressen. Hade hon velat ha tid till dem så hade hon nog haft det, uttryckte hon. En annan deltagare nämnde att hon brukade titta på tv, sitta vid datorn och läsa saga för sin son. Tre av deltagarna upplevde inte att de hade tillräckligt med tid till sina stillsamma aktiviteter.

### 5.2.3 Sociala aktiviteter

Gemensamt för alla deltagare var att de upplevde matsituationer tillsammans med andra som påfrestande och det var därför en aktivitet som de undvek. Två deltagare beskrev att de oftast träffade andra i samband med måltider. Eftersom matsituationerna var jobbiga, träffade dem därför vänner och bekanta mer sällan.

Tre av deltagarna beskrev att de inte träffade sina vänner speciellt ofta, eftersom det inte blev mycket kvar utav dagen då de hade gjort sina ”måsten”. I ett av fallen var det hetsätning som tog upp det mesta av tiden. Deltagaren beskrev att hon ofta fastnade i hetsätning och hann därför inte göra saker som hon hade planerat. För den andra deltagaren var det träning och motion som tog upp det mesta av hennes fritid. För den tredje var det studier, arbete och sjukdomens konsekvenser som bidrog till att hon inte hade mycket tid och ork till sociala aktiviteter. Detta upplevde hon som jobbigt. Hon hade velat ha mer tid till att umgås med vänner och bekanta eftersom det var något hon skattade högt.

En deltagare spenderade däremot mycket tid tillsammans med sina vänner och bekanta. Veckodagarna spenderade hon oftast tillsammans med sin son och sambo och helgerna spenderade hon och hennes familj tillsammans med släkt och vänner. Deltagaren hade aldrig

tid för sig själv då hon upplevde att hon inte förtjänade någon egentid. Hon prioriterade alltid andra före sig själv.

Deltagarna som hade hund spenderade gärna tid med hunden och det var något de alla upplevde som meningsfullt.

En av deltagarna nämnde att hon tyckte de var kul att hålla på med djur, umgås med barn och rida, men att nuförtiden upplevde hon att nästan ingenting var kul.

En deltagare beskrev matsituationer tillsammans med andra såhär:

*”Det blir ju att man undviker situationer där man vet att man måste käka ihop och så. För det är jobbigt”.*

Och en annan deltagare beskrev att:

*”Ibland kanske det blir att man håller sig mer för sig själv, än vad man själv vill kanske”.*

### **5.3 Personliga aktiviteter i dagliga livet**

#### **5.3.1 Hygien och egenvård**

De flesta deltagare lade inte ner mycket tid på hygien och egenvård. De aktiviteter som de gjorde berörde bland annat morgonhygien, dusch, smink och hårstyling. En deltagare uttryckte att hygien var en mycket viktig del för henne. Hon duschade oftast både morgon och kväll och tog alltid på sig nytvättade kläder, men gjorde inte något utöver det såsom att sminka sig och styla håret, eftersom hon inte orkade. Att styla håret och sminka sig var inte viktigt för någon av deltagarna. En uttryckte att hon bara sminkade sig och fixade håret lite vardagligt och bara fick till frisören ibland.

En deltagare beskrev såhär:

*”Det är bland det viktigaste för mig. Det är det första man gör är att ta en dusch på morgonen och ta på sig nytvättade kläder. Och sen duscha när man kommer hem också”.*

#### **5.3.2 Måltider**

En av deltagarna beskrev att hon endast åt frukost när hon hade aptit och inte var stressad, vilket bara var ibland. Lunch åt hon inte alls. Till mellanmål blev det vatten och kanske en

frukt. På kvällen blev det oftast en kopp te och ibland något att äta till. De andra tre deltagarna åt alla vardagar förutom onsdagar gemensam frukost, lunch och fika på behandlingsenheten. En utav deltagarna hade inga fasta måltider under den tid hon inte var på behandling. Hon kunde ibland ägna hela dagar, kvällar och nätter åt att äta. En annan deltagare åt en gång på kvällen efter behandling. Ibland gick hon ut och fikade med någon vän.

*”Sjukdomen tar så pass mycket tid att till exempel om jag råkar äta någonting. Man mår jätte dåligt och man orkar inte göra någonting”.*

*”Just nu ser jag inte mat som en positiv grej. Nu är ju mat bara som penicillin. Det ska ner. Ingenting som smakar, ingenting som är gott. Man är aldrig sugen, man är aldrig hungrig. Du stoppar i dig det för du ska”.*

#### **5.4 Hushållsarbete**

En av deltagarna nämnde att hon utförde hushållssysslor mest på helgerna då hon kände att hon hade lite mer tid över. Diska och bädda gjorde hon dagligen. En annan deltagare dammsög varje morgon på grund av att hon hade hund och då tyckte det behövdes. Hon tvättade också oftast varje dag. Hon förberedde även kvällsmaten på morgonen och lagade sedan maten när hon kom hem på eftermiddagen. Ibland lagade deltagaren två olika maträtter. En maträtt till sambon och sonen och en annan till sig själv, om maten som lagades till familjemedlemmarna var fet mat.

Av det som framkom i intervjuerna var det bara en utav deltagarna som lagade mat dagligen.

#### **5.5 Sömn**

Alla fyra deltagarna nämnde att de hade sömnsvårigheter och oregelbunden sömn. Detta ledde i vissa fall till att deltagarna var uppe på nätterna och utförde då aktiviteter såsom att hetsäta, plugga eller ta hand om sitt barn. En av deltagarna upplevde att nätterna var ”hennes tid”. En annan deltagare uttryckte att hon blev trött och hade svårt för att koncentrera sig på dagarna då hon inte fått tillräckligt med sömn. Två av deltagarna la sig oftast kring klockan 22, medan de andra två inte hade några direkt bestämda tider när de gick och lade sig. De sov ibland inte alls. Ingen utav deltagarna sov under dagen.

Något som var gemensamt för tre av deltagarna var att de oftast steg upp väldigt tidigt på morgonen.

En beskrev sin sömn såhär:

*”I och med att jag har sömnproblem så sover jag inte alls mycket. Så det blir kanske, just nu blir det kanske, max 4-5 timmars sömn”.*

En annan beskrev såhär:

*”Det är inte heller så regelbundet, jag kan vara uppe i två dygn, och sen kan jag sova lite”.*

## 6. Diskussion

### 6.1. Metoddiskussion

För att uppnå syftet var det tänkt att åtta personer skulle intervjuas. Det blev endast fyra personer som valde att delta. En bidragande orsak till att få personer valde att delta i studien tror vi kan vara att personer som är under behandling för en ätstörningsdiagnos ofta mår psykiskt dåligt. Levander, Adler, Gefvert och Tuninger (2006) beskriver att personer med ätstörning ofta mår psykiskt dåligt och att de har svårt för sociala kontakter. En annan orsak var att det inte fanns möjlighet att dela ut fler förfrågningar till andra ätstörningsenheter på grund av att begränsad tid fanns till förfogande för studien. Att det var få deltagare i studien tror vi har påverkat resultatet och dess generaliserbarhet. Om det hade varit åtta personer som hade deltagit, hade resultatet förmodligen sett annorlunda ut. Enligt Höijer (1990) kan ett lågt antal intervjupersoner påverka trovärdigheten i en studie negativt.

Kvalitativ metod valdes då vi tyckte det var relevant för syftet med studien, att fånga den subjektiva upplevelsen hos personer. Intervju som datainsamlingsmetod tyckte vi var ett bra sätt att få svar på vårt syfte med studien.

Semistrukturerad intervju med intervjuguide valdes då vi var oerfarna som intervjuare och detta bedömdes som mer genomförbart än andra typer av mer ostrukturerade intervjuer. Intervjuguiden underlättade intervjun då det redan fanns färdigformulerade intervjufrågor.

Provintervjuer ansågs nödvändigt att göra inför en intervjuundersökning med delvis egenformulerade frågor, eftersom eventuella begränsningar i intervjufrågorna då kunde upptäckas. Om fler följdfrågor till intervjupersonerna hade gjorts under intervjuerna så hade troligen en mer omfattande analys kunnat genomföras och tydligare svar på studiens syfte hade kanske då erhållits. Hade fler provintervjuer gjorts hade en större vana av intervjuer fåtts och vi hade då kanske kunnat styra samtalet under intervju så att en tydligare fokus på ämnet hade bibehållits under intervjuerna än vad som var fallet. Vid analysen erfors att mycket överflödigt information hade erhållits under intervjuerna. Det bedömdes som en fördel att ha tillgång till en mellanhand eftersom kontakten med intervjupersoner underlättades och eftersom hon oftast fanns tillgänglig. Det bidrog även till en känsla av trygghet under och efter intervjuerna.

Vid intervjuerna medverkade båda författarna och detta ledde till att två infallsvinklar vid tolkning av intervju svar fanns. Enligt Kvale (1997) ger detta med två intervjuare en ökad objektivitet, vilket påverkar studiens trovärdighet.

Intervjuerna spelades in på band och inga anteckningar gjordes under intervjun. Då vi inte använde oss av anteckningar tyckte vi att samtalet blev mer avslappnat och att det var lättare att koncentrera sig på intervjupersonen än om också anteckningar hade gjorts under tiden. Detta bekräftas av Malterud (2009) som också menar att samtalet och kontakten med intervjupersonen blir bättre, då det inte görs några anteckningar. Andra fördelar med bandinspelningen var att det fanns möjlighet att lyssna igenom inspelningen flera gånger efteråt. Något vi lärde oss efter vår första intervju var att tänka på att alltid ställa bandspelaren nära intervjupersonen. Detta för att man tydligt ska höra vad som sägs, vilket är viktigt då transkriberingen ska ske ordagrant enligt Malterud (2009).

Deltagarna fick möjligheten att själva välja plats för intervju och valde att intervjun skulle ske på deras behandlingsenhet. Vi tyckte det var en bra plats att utföra intervjun på. Det var en lugn och avslappnad miljö men även en plats där deltagarna kände sig trygga. Det kan vara en fördel eftersom det enligt Depoy och Gitlin, (1994) är betydelsefullt för att intervjupersonen ska känna sig så bekväm som möjligt.

Efter varje utförd intervju transkriberades texten ordagrant. Transkriberingen underlättade arbetet då man fick en översikt av vad som sagts i intervjun. Med hjälp av transkribering

kunde också deltagarna citeras, vilket också ökar studiens trovärdighet. Vi valde ungefär lika många citat från alla deltagare i resultatet. Detta är viktigt för en god transferabilitet enligt Graneheim och Lundman (2004).

## 6.2. Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka hur vardagliga aktiviteter ser ut hos personer med ätstörning. Resultatet visar att deltagarna inte hade en jämn fördelning mellan aktiviteterna arbete, fritid, vila och sömn, vilket tyder på att de inte har en balans mellan olika typer av aktiviteter. Enligt Wilcock (2006) har man en aktivitetsobalans då man upplever att man inte har en god balans mellan ovanstående nämnda aktivitetskategorier. De flesta deltagarna hade få sociala fritidsaktiviteter men hade ett stort engagemang i fysiska aktiviteter. Alla deltagare hade problem med att sova. Denna aktivitetsobalans tror vi är en konsekvens av deras sjukdom.

I resultatet framkom att tre av deltagarna inte var tillfredsställda med sina vardagliga aktiviteter. Det kunde bland annat bero på att viktiga delar i deras vardag försvann då fokus lades på mat och ätande eller på att de inte var nöjda med sig själva. Anledningen till att deltagarna inte utförde många meningsfulla aktiviteter i sin vardag kan bero på deras psykiska och fysiska ohälsa. För att personerna inte ska bli sämre i sin sjukdom är det viktigt att stödja dem i att utföra meningsfulla aktiviteter. Detta eftersom Townsend och Polatajko (2007) och Kielhofner (2008) menar att meningsfulla och betydelsefulla aktiviteter bidrar till upplevelse av hälsa och välbefinnande.

Det framkom även att träning och motion var något som i alla fall två av deltagarna spenderade mycket tid på. Enligt Martin (2000) är det vanligt att personer med ätstörning lägger mycket tid på träning, eftersom det ger en känsla av tillfredsställelse och kontroll över sin vikt. Detta är en trolig förklaring till att träningsaktiviteter var så betydelsefulla för deltagarna. Detta kanske också ledde till att de fick mindre tid till andra betydelsefulla aktiviteter.

Flera av deltagarna hade hund och spenderade tid med sin hund regelbundet. Hunden tror vi ibland kunde användas som en undanflykt för att komma ut och motionera. Men också för att

de mådde bra när de umgicks med hunden och detta kan ha haft en positiv inverkan i deras sociala liv. Genom hunden kan det bli lättare att skapa nya kontakter genom till exempel att träffa andra hundägare. Enligt Uvnäs-Moberg (2000) hjälper även djur till att fylla behovet av kontakt och beröring och kan bidra till att känslan av ensamhet minskar. Då två deltagare hade en tendens till att isolera sig tror vi att hunden fick dem att må bättre och känna sig mindre ensamma. Husdjur kan för många upplevas som en trygghet och en känsla att man är behövd (Norling, 1990). Enligt Norling (1990) finns det dessutom anledning till att stiga upp på morgonen men även att gå ut och motionera.

Resultatet tyder på att deltagarna inte var ”fixerade” vid sin hygien och egenvård. Detta stämmer inte med Gardiner och Browns (2010) studie där det påpekas att ”fixering” vid personlig vård hos personer med ätstörning är mycket vanligt. Resultatet tror vi kan bero på det låga deltagarantalet.

I resultatet framgick att matlagning inte var något som deltagarna lade mycket tid på. Oftast lagade de bara någon lättare måltid. Detta tror vi beror på en rädsla för att gå upp i vikt.

Samtliga deltagare i studien tyckte att det var påfrestande att äta tillsammans med andra och undvek därför att göra detta. Mat är något som spelar stor roll i våra sociala liv och i etablerandet av relationer. Det ger oss inte bara energi och näring utan har dessutom en kulturell och social betydelse (Clinton & Norring, 2002). Personer med ätstörning har enligt Levander, Adler, Gefvert och Tuninger (2006) svårigheter i att hantera sociala sammanhang. Detta bekräftas också i resultatet i denna studie, då deltagarna gärna drog sig undan sociala aktiviteter. Detta tror vi på lång sikt kan leda till isolering.

Alla deltagare upplevde att de hade sömnsvärigheter. Enligt Lavery (1997) och Wiklund (2003) kan brist på sömn ge både fysiska och psykiska symtom och det kan ha en stor inverkan på individens livskvalitet. Kanske kan intervjupersonernas sömnsvärigheter vara en orsak till att vissa av dem hade koncentrationssvärigheter, var nedstämda och/eller kände orkeslöshet.

En deltagare uttryckte att hon tränade för mycket och en uttryckte att hon upplevde att hon inte hade någon struktur i sin vardag. Det kan bero på att tankarna och handlingarna kring



mat upptog mycket av hennes tid, vilket bland annat kunde leda till att hon t.ex. inte träffade andra människor så mycket som hon egentligen ville. En annan deltagare arbetade vid sidan om studierna och upplevde därmed att hon hade för många aktiviteter i sin vardag. Dessa upplevelser hos deltagarna anser vi kan bidra till aktivitetsobalans.

I viljesystemet i MOHO ser man till individens förmågor, värderingar och intressen (Kielhofner, 2008). I resultatet fann vi att fysiska aktiviteter var av intresse och var något som de flesta deltagare värderade högt. Sociala aktiviteter var också något som värdesattes högt men som de hade få av. Även i Gardiner och Browns (2010) studie, kom man fram till att personer med ätstörning ofta har få sociala fritidsaktiviteter och ett stort engagemang i fysiska aktiviteter.

Gardiner & Brown (2010) beskriver även att det är vanligt att personer med ätstörning lägger mycket tid på aktiviteter som är kopplade till deras utseende och vikt, vilket delvis stämmer överens med våra deltagares beskrivning av sin vardag. Deltagarna var mycket fokuserade på sina kroppar och hur de såg ut och deras vardag kretsade ofta kring tankar om mat. Däremot lade inte deltagarna ned mycket tid på personlig vård.

De flesta av deltagarna upplevde inte behandlingen som betydelsefull. Detta kan bero på att innan de blev sjuka hade de haft ett arbete. De var vana att arbeta och detta var en viktig roll i deras liv. När de började behandlingen fick de en ny roll, som patient, och de behövde hitta nya aktiviteter som var betydelsefulla. Denna omställning kan ha varit svår för dem och bidrog kanske till att de inte kände att behandlingen var meningsfull för dem.

Deltagarna nämnde att de inte alltid klarade av att göra det de ville eller behövde göra. Detta kunde bland annat bero på att de var okoncentrerade, trötta eller att fokus lades på träning och hetsätning. Att deltagarna hade svårt för att utföra meningsfulla aktiviteter tror vi kan vara en följd av deltagarnas sömnsvärigheter och andra konsekvenser som sjukdomen ger. Enligt Gardiner & Brown, (2010) kan svält vara en bidragande orsak till att kognitiva funktioner försvagas, men även dålig sömn kan leda till svårigheter i att engagera sig i och utföra sina dagliga aktiviteter menar Christiansen & Baum, (2005).

Arbetsterapeutens kunskap kan vara betydelsefull vid arbetet med personer med ätstörning. I resultatet i denna studie framgick att personerna hade svårigheter att engagera sig i sociala aktiviteter, att utföra tillräckligt mycket meningsfulla aktiviteter och att ha en strukturerad vardag. Deras beskrivningar av dagliga aktiviteter och betydelsen av aktiviteterna kan bedömas som att de hade dålig självkänsla och upplevde sig ha aktivitetsobalans i vardagen. Aktiviteter som arbetsterapeuten skulle kunna använda för att hjälpa personer med ätstörning att uppnå aktivitetsbalans är enligt Giles (1985) att göra inköp, att skriva matdagbok, att laga mat, att göra olika hantverk och andra skapande aktiviteter med inriktning på bild. Utförandet av sådana aktiviteter kanske också bidrar till en bättre självkänsla. Kielhofner (2008) menar att människan är i behov av kreativa aktiviteter då det även bidrar till upplevelsen av tillfredsställelse.

Deltagarna hade svårigheter att utöva och engagera sig i meningsfulla aktiviteter. Enligt Giles och Allen (1986) är det viktigt att arbetsterapeuten i samråd med patienten bestämmer vilka aktiviteter som skulle kunna vara till hjälp för en förändring. Townsend och Polatajko (2007) och Kielhofner (2008) menar att genom engagemang i meningsfulla och betydelsefulla aktiviteter kan ökad upplevelse av hälsa och välbefinnande erhållas.

### **6.3. Konklusion**

I studien framkom att flertalet deltagarna inte var särskilt tillfredställda med sina dagliga aktiviteter och upplevde att de inte hade någon struktur i sin vardag. De sociala aktiviteterna var mest betydelsefulla samtidigt svåra att genomföra. Sömnsvårigheter var också något deltagarna hade gemensamt. Arbetsterapeutiska interventioner tror vi kan vara värdefulla för denna målgrupp. Arbetsterapeuten kan i sin behandling använda sig av kreativa uttryck eller aktiviteter som dans, bild och musik, vilket hjälper individen att lättare kunna bearbeta och uttrycka sina känslor. De arbetsterapeutiska interventionerna syftar till att individen ska kunna skapa en balans mellan vila och aktivitet och genom detta bibehålla eller förbättra sin hälsa. Genom att stödja personerna i att bygga en god struktur i deras vardag kan en aktivitetsbalans uppnås.

## Referenser:

American Psychiatric Association. (2002). *Mini-D IV – Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV –TR*. Kristianstad: Pilgrim Press.

Anorexi/bulimi kontakt. (2004). *En närståendes handbok – En praktisk handbok för närstående till personer med ätstörningar*. Stockholm: Riksföreningen.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Blesedell Crepeau, E., Cohn, E., & Boyt Schell, B. (2003). *Willard and Spackmans Occupational Therapy*. (10ed). Philadelphia: Lippincott.

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

Christiansen, C., & Baum, C. (2005). *Occupational Therapy: Performance, participation and well-being*. Slack incorporated: Thorofare.

Clinton, D., & Norring, C. (2002). *Ätstörningar*. Stockholm: Natur och Kultur.

Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri (7:e rev utgåvan)*. Stockholm: Natur och Kultur.

Erlandsson, L-K. (2003). *101 women's patterns of daily occupations : characteristics and relationships to health and well-being*. Lund: Grahns tryckeri.

Denscombe, M. (2000). *Forskningshandboken – från småskaliga projekt inomsamhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

DePoy, E., & Gitlin, L. (1999). *Forskning- en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Gardiner, C. & Brown, N. (2010). Is there a role for occupational therapy within a specialist child and adolescent mental health eating disorder service? *British Journal of Occupational Therapy*, 73 (1), 38-43.

Giles, G.M. (1985). Anorexia nervosa and bulimia: An activity-oriented approach. *American Journal of Occupational Therapy*, 39(8), 510-517.

Giles, G.M., & Allen, G.M. (1986). Occupational Therapy in the rehabilitation of the

patient with anorexia nervosa. *Occupational Therapy in Mental Health*, 6(1), 47-66.

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.

Hinojosa, J., Kramer, P., Royeen, C. H., & Luebben, A. J. (2003). Core Concept of Occupation. In Kramer, P., Hinojosa, J., Royeen, C. H. *Perspectives in Human Occupation. Participation in Life*. (pp. 1 -17). Lippincott: Williams & Wilkins.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) (1998). *Yrkets etiska kod*. Nacka: FSA.

Henriksson, C. & Haglund, L. (2005). *Occupational circumstance assessment interview and rating scale : OCAIRS-S svensk version 4.0, manual*. Hälsouniversitetet, Avd. för arbetsterapi: Linköping. (In Swedish). Translation from Kaplan, K.L. & Kielhofner, G. (1998). *Occupational case analysis interview and rating scale*. Slack, Thorofare, NJ.

Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. (2009). *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

Håkansson, C., Lissner, L., Björkelund, C., & Sonn. (2009). Engagement in patterns of daily occupations and perceived health among women of working age. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16. 110-117.

Höijer, B. (1990). *Reliability, Validity, Generalizability. Three Questions for Qualitative Reception Research*. Nordicom Review. Nr 1 2009, s 15-20.

Keilen, M., Treasure, T., Schmidt, U., & Treasure, J. (1994). Quality of life measurements in eating disorders, angina, and transplant candidates: are they comparable? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 87, 441-444.

Kielhofner, G. (2008). *A model of human occupation: theory and application* (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice*. F.A. Davis: Philadelphia.

Kloczko, E. & Ikiugu, M. (2006). The Role of Occupational Therapy in the Treatment of Adolescents with Eating disorders as Perceived by Mental Health Therapists. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2006; 22(1).

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

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

Kyriacou, O & Easter, A & Tchanturia, K. (2009) Comparing views of patients, parents, and clinicians on emotions in anorexia: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 14, 843-854.

Lavery, S. (1997). *Sönnen- en helande kraft*. Singapore: Wahlström & Widstrand.

Levander, S., Adler, H., Gefvert, O. & Tuninger, E. (2006). *Psykiatri. En orienterande översikt*. Lund: Studentlitteratur.

Lindh, A-K. (2009). *Spegelproblemet: En kommenterad bibliografi över ätstörningar i litteraturen*. BTJ: Lund.

Lundman, B. & Granheim, U.H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ur Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (pp.159-172). Lund: Studentlitteratur.

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

Martin, J.E. (2000). *Eating disorders, food and occupational therapy*. Great Britain: Atheneum Press Ltd, Gateshead, Tyne & Wear.

Maxwell, J.A. (1992). *Understanding and validity in qualitative research*. Harvard Educational Review, 62(3), 279-299.

Norling, I. (2002). *Djur i vården*. Göteborgs universitet, Svenska kommunalarbetsförbundet.

Norling, I. (1990). *Hundens betydelse*. Göteborgs universitet, Svenska kennelklubben.

- Olsson, H., Sörensen, S. (2007). *Forsknings-processen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Ottosson, J-O. (2009). *Psyk*. Stockholm: Liber.
- Ottosson, H. & Ottosson, JO. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.
- Porsman, C. (2005). *Bli vän med kroppen och maten – en bok om ätstörningar*. Köping: Fitnessförlaget AB.
- Risteen Hasselkus, B. (2002). *The Meaning of Everyday Occupation*. Slack incorporated: Thorofare.
- Skåderud, F (2007) Shame and Pride in Anorexia Nervosa: A Qualitative Descriptive Study. *European Eating Disorders Review*, 15, 81–97.
- Socialstyrelsen. (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa .ICF*. Stockholm.
- Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse. (2005). *Ätstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Nr 8 Stockholm: Gothia AB.
- Topor, A. (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och kultur.
- Townsend, E. & Polatajko, H. (2007). *Enabling occupation II : advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Canadian Association of Occupational Therapists: Ottawa.
- Uvnäs-Moberg, K.( 2000). *Lugn och beröring – oxytocinets läkande verkan i kroppen*. Stockholm: Natur och kultur.
- Whalley Hammel. K. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Revue canadienne dérgothérapie*, 5 (70), 296-303.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wilcock, A. (2006). *An Occupational Perspective of Health*. Second edition; Thorofare, NJ: Slack.

Högdahl, L. (2010). Kunskapscentrum för ätstörningar. Hämtad 2010-10-05, från <http://www.atstorning.se/documents/Faktablad/Vad%20%C3%A4r%20bulimia%20nevrosa.pdf>

World Health Organization, (2003). WHO definition of health. Hämtad 2010-11-25 från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

World Health Organization, (1986). *Ottawa Charter for health promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 november 1986*. Hämtad 2010-11-25) från [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)

## Intervjuguide

1. Hur gammal är du?
2. Vilken typ av ätstörningsdiagnos har du?
3. Vilket yrke/ sysselsättning har du?
4. Har du några barn? I så fall hur många, hur gamla?
5. När började du din behandling? När är behandlingen planerad att vara klar?
6. Vad tycker du om att göra på din fritid (Eller när du är ledig)?
7. Har du några andra intressen?
8. Hur ofta utför du ...? Är du nöjd med den tid som du har möjlighet att använda till....?
9. Vad är din huvudsakliga sysselsättning? Hur upplever du den? Hur mycket upptar det av din tid?
10. Vilka är dina huvudsakliga ansvarsområden? (Ex: student, förälder, hemmafru). Hur trivs du med dessa roller?
11. Är du medlem i någon förening eller liknande? Hur viktig är den/de för dig?
12. Gör du någonting annat?
13. Beskriv en typisk veckodag? (Från det du stiger upp till att du går och lägger dig).  
(Hushållssysslor, matlagning, egenvård, arbete, fritid, vila, sömn).
14. Beskriv en typisk lördag/ söndag?
15. Är du en person som planerar i förväg eller tar du det mer som det kommer? Berätta mer.
16. Vad brukar du göra tillsammans med dina vänner och bekanta? Hur ofta brukar du träffa dem?



17. Upplever du att du har tid att göra det du tycker om och vill göra?
18. Är du tillfredsställd med det du gör i din vardag? (Ex. studier, arbete, hushåll, det sociala).
19. Vilka aktiviteter värdesätter du mest i din vardag? (Någon eller något som är mer betydelsefullt).
20. Klarar du av att göra de saker du vill eller behöver göra?
21. Hur bor du?
22. När det gäller aktiviteter som du skulle vilja delta i – finns det något som hindrar dig från att göra detta? (Ex ekonomi, transport, fysiska hinder).
23. Vem/ vilka spenderar du mest tid tillsammans med? (tillbringar du mycket tid ensam?)
24. Finns det några personer eller situationer i ditt liv som begränsar dig från att utföra aktiviteter som är meningsfulla?
25. Något mer som du vill tillägga som du tycker är viktigt för oss att ta del av?
26. Om det är något vi glömt eller har missat kan vi ta kontakt med dig via telefon med dessa frågor?



## INFORMATIONSBREV

2010-10-27

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

### Till ansvarig chef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”Hur ser aktivitetsmönstret ut hos kvinnor med ätstörning?”.

Anledningen till att vi valde att skriva om aktivitetsmönster hos kvinnor med ätstörning är för att det inte finns mycket skrivet kring detta ämne och som blivande arbetsterapeuter tycker vi det är intressant att studera aktivitetsmönster hos kvinnor med ätstörning.

Urvalskriterierna till studien är att det ska vara kvinnor, med ätstörningsdiagnos, de ska vara under behandling i öppenvård och vi behöver ca 8 st. deltagare. Vi kommer att använda oss av en kvalitativ ansats. Datasamlingen kommer att ske genom en semistrukturerad intervju. Intervjun kommer att ta ca 30-60 min och sker tillsammans med båda eller med en av oss. Frågorna kommer handla om personens aktivitetssituation och deltagande av aktiviteter i det dagliga livet. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att deltagaren själv föreslår plats. Deltagandet kommer att vara helt frivilligt och det kan avbrytas när som helst utan att de behöver ange någon orsak eller med några konsekvenser för deras behandling/kontakt med Diana Andersson.

Vi kommer att be intervjupersonen om tillåtelse att få spela in intervjun på band. Vi kommer att förvara inspelningen inlåst, vilket gör att ingen obehörig kan ta del av det. Insamlad data kommer att redovisas anonymt och kommer inte kunna kopplas till personerna. Vi kommer att bearbeta materialet med kvalitativ innehållsanalys. Efter att vi avslutat arbetet kommer intervjumaterialet att förstöras.

Vi anhåller om att få hjälp av Diana Andersson för att välja ut undersökningsspersoner enligt ovan angivna urvalskriterier. En skriftlig förfrågan till den som hjälper oss att få kontakt med undersökningsspersoner bifogas detta brev.

Studien ingår som ett examensarbete i Arbetsterapeutprogrammet.

Vid etikseminariet har vi fått godkännande för vår studie enligt vetenskapliga etiknämnden (VEN).

Den bifogade blanketten för Ditt medgivande ber vi Dig fylla i och lämna till Diana Andersson.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare!

Med vänliga hälsningar

Pernilla & Arzije

Bilagor

**1. Samtyckesblankett**

**2. Projektplan**

## Blankett för medgivande av ansvarig chef

”Hur ser aktivitetsmönstret ut hos kvinnor med ätstörning”

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namn



## INFORMATIONSBREV

2010-10-27

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

### Mellanhand

”Hur ser aktivitetsmönstret ut hos kvinnor med ätstörning?”

Du tillfrågas om hjälp att få kontakt med patienter för deltagande i ovanstående studie.

Vi är två studenter, Pernilla och Arzije som läser arbetsterapeututbildningen vid Lunds Universitet. Under hösten 2010 skriver vår kandidatuppsats. Syftet med vår studie är att undersöka hur aktivitetsmönstret kan se ut hos kvinnor med ätstörning.

Anledningen till att vi valde att skriva om aktivitetsmönster hos kvinnor med ätstörning är för att det inte finns mycket skrivet kring detta ämne. Som blivande arbetsterapeuter tycker vi det är intressant att studera aktivitetsmönster och hur kvinnor med ätstörning upplever sitt aktivitetsmönster.

Urvalskriterierna till studien är att det ska vara kvinnor, med ätstörningsdiagnos, de ska vara under behandling i öppenvård och det ska vara ca 8 st. deltagare. Vi kommer att ha en kvalitativ ansats. Datainsamlingen kommer att ske genom en semistrukturerad intervju. Intervjun kommer att ta ca 30-60 min och sker tillsammans med båda eller med en av oss. Frågorna kommer att handla om personens aktivitetssituation och deltagande i det dagliga livet. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att deltagaren själv föreslår plats. Deltagandet kommer att vara helt frivilligt och det kan avbrytas när som helst utan att de behöver ange någon orsak eller med några konsekvenser för deras behandling/kontakt med Dig.

Vi anhåller om hjälp av Dig att välja ut patienter enligt våra ovan angivna urvalskriterier.

Vi behöver Din hjälp till att skicka ett brev till dem Du valt ut med information om studien samt en förfrågan om de vill delta i studien. I brevet bifogas en svarstalong och ett svarskuvert adresserat till Lunds universitet. I brevet till intervjupersonen har vi skrivit att de har möjlighet att antingen ge breven till Dig eller skicka det direkt till Lunds universitet. Om svarskuverten returnerats till Dig ber vi att Du prickar av dem som accepterat att delta i studien och därefter kastar kuvertet. Detta för att garantera undersökningspersonernas anonymitet och för att vi inte skall skicka ut en eventuell påminnelse till dem som redan har svarat.

Vi kommer att be intervjupersonen om tillåtelse att få spela in intervjun på band. Vi kommer att förvara inspelningen inlåst, vilket gör att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att vi avslutat arbetet kommer materialet att förstöras. Vi kommer att informera dem om att deltagandet är helt frivilligt och att intervjupersonerna kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak. Resultatet av studien kommer att redovisas så att ingen kan identifieras.

Vid etikseminariet har vi fått godkännande för vår studie enligt vetenskapliga etiknämnden (VEN).

Om Du har några frågor eller vill veta mer kontakta gärna oss, eller vår handledare!

Med vänliga hälsningar

Pernilla & Arzije



INFORMATIONSBREV

2010-10-27

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

”Hur ser aktivitetsmönstret ut hos kvinnor med ätstörning?”

Hej!

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie.

Vi är två studenter, Pernilla och Arzije som läser arbetsterapeututbildningen vid Lunds Universitet. Under hösten 2010 skriver vi vår kandidatuppsats.

Syftet med vår studie är att undersöka hur aktivitetsmönstret kan se ut hos kvinnor med ätstörning. Med hjälp av Ditt deltagande skulle vi kunna ta del av hur Du ser på de aktiviteter som Du utför i vardagen samt vilken betydelse dessa har för Dig.

Vi kommer att göra intervjuer som beräknas ta ca 30-60 min. Vi kan erbjuda och ordna en plats där vi gör intervjun, alternativt, kan Du föreslå plats som Du tycker är bra. Frågorna kommer handla om Din aktivitetssituation och ditt deltagande av aktiviteter i Ditt dagliga liv.

Med Din tillåtelse vill vi spela in intervjun på band. Vi kommer att förvara inspelningen inlåst, vilket gör att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att vi avslutat arbetet kommer materialet att förstöras.

Deltagandet är helt frivilligt och det kan avbrytas när som helst utan att Du behöver ange någon orsak eller, att det får några konsekvenser för Din behandling/kontakt med Diana Andersson. Resultatet av studien kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras av andra. När studien är färdig kommer den att vara tillgänglig på en uppsatsdatabas.

Om Du har ett intresse av att medverka i denna studie ber vi Dig underteckna talongen och ge tillbaka den till Diana Andersson eller skicka den via post i bifogat svarskuvert inom 1 vecka.

Studien ingår som ett examensarbete i arbetsterapeutprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer kontakta gärna oss!

Med vänliga hälsningar

Pernilla & Arzije

## Samtyckes blankett

Jag har tagit del av informationen om ” Hur ser aktivitetsmönstret ut hos kvinnor med ätstörning?”

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min behandling.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

*Underskrift av undersökningsperson*

*Underskrift av student*

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer