



Socionomprogrammet 210hp

Högskolestudenters psykiska hälsa

Kartläggning av självskadebeteende

Karolin Ahrens och Sara Engman

SA3400 15hp.
Högskolan i Kalmar
Höstterminen 2007

Examinator: Ulf Drugge
Humanvetenskapliga institutionen

*Jansjöholm
07/12/07*

KALMAR UNIVERSITY

Institution for Human science

The Bachelor of Science in Social Work
Title: Mental Health in a Swedish University population
(Prevalence and characteristics of deliberate self-harm)
Authors: Karolin Ahrens and Sara Engman
Tutor: Lena Widding Hedin

Abstract

Background: The purpose of the present study was to investigate the prevalence and characteristics of deliberate self-harm in a Swedish University population.

Method: A random sample of first year students at University of Kalmar was invited to participate in an Internet-based survey in the autumn of 2007. A total of 139 (53,1 %) completed the anonymous survey.

Results: The results showed that 25,2 % (n=35) of the students reported having engaged in some kind of deliberate self-harm at least once, and deliberate self-harm was endorsed by 7,9 % within the past year. The most frequently procedures to self-harm were to tear, carve or pinch self, cutting skin and hitting self on purpose. 37,1 % reported that they had told no one about their self-injurious behaviors and 36,4 % significantly reported that they had no one they trusted and who they could talk to if they were concerned about something. Students with self-injurious behavior were also more likely to report a history of emotional, sexual and/or physical abuse, alcohol and drug use, cut classes and questioning their sexual orientation.

Conclusions: Findings suggest that self-harm is associated with risk factors and that self-injury is not only associated with adolescence but also with adulthood. It is therefore important to continue studies in both populations.

Key words: Adolescents; College population; Deliberate self-harm; Self-injurious behavior; Self-mutilation; Risk factors;

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord

1 INTRODUKTION	1
1.1 INLEDNING	1
1.1.1 Vår bakgrund.....	1
1.2 PROBLEMFÖRMULERING.....	2
1.3 SYFTE.....	3
1.3.1 Frågeställningar.....	3
1.3.2 Avgränsningar	4
1.4 DISPOSITION.....	4
1.5 METOD.....	4
1.5.1 Kvantitativ metod.....	4
1.5.2 Empiriskt material.....	5
1.5.3 Motivering av enkätfrågor.....	6
1.5.3.1 Inledande del.....	6
1.5.3.2 Självskadedel	7
1.5.4 Ansats	8
1.5.5 Urval.....	9
1.5.5.1 Tillgång till fältet	10
1.5.5.2 Bortfallsanalys	10
1.5.6 Validitet och reliabilitet.....	12
1.6 ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	13
1.6.1 Övriga etiska överväganden.....	14
1.7 DATABASER OCH SÖKORD.....	14
1.8 KÄLLKRITIK	15
2 TIDIGARE FORSKNING OCH TEORI.....	15
2.1 TIDIGARE FORSKNING	15
2.1.1 Definition av självskadebeteende.....	15
2.1.2 Förekomst av självskadebeteende och dess karaktär	17
2.1.3 Riskfaktorer	18
2.1.4 Skillnader mellan killar och tjejer	20
2.2 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	20
2.2.1. Steven Levenkron och anknytningsteori.....	20
2.2.2 Aaron Antonovsky och känslan av sammanhang (KASAM)	22
3 RESULTAT	24
3.1 URVALSANALYS.....	24
3.2 FÖREKOMST AV SJÄLVSKADEBETEENDE OCH DESS KARAKTÄR	25
3.3 KOPPLING TILL RISKFAKTORER	28

4 ANALYS	31
4.1 FÖREKOMST AV SJÄLVSKADEBETEENDE OCH DESS KARAKTÄR	31
4.2 KOPPLING TILL RISKFAKTORER	35
4.3 SKILLNADER MELLAN TJEJER OCH KILLAR	38
4.4 AVSLUTANDE ANALYS	38
5 SAMMANFATTNING	39
6 AVSLUTANDE DISKUSSION.....	40
REFERENSLISTA	43
BILAGA 1 – INFORMATIONSBREV TILL BERÖRD SKOLPERSONAL	47
BILAGA 2 – INBJUDAN TILL UNDERSÖKNINGEN OCH PÅMINNELSE VIA MAIL	48
BILAGA 3 – INFORMATIONSBREV TILL STUDENTER OCH ENKÄT	49

Förord

Uppsatsskrivandet har varit en givande och lärorik process. När vi inledde vårt uppsatsskrivande hade vi fått en uppfattning om att självskadebeteende var ett laddat och delvis tabubelagt ämne. Trots detta eller kanske just därför tyckte vi att det var ett viktigt fenomen att belysa. Vi har under uppsatsskrivandet stött på mycket motstånd och turerna har varit många och vi har stundvis känt oss uppgivna, frustrerade, besvikna och trötta. Trots detta bestämde vi oss tidigt för att fullfölja arbetet och att inte byta ämne. Allteftersom svårigheterna hopade sig blev vi än mer fast beslutna att genomföra denna studie, desto mer svårigheter vi stötte på desto viktigare blev det. Vi har varit noga med att behålla vårt huvudsyfte även om vi varit tvungna att göra vissa nödvändiga förändringar för att kunna genomföra studien.

Inledningsvis var tanken att vända oss till gymnasieelever. En orsak till detta var att vi fick möjlighet att fånga upp fler än om vi exempelvis vänt oss till en yngre grupp. För att få tillgång till fältet tog vi kontakt med nyckelpersoner som skulle kunna underlätta samarbetet med skolorna. Då en av våra handledare under praktiken ingår i en grupp av gymnasiekuratorer som träffas regelbundet, fick vi möjlighet att därigenom presentera oss. Genom att gå via en kurator i gruppen tänkte vi att det kunde vara lättare att accepteras av övriga kuratorer och att vi inte behövde bevisa vår trovärdighet på samma sätt som om de inte hade känt till oss. Vid mötet med kuratorerna fick vi bara god respons och alla verkade villiga att se till att vi skulle få komma ut på deras respektive skolor. Efter en lång och utdragen mailkontakt visade det sig dock att rädslorna för ämnet var för stora och en efter en undanbad man en undersökning. Vi hade tagit kontakt med en professor i psykologi, som forskat i ämnet självskadebeteende bland 15-åringar, för att få råd om hur vi skulle kunna få tillgång till fältet. Trots att vi gått tillväga på nästintill samma sätt som de gjort fick vi inte tillgång till vårt först tänka urval och alternativet blev att vända oss till högskolestudenter. Det visade sig att detta urval var lättare att få tillgång till och vår studie kunde genomföras utan större förändringar.

Vi vill avslutningsvis i detta förord tacka Lena Widding Hedin och Therese Karlsson för alla råd, tips och uppmuntrande ord under vägens gång. Vi vill även tacka alla andra som givit av sin tid och stöttat oss i vårt uppsatsskrivande och gjort vår studie möjlig att genomföra. Sist men inte minst vill tacka konstnären, Jana Holmberg, som har givit vår uppsats ett ansikte.

1 Introduktion

1.1 Inledning

Forskningen kring självskadebeteende behövs för att synliggöra och uppmärksamma detta fenomen. Genom att synliggöra gruppen, självskadande, minskas risken för att de inte ska bli sedda samtidigt som möjligheten ökar till att professionella som arbetar med barn och ungdomar ser de signaler som de med ett självskadebeteende skickar ut och att man vågar fråga om det man ser. Litteratur inom detta område (Favazza 1996, Levenkron 2006) visar på att dessa ungdomar på ett eller annat sätt blivit svikna av någon eller några i sin omgivning och det är då viktigt att bryta det genom att se dem och inte blunda så att de blir svikna ännu en gång.

Favazza (1996) menar att självskadandet ofta blir en tillflyktsort bort från det som upplevs överväldigande, exempelvis depression, konflikter mellan den sjuka och friska personligheten, ångest och känslan av överklighet. I brist på verktyg och strategier för att hantera dessa känslor skadar man sig.

I vår undersökning ser vi självskadebeteende utifrån Favazzas (1996) definition, att medvetet skada sig själv genom att exempelvis skära, rispa, bränna sig, slå sig själv eller tillfoga sig själv annan kroppslig skada med olika typer av föremål utan suicidalt motiv.

I litteratur skriven av tjejer som haft eller har ett självskadebeteende (Åkerman, 2007 & Pålsson, 2005) beskrivs enorma rädslor för många olika saker och oftast delar de på sin personlighet, den friska och den sjuka. Allt eftersom tiden går och beteendet eskalerar tar sjukdomsbilden över och den friska delen försvinner allt mer bort. De beskriver också den ständigt pågående dialogen mellan dessa två delar av sig själv.

1.1.1 Vår bakgrund

Vi har erfarenhet av ämnet, självskadebeteende, då vi har kommit i kontakt med det både privat och professionellt. Som timanställda inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har vi sett att de som söker sig till BUP, och då främst tjejer, oftast har någon form av självskadebeteende. Även under vår praktik, under utbildningen, kom vi i kontakt med

självskadande tjejer i samtal. Vår kliniska erfarenhet samt att vi läst mycket litteratur säger oss att det är främst tjejer som skadar sig själva frivilligt och medvetet. De riskfaktorer vi har sett genom vår professionella erfarenhet är bl.a. skolk, osäkerhet kring sin sexualitet, att man utsätter sig själv för risker, både sexuellt och kroppsligt, och har en större konsumtion av alkohol och droger. Med vår undersökning ville vi se om det fanns en tydlig koppling mellan dessa riskfaktorer och ett självskadebeteende.

1.2 Problemformulering

Svenska ungdomars psykiska hälsa har enligt ett antal rapporter och undersökningar försämrats avsevärt de senaste decennierna. (Socialstyrelsens folkhälsorapport, 2005, SOU, 2006:77) Det vi kan se är att;

”Konsumtionen av barn- och ungdomspsykiatrisk vård samt av psykofarmaka har ökat markant, andelen skolbarn och ungdomar som anger psykiska och psykosomatiska symtom har ökat, och troligen har även antalet självmordsförsök ökat något.” (Socialstyrelsens folkhälsorapport, 2005:260)

Inom delar av psykologin och folkhälsoområdet tittar man på risk- och friskfaktorer, så kallade bestämningsfaktorer, för att utreda vad som skulle kunna påverka den psykiska hälsan. (SOU, 2006:77) Som exempel på riskfaktorer tas problematiska familjeförhållanden, att ha annan sexuell läggning än majoriteten och stressad skolsituation upp. I FoU:s rapport (Sundell, 2003:2) tas generella riskfaktorer upp såsom skolk, användning av tobak, konsumtion av alkohol och andra droger samt uppväxtvillkor. Även övergrepp/misshandel ses som riskfaktorer för psykisk ohälsa. (Samelius, 2007)

”Den underliggande föreställningen är att hälsoproblem uppkommer som resultat av kedjor av händelser. När en bestämningsfaktor analyseras fäster man ingen vikt vid hur denna händelsekedja ser ut. Istället blir det centrala att statistiskt säkerställa ett samband mellan en given bestämningsfaktor och ett hälsoutfall... Kunskap om sådana samband kan ligga till grund både för att förklara en utveckling och för att utforma effektiva åtgärder, även när händelseförloppen delvis är okända.” (SOU, 2006:77:37–38)

Professionella som arbetar med barn och ungdomar har också uppfattningen av att självskadabeteende bland ungdomar senaste tiden generellt har ökat. (Socialstyrelsens rapport, 2004a) Enligt Socialstyrelsens rapport (2004a) kan man dock bara visa på en ökning av självskadandet bland de rapporterade fallen inom slutenvården. BRIS-rapporten (2007) visar också att samtal och mail kring psykisk ohälsa ökat med 20 % senaste året, främst handlar det då om en ökning av tankar och funderingar kring självskadabeteende.

Det har gjorts många internationella studier kring fenomenet självskadabeteende och hur vanligt förekommande det är. (Whitlock et al., 2006, Ystgaard et al., 2003, Lloyd-Richardson et al., 2007) Forskningen kring självskadabeteende i Sverige är begränsad. Undersökningar från Sverige beskriver främst de individer som sökt sig till hälso- sjukvården, skolhälsovård, ungdomsmottagningar mm. (Socialstyrelsens rapport, 2004a) Då internationella studier (Whitlock et al., 2006, Ystgaard et al., 2003, Lloyd-Richardson et al., 2007) har visat att endast en liten andel av ungdomar med självskadabeteende uppsöker hälso- och sjukvård, kan man misstänka att det finns ett stort mörkertal om man bara tittar på rapporterade fall. I Sverige har endast ett par prevalens studier av självskadabeteende genomförts (Bjärehed & Lundh, 2008, Lundh, Karim & Quilisch, 2007).

1.3 Syfte

Vårt syfte med studien har varit att göra en kartläggning av självskadabeteende bland studenterna på Kalmar högskola och se om det är relaterat till olika generella riskfaktorer.

1.3.1 Frågeställningar

- Hur vanligt förekommande är självskadandet?
- På vilket sätt skadar man sig själv?
- Vid vilken ålder börjar det?
- Finns det några skillnader mellan tjejer och killar?
- Finns det ett samband mellan självskadabeteende och kända generella riskfaktorer såsom hög konsumtion av alkohol, droganvändning, skolk, övergrepp, problematisk familjesituation etc.?

1.3.2 Avgränsningar

I vår undersökning valde vi att inte inkludera självskadebeteende i syfte att begå suicid. Många gånger skiljer man dock inte tydligt mellan självskadebeteende och suicidförsök, vilket gjort att vi har studerat artiklar som berör båda. I litteraturen kring självskadebeteende (Favazza, 1996, Levenkron, 1998) angavs syftet med självskadandet vara en form för självmedicinering, för att må bättre, och *inte* att ta sitt liv.

1.4 Disposition

Ovan har vi gjort en introduktion av vårt uppsatsämne och fortsättningsvis i kapitel ett har vi beskrivit steg för steg hur vi gått tillväga metodmässigt samt vilka val vi gjort och varför. I kapitel två redogör vi för den tidigare forskning som finns kring ämnet självskadebeteende, som varit relevant för vår studie, samt teorierna KASAM och Anknytningsteorin. I kapitel tre och fyra redovisas vårt resultat och den analys vi gjort med hjälp av tidigare forskning och tidigare nämnda teorier, vilket följs av en sammanfattning i kapitel fem. Slutligen i kapitel 6 har vi en avslutande diskussion. I referenslistan finns de författare och forskare som vi refererat till i uppsatsen. Vi ger även tips på litteratur som är relevant för ämnet men som vi inte refererat till, källhänvisningar, och redogör även för vilka personliga kontakter vi tagit, som haft betydelse för uppsatsens fortgång.

1.5 Metod

”Ändamålsenligheten för speciella undersökningsaspekter och problemtyper styr valet av tillvägagångssätt. Strategiska beslut syftar till att ge forskaren den bästa möjliga utgångspunkten för att erhålla ett så bra forskningsresultat som möjligt.”
(Denscombe, 2000:9)

1.5.1 Kvantitativ metod

Vi valde att använda oss av kvantitativ metod, då vi ville undersöka prevalensen av självskadebeteende och om det var relaterat till olika kända generella riskfaktorer. Holme och Solvang (1997) har tidigare beskrivit att denna metod är lämplig att använda för att titta på samband mellan olika variabler, som exempelvis kön och hur man väljer att skada sig. Vi var också ute efter att kunna kvantifiera vårt resultat och få svar på frågor som vad, hur många och vilka. Vi strävade efter att göra vårt resultat mätbart för att kunna jämföra vårt resultat med tidigare forskning inom ämnet självskadebeteende. (Holme & Solvang, 1997)

Vi hade en avslutande öppen ruta i vår enkät där respondenten hade möjlighet att skriva ner tankar, funderingar och frågor till oss. Denna ruta såg vi från början inte som en del i enkäten, utan snarare sett utifrån ett etiskt perspektiv, att respondenten hade en möjlighet att komma i kontakt med oss. Det föll sig dock så att vissa respondenter använde den avslutande rutan till att förtydliga sina svar på ett sådant sätt att vi valde att använda dessa kvalitativa inslag för att förstärka vår analys. Orsaken till att vi inte tog upp de kvalitativa inslagen i resultatdelen var att vi där ville presentera enbart resultat för att underlätta för läsaren att se vad vi faktiskt fått fram. Vi ansåg att det var omöjligt att inte föra en diskussion och påbörja en analys kring citaten om de fanns med, och som Denscombe (2000) tar upp är det inte praxis att presentera citat utan kommentarer och därför tog vi bara upp dem i analysdelen. Där det förekom stavfel i citaten valde vi att justera detta utan att förändra innehållet.

1.5.2 Empiriskt material

Vi samlade in vårt empiriska material med hjälp av en webbaserad enkät, något som Denscombe (2000) menar är lämpligt då man vänder sig till ett stort antal respondenter. Som forskare är objektivitet eftersträvansvärt, subjektiva värderingar och tolkningar i studien och analys måste minimeras, något vi strävat efter genom hela uppsatsskrivandet. (Robson, 2002) Att hålla avståndet till informationskällan är något som kännetecknar kvantitativ metod. (Holme & Solvang 1997) Då vi gjorde en webbaserad enkätundersökning maximerade vi vår möjlighet att hålla avståndet till informationskällan. Ejlertsson (2005) beskriver att man kan minska riskerna för bias genom att noga förbereda inför undersökningen samt genom att omsorgsfullt utforma enkäten. Även Holme och Solvang (1997) belyser vikten av en noggrant utformad enkät för att vara säker på att den insamlade informationen svarar på den frågeställning man ställt upp. Risken finns annars att respondenten inte förstår frågan och därför inte svarar eller svarar på något annat än vad som var tänkt, internt bortfall (Ejlertsson, 2005).

När vi utformade våra enkätfrågor tittade vi på tidigare forskning, vilka frågor som använts och hur de ställts. Vi utgick från frågor som förekom i flera studier. (Lundh et al., 2007, Whitlock et al., 2006, Ystgaard et al., 2003) Enkäten omarbetades utifrån att vi upptäckte att frågor varit svåra att förstå, eller att svarsalternativen varit otydliga. När sista omarbetningen var klar skickade vi enkäten till två testgrupper för att minimera risken för oklarheter i enkäten. En grupp bestod av 20 personer i åldrarna 18-55 år, övervägande del kvinnor, med varierande bakgrund och den andra av 7 kvinnliga professionella som arbetade med barn och

ungdomar. Vi bad båda grupperna att titta på språket, om kopplingen mellan fråga och svarsalternativ var tydlig och hur lång tid det tog att besvara enkäten. Ejlertsson (2005:52) menar att ”Huvudregeln är att språket skall vara så enkelt som möjligt utan att för den skull bli utslätat eller naivt”. Dessutom pekar han på vikten av att inte kunna tolka frågorna och svaren på mer än ett sätt. Efter att vi testat enkäten gjordes inga förändringar då vi endast fick positiv respons; att den var tydlig och lätt att förstå. Tidsåtgången för att besvara enkäten beräknades till ca 5 minuter.

När enkäten var klar lades den ut som ett formulär på en hemsida som vi själva skapade för ändamålet. (Se bilaga 2) Via hemsidan skickades de ifyllda formulären anonymt till våra mailadresser. Det insamlade materialet bearbetade och analyserade vi sedan i statistikprogrammet *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 15.0). Till vår hjälp hade vi *Statistisk verktygslåda - samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder* av Djurfeldt, Larsson och Stjärnhagen (2003).

1.5.3 Motivering av enkätfrågor

Vi utformade våra enkätfrågor utifrån en kombination av validerade frågor från tidigare internationell och nationell forskning. Nedan beskrivs kortfattat tanken bakom frågorna. Frågorna skrivs inte ut i sin helhet utan vi hänvisar till bifogad enkät (se bilaga 3).

1.5.3.1 Inledande del

Den inledande delen i enkäten innehåller sociodemografiska frågor (fråga 1-21) som var tänkta att ringa in eventuella frisk- och riskfaktorer i förhållande till huruvida man skadar sig själv eller inte, utifrån den definition på självskadebeteende som vi valt att använda.

Frågor kring kön och sexuell läggning (fråga 1 och 20) inkluderades då tidigare forskning (Whitlock et al., 2006, Ystgaard et al., 2003) visat att kvinnor som är bisexuella eller osäkra på sin sexuella läggning kan vara en riskgrupp för självskadebeteende. Vidare har de även visat att de som har varit utsatta för någon form av psykiska, fysiska eller sexuella övergrepp också ses som en eventuell riskgrupp (fråga 21).

Tidigare forskning (Whitlock et al., 2006) har visat att frekvensen av självskadebeteende kan se olika ut beroende på vilken etnisk tillhörighet man har. Syftet med fråga 2 och 3 (etnicitet) var därför att se om det fanns några skillnader, och hur det i så fall såg ut.

Fråga 4-7 angående huruvida man har skilda/separerade föräldrar och hur relationen till föräldrarna ser ut har vi med då flera studier (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005, Ystgaard et al., 2003) har visat att det kan vara av betydelse. Skilsmässa och en dålig relation till föräldrarna kan vara en tydlig riskfaktor.

Fråga 8-9 (hur man upplever skolsituationen) motiveras av att en stressad skolsituation och låg trivsel kan ge upphov till en sämre psykisk hälsa. (Hawton et al., 2003, Socialstyrelsens folkhälsorapport, 2005, McLaughlin, Miller & Warwick, 1996)

Tidigare forskning (Evans, Hawton och Rodham, 2005) har visat att personer med ett självska debeteende har färre kategorier av personer som de är benägna att prata med. Precis som andra, icke självska dande, var det mest vanligt att man sökte hjälp hos vänner. Att ofta umgås med kompisar på sin fritid kan också ses som en eventuell friskfaktor (fråga 10 och 12).

Fråga 11 beskriver i vilken omfattning man mått dåligt det senaste året. Studier visar att de med ett självska debeteende ofta upplever en stor hopplöshet. (McLaughlin et al., 1996)

Tidigare forskning har ringat in riskbeteenden så som cigarettrökning, droganvändning och andra riskfyllda beteenden. (Ystgaard et al., 2003, Laye-Gindhu och Schonert-Reichl, 2005, Hawton et al., 2002) Fråga 13-19 (riskbeteenden) finns med för att få en bild av i vilken omfattning man utsätter sig för dessa. Vi har med frågor kring användning av preventivmedel (fråga 18-19) för att se i vilken utsträckning man utsätter sig för sexuellt risktagande.

1.5.3.2 Självska dedel

Självska dedelen i enkäten innehåller en kombination av frågor från Whitlock et al. (2006), Lundh et al. (2007) och Ystgaard et al. (2003). Informationsrutan i början var ett sätt att tydliggöra för respondenten att frågorna som följde inte skulle inkludera suicidförsök eller olyckshändelser. Detta för att vi avgränsat oss till att studera självska debeteende i syfte att orka leva och vi ville minimera risken för att resultatet skulle bli missvisande utifrån vår avgränsning.

Alternativen på tillvägagångssätt i fråga 22 är en kombination av Whitlock et al. (2006) och Lundh et al. (2007), vi har även använt oss av frekvensalternativ i fråga 23-25 utifrån

Whitlock et al. (2006). Frågorna ska skapa en bild av hur man skadar sig och i vilken omfattning det sker. Fråga 24 fanns med för att beskriva om självskadandet var pågående eller avslutat.

För att få en uppfattning om när ett självskadebeteende inleds och eventuellt avslutas finns fråga 26-27 med. Tidigare forskning visar att det oftast inleds i tonåren (Whitlock et al., 2006, Laye-Gindhu och Schonert-Reichl, 2004, Ystgaard et al., 2003) och det finns studier som visat att det är mindre vanligt förekommande efter 24 års ålder. (Whitlock et al., 2006)

För att ha en möjlighet att ringa in mörkertalet finns fråga 28. På så vis kan vi skilja mellan om man berättat för någon professionell (Läkare/Kurator/Psykolog) eller icke professionell (Vän/Familj/Partner). Om den självskadande har pratat med någon professionell skulle hon/han eventuellt kunna räknas in i den grupp som syns i rapporterade fall. (Whitlock et al., 2006)

Fråga 29 finns med för att se om det är vanligare bland självskadande att känna någon annan som skadar sig, än bland icke självskadande. Forskning pekar på att självskadebeteende ofta finns i den nära omgivningen, exempelvis bland familj och vänner. (Hawton et al., 2002) Tidigare forskning talar också om att självskadebeteende eventuellt kan orsakas av ”kamratpåverkan”, att man tar efter andras självskadebeteende, och att denna orsak oftast står i kombination med exempelvis familjeproblem eller misshandel. (Ystgaard et al., 2003, Socialstyrelsens rapport, 2004b, Socialstyrelsens rapport, 2004a: 23)

Avslutningsvis i enkäten hade vi en tom ruta där respondenten kunde fylla i fritt om det var något man ville tillägga, hade frågor kring eller om de ville att vi skulle återkoppla resultatet. Detta för att ge respondenten en möjlighet och utrymme att delge oss information utöver det vi frågat om, som de ansåg viktigt. Det kvalitativa inslaget gav oss också en möjlighet att stärka våra kvantitativa analyser.

1.5.4 Ansats

Vi har haft en abduktiv ansats. En abduktion innebär en kombination av induktiv ansats, ”upptäckandets väg”, och deduktiv ansats, ”bevisandets väg”. Induktion är att utifrån enskilda fall formulera en teori och deduktion är att utifrån en teori dra slutsatser om enskilda fall. (Patel & Davidsson, 2003)

”Abduktionen innebär att utifrån ett enskilt fall formulera ett hypotetiskt mönster som kan förklara fallet... Detta första steg kännetecknas av att vara induktivt. I nästa steg provas denna hypotes eller teori på nya fall. I detta andra steg arbetar forskaren deduktivt.” (Patel & Davidsson, 2003:24)

Då det inte finns några befintliga teorier som är utarbetade kring självskadebeteende arbetade vi delvis förutsättningslöst i vår kunskapsinsamling. Det som begränsade vår förutsättningslöshet var vår professionella bakgrund som gjorde att vi hade egna tankar och idéer kring ämnet. När kunskapsinhämtningen av den tidigare forskningen var färdig såg vi mönster som skulle kunna vara eventuella förklaringar till ett självskadebeteende. Dessa i kombination med vår professionella erfarenhet gav oss uppslag till vad vi skulle undersöka genom vår enkät. Därefter formulerade vi våra enkätfrågor för att kunna undersöka om de mönster vi sett skulle upprepas i våra resultat eller inte.

1.5.5 Urval

Vi vände oss till högskolestudenter i Kalmar. En fördel med högskolestudenter var att vi fick möjlighet att fånga upp fler. Inte bara de som börjat med självskadande vid tidig ålder utan även de som börjat senare. Dessutom kunde de själva ta ställning till huruvida de ville delta eller ej. En nackdel med urvalet var att vi missade de som inte läser på högskolan, vilket kan vara en grupp som också behöver synliggöras.

Totalpopulationen var samtliga första termins högskolestudenter på tre institutioner i Kalmar innevarande läsår. Vi ringde till samtliga institutioner på Kalmar högskola och bad om maillistor till studenter i termin 1. Vi fick pga. tidsbrist begränsa vårt urval till de institutioner som hade färdigställda maillistor, vilka var Humanvetenskapliga Institutionen, Naturvetenskapliga Institutionen och Institutionen för kommunikation och design. Könsfördelningen på dessa institutioner var totalt 61 % tjejer och 39 % killar. Utifrån listorna vi fick gjorde vi ett sannolikhetsurval där vi tillämpade systematiskt urval. Vid systematiskt urval vill man att urvalet ska vara slumpmässigt och forskaren inför en viss systematik vid urvalsprocessen genom att exempelvis välja var tionde person utifrån en lista. (Denscombe, 2000) Listorna vi fick innehöll 523 studenter och vi ville att urvalet skulle omfatta ungefär 250. Detta gjorde att vi valde varannan mailadress att skicka inbjudan till. Sammanlagt blev det då 262 st. Då vi endast hade tillgång till mailadresserna hade vi inte möjlighet att se om

respondenten var en kille eller tjej vilket gjorde att vi inte kunde styra hur fördelningen mellan könen såg ut.

1.5.5.1 Tillgång till fältet

För att få tillgång till fältet tog vi kontakt med ansvarig för etiska frågor på humanvetenskapliga institutionen, Ingrid Runesson. Vi mailade enkäten och ett informationsbrev (Se bilaga 1 och 3) för att få hennes synpunkter. Vidare kontakt kring ytterligare etiska frågor togs av vår handledare. Sedan ringde vi till institutionerna och bad om maillistor (se ovan). När urvalsprocessen var färdig mailade vi ut inbjudan till enkätundersökningen och i inbjudan fanns en länk till undersökningen (se bilaga 2). Två veckor efter att sista inbjudan skickats ut stängde vi ner undersökningen.

1.5.5.2 Bortfallsanalys

Av 262 inbjudna valde 139 (53,1 %) att delta i vår enkätundersökning. Ejlertsson (2005) skriver att generaliseringar till målpopulationen kan bli felaktiga om man har ett stort bortfall. Dock påpekar Denscombe (2000) att man som samhällsforskare kan räkna med ett stort bortfall. Denscombe (2000) tar upp olika faktorer som kan påverka svarsfrekvensen, bl.a. egenskaper hos respondenten och ämnet för undersökningen.

Då vår enkätundersökning var webbaserad och vi skickade ut inbjudan via studentmail vet vi inte hur många som läst inbjudan. Alla kanske inte använder sin studentmail, det kan finnas studenter som har avbrutit sin utbildning, studenterna kan vara stressade i slutet av en termin och därför mindre benägna att avlägga tid till en enkätundersökning. Dessutom talas det om en enkättrötthet inom skolvärlden och även denna kan ha påverkat lusten att delta. Ejlertsson (2005) tar även upp vikten av att distribuera sin enkät vid rätt tidpunkt för att inte konkurrera med andra aktiviteter. Som exempel tar han upp att december månad är en olämplig månad, då julförberedelser tar mycket uppmärksamhet och tid. Pga. omständigheter vi inte kunde rå över (se förord) blev vi tvungna att skicka ut enkäten strax innan jul, vilket ytterligare kan ha påverkat svarsfrekvensen. Ämnet vi valde kan också betraktas som delvis tabubelagt och i vår undersökning berörs även intima frågor, vilket Denscombe (2000) menar kan öka riskerna för bortfall. Även Ejlertsson (2005) tar upp att frågor kring bl.a. sexuella förhållanden, alkohol och droger kan påverka bortfallet.

Denscombe (2000:29-30) tar upp att man på ett produktivt sätt kan bedöma svarsfrekvensen med hjälp av tre frågor.

”I stället för att försöka hitta en siffra för en acceptabel svarsfrekvens är det *mer produktivt att bedöma den faktiskt uppnådda svarsfrekvensen med hjälp av följande frågor:*

- *Är svarsfrekvensen rimlig och i överensstämmelse med jämförbara surveyundersökningar?”* (Denscombe, 2000:29-30)

Tidigare forskning kring självskadebeteende visar att webbaserade enkätundersökningar bland högskolestudenter har en svarsfrekvens runt 35 %. (Whitlock & Knox, 2006, Whitlock et al. 2006) Tittar vi däremot på icke webbaserade studier som vänder sig till högstadie- och gymnasieelever är svarsfrekvensen betydligt högre. (Lundh et al. 2007, Ystgaard et al., 2003) Den höga svarsfrekvensen på de senare kan bero på att forskarna varit närvarande vid ifyllandet av enkäterna. De först nämnda är dock de undersökningar som bäst kan jämföras med vår undersökning till målgrupp och tillvägagångssätt och som vi därför rimligast kan sätta vår svarsfrekvens i förhållande till.

- *”... Har lämpliga åtgärder vidtagits för att minimera antalet uteblivna svar, och har lämpliga uppföljningsåtgärder vidtagits för att uppmuntra dem som inte svarar till att medverka i undersökningen?”* (Denscombe, 2000:30)

Vi har tydligt beskrivit respondentens anonymitet både i inbjudan och inledningsvis i enkäten. Vi har även skickat ut två påminnelser i enlighet med Ejlertsson (2005). (Se bilaga 2) Påminnelserna skickades till samtliga då vi inte kunde se vilka som hade svarat. Detta påpekade vi också i påminnelsen för att ytterligare tydliggöra anonymiteten. Där tackade vi de som deltagit och påminde de som inte deltagit.

- *”... De som inte svarar, skiljer de sig på ett systematiskt och relevant sätt från dem som har svarat?”* (Denscombe, 2000:30)

Vi hade inte möjlighet att ta reda på om de som inte svarat skiljde sig från dem som svarat. Vad vi istället gjorde var att titta på om gruppen skulle kunna vara representativ i förhållande till en större population. Vi jämförde vårt resultat från frågorna kring tobaksanvändning,

sexualitet, övergrepp, alkohol och droger med nationella resultat. Bland de som besvarat enkäten i vår undersökning var det 14 % av tjejerna och 30 % av killarna som dagligen rökte eller snusade jämfört med 18 % av kvinnorna och 32 % av männen i en nationell studie. (Statens folkhälsoinstitut, 2007) Enligt Rfsu (2007) är 5-10 % av befolkningen bi- eller homosexuella, i vår undersökning var det 7 % som uppgav detta. Då vi inte fann några studier kring övergrepp som inkluderade både män och kvinnor som blivit utsatta för övergrepp fick vi titta på studier kring kvinnor och övergrepp. Där kunde vi se att 27,5 % av kvinnorna någon gång blivit utsatta för psykiska, fysiska eller sexuella övergrepp (Samelius, 2007) och i vår undersökning var det 31,2 % av tjejerna som någon gång varit utsatta. Den något höga siffran i vår undersökning kan bero på att vi utöver psykisk- och fysisk misshandel använde formuleringen sexuell beröring mot din vilja istället för sexuellt övergrepp. I vår undersökning var det 9,4 % som använt droger någon gång senaste året jämfört med 9,6 % i landet och 88,5 % i vår undersökning hade druckit alkohol någon gång senaste året jämfört med 96 %. (Mobilisering mot narkotika, 2005) Att vi fick en lägre siffra på alkoholanvändningen i vår undersökning kan bero på att vi definierade att man skulle ha druckit sig berusad.

1.5.6 Validitet och reliabilitet

Reliabiliteten, pålitligheten, är hög om man kan upprepa en undersökning och få fram samma resultat. För att kunna upprepa samma undersökning beskrev vi steg för steg vad vi baserade våra resultat på, hur vi gick till väga och varför vi gjorde olika val. Vi bifogade även enkät och informationsbrev i sin helhet (se bilaga 1-3) för att öka reliabiliteten. Om man skulle upprepa samma undersökning är det rimligt att anta att man får samma resultat då våra resultat på många sätt stämmer överens med tidigare forskning. Att frågorna i en enkät är ställda på ett relevant sätt i förhållande till frågeställningarna är också viktigt för reliabiliteten. Detta för att det inte ska bli en slumpmässighet i svaren som inte går att upprepa. Då vi gjorde en enkätbaserad undersökning minimerades även vår inverkan på respondenten. Detta menar Ejlertsson (2005) är svårare att uppnå vid intervju där svaren kan påverkas av hur forskaren responderar på respondentens berättelse.

En noga utformning av enkäterna vad gäller frågorna och svarsalternativen är enligt Ejlertsson (2005) viktig för att veta att enkäten är formulerad så att man kan få fram det man är ute efter. Med möjlighet att mäta det vi avser att mäta ökar validiteten, giltigheten. Det var viktigt att enkäten var formulerad på rätt sätt eftersom det var den vi sedan baserade våra resultat på. Att

vi baserade våra frågor på tidigare forskning där frågorna redan var testade, var ett sätt att sträva efter så hög validitet som möjligt. På grund av tidsbrist hade vi dock inte möjlighet att anlita en språkforskare som kunde översätta frågorna åt oss. Även om tiden funnits kan man alltid diskutera ekvivalens ur ett kulturperspektiv, att olika saker kan ha olika betydelser i olika länder. Ett sätt att försäkra oss om att validiteten var så hög som möjligt var att göra en provenkät.

1.6 Etiska överväganden

Vi valde att utgå från Lunds universitets *"Råd och anvisningar inför uppsatsarbete"* (2006). Där tar de upp fyra krav; öppenhetskravet, självbestämmandekravet, konfidentialitetskravet och autonomikravet. Nedan beskriver vi hur vi gått tillväga för att uppfylla dessa och vilka andra etiska överväganden vi gjort.

Öppenhetskravet uppfylldes genom att alla som berördes av undersökningen fick skriftlig information om oss och vår undersökning. Till berörd skolpersonal bifogades enkäten för att tydliggöra undersökningen ytterligare. Vi tog även kontakt med Studenthälsan för att informera om undersökningen och att vi hänvisat till dem i enkäten. Detta eftersom de kan komma i kontakt med studenter som deltagit i undersökningen. Det var också viktigt att Studenthälsan hade en möjlighet att kontakta oss om det skulle finnas behov för det.

Självbestämmandekravet underlättades i och med att det var en webbaserad undersökning där deltagaren själv kunde välja när och om man ville delta. En viktig aspekt var att informera studenterna om att deltagandet var frivilligt för att göra det extra tydligt.

För att uppfylla konfidentialitetskravet var en annan viktig aspekt att informera deltagarna om att de var anonyma. Eftersom vi hade en webbaserad enkät där svaren skickades via hemsidan till vår mail fanns det ingen möjlighet för oss att se vem som skickat in vilket svar. Anonymiteten gentemot varandra fanns också då var och en kunde välja var och när de ville göra undersökningen.

För att uppfylla autonomikravet användes vårt empiriska material enbart för forskningsändamålet och vi erbjöd att efter avslutad undersökning återkoppla resultatet av vår studie till dem som var intresserade.

1.6.1 Övriga etiska överväganden

Forsman (1997) pekar på vikten av en grundlig planering inför ett forskningsprojekt. Viktigt var därför att lägga ner mycket tid på utformandet av enkäten. Något vi tänkte på var att inte lägga några värderingar i frågorna eller att ställa ledande frågor som nästan bara kunde besvaras på ett sätt. (Holme & Solvang, 1997, Forsman, 1997) Risken skulle annars kunna vara att deltagarna antingen inte svarade på frågan eller att vi styrde svaren och att resultatet då blev missvisande. Som Holme och Solvang (1997) menar är viktigt, var vi också uppmärksamma på språkbruket så att det anpassades efter målgruppen.

Precis som Holme och Solvang (1997) tar upp så var vi medvetna om att forskningsprocessen på ett eller annat sätt kunde påverka deltagarna. Tidigare undersökningar kring känsliga ämnen visar dock att respondenterna där inte påverkats mer negativt av att ha deltagit i undersökningar, i förhållande till personer som inte deltagit. (Gould et al., 2005, Jacomb et al., 1998) Vi lämnade även ut information om vart respondenterna kunde vända sig med tankar och funderingar som kunde komma i efterhand. Genom att ta upp detta normaliserade vi också genom att säga att det är normalt med dessa tankar och funderingar. I enkäten fanns även en ruta där deltagarna kunde skriva ner frågor eller funderingar till oss.

1.7 Databaser och sökord

De databaser vi använt oss av för att söka information om självskadebeteende är ELIN Kalmar, Libris, Sociological abstracts, SweMed+, PubMed, Artikelsök. Vi har även använt oss av sökmotorn Google och Google Scholar. Vi sökte även material via biblioteket och bokhandeln samt tips från insatta inom ämnet självskadebeteende. Vi hade även personlig kontakt med forskare internationellt och nationellt, Janis Whitlock, Cornell University (2008-01-16/17) och Lars-Gunnar Lundh, Lunds universitet (2007-11-23/26).

De sökord vi nyttjat är följande:

- * Non-suicidal self-injury * Self-injury behaviour * Prevalence * Deliberate self-harm * Self-injurious behaviour * Self-mutilation * Adolescents * Teens
- * Självdestruktivt beteende * Självskadebeteende * tonåring * ungdom * riskfaktorer

1.8 Källkritik

Den kritik vi skulle kunna rikta mot de undersökningar vi har refererat till är att alla är kvantitativa och i en kvantitativ undersökning erhålls ingen djupare förståelse för den specifika individen. (Holme & Solvang, 1997) Det vi gjorde var därför att även fördjupa oss i litteratur skriven av forskare som arbetat med individuell behandling av självskadebeteende. (Favazza, 1996 & Levenkron, 2006) Vi läste också litteratur som var skriven av självskadande tjejer. (Pålsson, 2005 & Åkerman, 2007) Genom att läsa in oss från olika vinklar försökte vi få en nyanserad bild av självskadebeteende.

”Valet av dokument bör göras så att vi får en så fullständig bild som möjligt, dvs. så att det vi vill undersöka blir belyst ur fler än en synvinkel... För att vi ska kunna göra en bedömning om fakta eller upplevelser är sannolika måste vi förhålla oss kritiska till dokumenten.” (Patel & Davidson, 2003:64)

Kritiken mot de webbaserade undersökningarna av självskadebeteende kan vara att bortfallet är stort. (Whitlock et al., 2006, Whitlock & Knox 2006) Nämnas bör dock att urvalet i undersökningarna var stort trots bortfallet. Resterande undersökningar är utförda på plats, i exempelvis klassrum, och har därför ett lågt bortfall. (Ystgaard et al., 2003, Lundh et al., 2007, Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2004, Hawton et al., 2002)

2 Tidigare forskning och teori

2.1 Tidigare forskning

Nedan ges en bild av den forskning som finns kring förekomsten av självskadebeteende och dess relation till olika riskfaktorer. Vid genomgången av forskningen kommer vi bl.a. utgå från våra frågeställningar.

2.1.1 Definition av självskadebeteende

Det finns ingen tydlig, vare sig nationell eller internationell, exakt definition av vad självskadebeteende innebär. (Fox & Hawton, 2004) Vissa studier som undersöker självskadebeteende innefattar både inre och yttre skador på kroppen medan andra skiljer på dem. Ibland kopplas beteendet även samman med suicidförsök, vilket bland annat Lundh et al. (2007) gjorde i sin undersökning av självskadebeteende bland 15-åringar i södra Sverige.

De undersökte förekomsten av självskadebeteende och i sina enkätfrågor skiljde de inte mellan självskadandet i syfte att ta sitt liv eller ej.

Laye-Gindhu och Schonert-Reichl (2005) belyser vikten av en klar och tydlig terminologi som bör användas globalt. Utan detta begränsas möjligheten att göra jämförelser och det gör det svårt att få fram en empirisk kunskapsbas att stå på inför framtida forskning. Laye-Gindhu och Schonert-Reichl (2005) definierar tydligt självskadebeteende som att avsiktligt och frivilligt utsätta sig för skada utan att det är livshotande och utan något menat suicidförsök. Även Lloyd-Richardson et al. (2007) definierar begreppet på detta vis. Whitlock et al. (2006) och Whitlock och Knox (2006) definierar begreppet på liknande sätt, en individ som avsiktligt skadar sin egen kropp av skäl som inte är socialt accepterade och där syftet inte är att ta sitt liv.

Samtidigt som dessa definitioner liknar varandra blir de svävande. Exakt vilka beteenden som räknas in som destruktiva är inte tydligt.

Favazza (1996) definierar olika typer av självskadebeteende. De vanligaste formerna av självskadande är repetitivt och episodiskt. Oftast handlar det om att skära, rispa eller skrapa sig på kroppen, bränna sig med tändstickor eller cigaretter, karva in symboler eller ord, slå sig själv eller tillfoga sig själv annan kroppslig skada med olika typer av föremål. Skillnaden mellan repetitivt och episodiskt ligger i att episodiskt sker då och då och är en impulsiv handling. Repetitivt är när det blir en vanehandling och man upplever en beroendekänsla.

Självskadebeteendet uppfattas ofta som ett led i en suicidprocess. Något som förblir okänt vid denna uppfattning är självskadebeteendets konsekvenser och unika förlopp. Socialstyrelsen anser i sin rapport *Vad vet vi om flickor som skär sig?* (2004b:3) att:

”... en diagnosklassificering som åtskiljer självmordshandlingar och självskadehandlingar, i samband med förbättrad och kvalitetssäkrad inrapportering från hälso- och sjukvården av diagnoser och yttre orsakskoder, skulle kunna bidra till ökad kunskap inom området.”

2.1.2 Förekomst av självskadebeteende och dess karaktär

Det råder i olika studier olika uppgifter om hur den allmänna förekomsten ser ut; hur vanligt förekommande det är, hur man gör, vem man pratar med mm. Detta beror bl.a. på att man i de olika studierna kan ha olika definition av självskadebeteende, vissa inkluderar självmord, andra inte osv.

Sourander et al. (2006) menar att självskadande får en ökning i åldrarna 12 till 15 år och når sin höjd mellan åldrarna 15 och 18 år och att det sedan avtar i frekvens allt mer när ungdomar övergår till unga vuxna.

I en studie från Canada kom forskarna Laye-Gindhu och Schonert-Reichl (2005) fram till att 15 % av urvalet hade ett självskadebeteende. Om de bortsåg från handlingar som inte ledde till direkta och synliga skador, som exempelvis ätstörningar, fick de ändå fram att 13,2 % avsiktligt skadat sig själva någon gång, livsprevalens. Det vanligaste självskadebeteendet var att skära, rispa eller sticka sig (43 %) följt av att bita eller slå sig (26 %), använda tablettor eller liknande (16 %), ätstörningar (7 %), annat vårdslöst beteende (5 %) och bryta ben i kroppen, hoppa eller trilla medvetet (3 %). Ystgaard et al. (2003) beskrev i sin studie att 6,6 % av gymnasieeleverna hade en årsprevalens och 10,7 % en livsprevalens. Hawton et al. visar i sin studie (2002) gjord på skolorungdomar i England att 6,9 % de senaste tolv månaderna haft ett självskadebeteende. Även i denna studie framkom att det mest allmänt förekommande sättet att skada sig på var att skära sig. Laye-Gindhu och Schonert-Reichl (2005) fick också fram att 26 % av de självskadande hade en historia av självskadebeteende som sträckte sig över mer än ett år och att 75 % av de självskadande hade skadat sig själva regelbundet det senaste året. Det visade sig också i Laye-Gindhus och Schonert-Reichls (2005) studie att en fjärdedel av de självskadande använde sig av flera olika metoder för sitt självskadande och att det bland tjejer var ett betydande antal som använde fler än tre olika metoder.

Lloyd-Richardson et al. (2007) fick i sin studie fram högre siffror på förekomsten än de flesta studier. De kom fram till att 46,5 % av urvalet senaste året avsiktligt hade skadat sig själva på något sätt. Även i denna studie fick forskarna fram att några av de vanligaste sätten att skada sig var att bita, skära, bränna sig och att slå sig själv. Vidare beskrivs att de som rapporterade att de avsiktligt skadat sig, i genomsnitt gjort det 12,9 gånger det senaste året och att det var vanligast att man använde sig av mer än en typ av självskadande, i genomsnitt 2,4.

I en undersökning gjord i USA på högskolestudenter av Whitlock et al. (2006) såg de att en tredjedel av respondenterna med ett självskadabeteende hade skadat sig 2-5 gånger och 15,2 % hade skadat sig mer än 20 gånger. I samma undersökning rapporterades att mer än hälften använde sig av 2-4 olika tillvägagångssätt och det vanligaste sättet att skada sig var att riva, rista eller nypa sig.

I studien av Lundh et al. (2007) bland svenska ungdomar framkom det att mer än hälften av de tillfrågade någon gång skadat sig själva medvetet och 13,8 % av dem hade gjort det många gånger. I denna studie framkom att det vanligaste förekommande sättet att skada sig var att sticka sig med vassa objekt (32,5 %) följt av hindrat sår från att läka (25,2 %), skurit in ord eller bilder i huden (24,4 %), slagit sig själv (23,6 %), bankat huvudet i någonting (22,8 %), skrapat sig så det blivit ärr eller börjat blöda. Utöver detta var det 17,9 % som skurit sig, 17,1 % som bränt sig och 10,6 % som bitit hål på huden.

Sourander et al. (2006) vände sig i sin undersökning både direkt till ungdomar och även till deras föräldrar. Resultatet visade att svaren inte överensstämde mellan de uppgifter man fick fram från ungdomarna om deras självskadande och vad föräldrarna angav. Som Sourander et al. (2006) menar kan detta indikera att föräldrarna i de flesta fall inte är medvetna om sina barns självskadande. Evans et al. (2005) tar upp att självskadande personer rapporterade färre kategorier av människor att prata med och vända sig till när de sökte hjälp. Det vanligaste var att man vände sig till vänner. Av dem som är självskadande är det dessutom bara en liten del som söker hjälp. I Whitlock et al. (2006) framkom det att 17 % hade en livsprevalens och 7,3 % en årsprevalens. Vidare såg de att drygt 3 % av de med ett självskadabeteende hade haft kontakt med hälso- och sjukvård och 6,6 % hade haft skador så allvarliga att de krävt medicinsk behandling eller sjukhusvistelse. Lloyd-Richardson et al. (2007) fick fram liknande siffror i sin studie. Lundh et al. (2007) fick i sin studie fram att 7,3 % någon gång skadat sig så allvarligt att det krävt sjukhusvistelse eller medicinsk behandling.

2.1.3 Riskfaktorer

I en studie gjord i Oxford av Hawton et al. (2003) undersöktes bl.a. orsaker till självskadabeteende och hur de gått tillväga. De vände sig till både killar och tjejer. Det framkom bland annat att den vanligaste orsaken till ett självskadabeteende var stress i samband med skolan och även problem i familjereaktionen var vanligt förekommande. McLaughlin et al. (1996) kom också fram till att problem relaterade till skolan och familjen

var vanligt förekommande. Ett familjerelaterat problem var att de självskadande i högre grad upplevde att föräldrarna inte förstod dem, jämfört med de som inte hade ett självskadabeteende. Evans et al. (2005) tar också upp detta och menar att god kommunikation och en känsla av att vara förstodd av familj är förenat med lägre frekvens av självskadabeteende. I en studie i Norge (Ystgaard et al., 2003) på gymnasieelever framkom det också att det var vanligt bland självskadande personer med konflikter i familjen och att självskadande hade en högre konsumtion av alkohol och droger. Även att någon i den självskadandes närhet skadade sig, något som även Hawton et al. (2002) uppmärksammade. Vidare såg McLaughlin et al. (1996) att de med ett självskadabeteende upplevde en stor hopplöshet.

Whitlock et al. (2006) och Whitlock och Knox (2006) såg att det var vanligast att de med ett upprepat självskadabeteende var tjejer och bisexuella eller osäkra på sin sexuella identitet. Det var även vanligt i den gruppen att det fanns en historik med psykiska eller sexuella övergrepp. Hawton et al. (2003) fann också att övergrepp, sexuella, fysiska och psykiska, var en riskfaktor.

Aggressivitet, sociala problem, att inte bo med båda sina biologiska föräldrar och att vara utsatt för mobbing var några av de riskfaktorer Sourander et al. (2006) upptäckte. En annan riskfaktor var att relationen till föräldrarna var problematisk. I Laye-Gindhus och Schonert-Reichls (2005) studie såg man också att självskadande ungdomar oftare kom från en familj med ensamstående förälder än vad ungdomar som inte skadade sig gjorde. Dessutom kunde man se att de självskadande visade större tendens att utsätta sig för andra typer av riskfyllt beteende, som exempelvis droganvändning och bland tjejer kunde man dessutom se att rökning var vanligare bland dem som skadade sig själva. I studien av Lloyd-Richardson et al. (2007) kunde man däremot inte se några skillnader, mellan de som skadade sig och de som inte gjorde det, angående ålder, kön, levnadssituation och landsregion.

I socialstyrelsens rapport (2004b) diskuterar man kamratpåverkan som en eventuell riskfaktor dock har man inga vetenskapliga bevis. Det man sett är att det inom SIS-institutioner tenderar att finnas en så kallad ”smittorisk”, att patienterna imiterar varandra, man vill prova något nytt eller att de ibland identifierar sig med någon som självskadar. (Socialstyrelsens rapport, 2004b) Även Internet kan ses som ett forum för de med ett självskadabeteende att tipsa och hetsa varandra till ett eskalerande självskadande. (Johansson, 2004)

2.1.4 Skillnader mellan killar och tjejer

Ystgaard et. al, (2003) såg i sin studie att det var fler tjejer än killar som skadade sig själva och att tjejer som självskadade hade varit utsatta för sexuella övergrepp i högre grad än killar som självskadade. Hawton et al. (2003) såg en skillnad i tillvägagångssättet; självskadande i form av att skära sig var dubbelt så vanligt hos killarna, vilket är intressant då de flesta studier visar att det är övervägande tjejer som har detta beteendet. (Lundh et al., 2007, Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005, Whitlock et al., 2006) Whitlock et al. (2006) kom fram till att tjejer i högre grad än killar skar sig, stack sig eller rev sig på underarmen, handleden eller lår. Killarna slog sig istället på olika föremål och då främst på händerna. Det fanns dock ingen signifikant skillnad i hur många tjejer och killar som skadade sig.

2.2 Teoretiska utgångspunkter

Då det inte finns en teori som ensam kan förklara självskadabeteende och området är relativt outforskat tar vi nedan upp ett antal teorier som kan ses som relevanta. Levenkron (2006) är en av de ledande forskarna inom området och har arbetat individuellt med självskadande. Han ser anknytningsteorin som ett sätt att förklara självskadabeteende. Vi tar även upp Antonovskys (2005) teori KASAM. Antonovsky (2005) försöker förklara vad det är som gör att vissa människor klarar svåra påfrestningar medan andra blir sjuka.

”...no one grand theory or mechanism can explain a behavior as complex as deliberate self-harm. The focus then shifts to the role of social mechanisms.”
(Favazza, 1996:261)

2.2.1. Steven Levenkron och anknytningsteorin

Enligt Levenkron (2006) är anknytningsteorin ett sätt att förklara varför ett självskadabeteende uppstår. Han menar att människor som lärt från sina föräldrar/vårdnadshavare att pålitliga och tillitsfulla relationer är möjliga, är kapabla till att lita på andra och forma hälsosamma relationer. Med en trygg anknytning har man med sig från barndomen att positiva upplevelser med andra är möjliga, till skillnad från den som inte har en trygg anknytning. Självskadande personer menar Levenkron (2006) saknar en trygg anknytning och har därför en sämre förmåga att forma hälsosamma relationer.

”Self-mutilators suffer from severe deficits in the ability to form personal attachments – to join others – whether it’s to have fun, to talk seriously about each other, to talk personally about themselves, or to accept comfort and reassurance from another person.” (Levenkron 2006:93)

En person som inte kan knyta an till andra riskerar därför enligt Levenkron (2006) att utveckla bl.a. fobier, depression, ätstörningar och självskadande beteende.

Levenkron (2006) menar att målet med självskadandet är att nå en tillfällig lättnad från negativa känslor genom att utsätta sig för smärta. Istället för att bearbeta känslorna så internaliseras de vilket gör att de byggs på. Genom att använda en ”substitut metod” så blir den självskadande aldrig av med känslorna långsiktigt utan bara kortsiktigt. När denna metod anammas finns risken att själva skadandet blir ett beroende då metoden ger tillfällig lättnad. Vidare kommer skadandet att intensifieras då den självskadande behöver skada sig oftare och allvarigare för att uppnå samma lättnad som den kände inledningsvis. Genom att internalisera sina känslor kommer den självskadande successivt att avskärma sig från verkligheten vilket gör att upplevelsen av distans till andra människor ökar.

Levenkron (2006) menar att det finns många olika orsaker till att beteendet uppstår. Det vanligaste är dock en problematisk familjesituation eller familjerelation. I de flesta ”normalt” fungerande familjerna är det föräldrarna som påverkar strukturen i familjen. Det som kan påverka föräldraförmågan enligt Levenkron (2006) är bl. a. en skilsmässa. Barn/tonåring till föräldrar som skiljer sig kan ibland hamna mitt emellan föräldrarnas ilska och kan få agera medlare. En förälder kan rikta sin ilska till den andre föräldern mot barnet/tonåringen, genom att anklaga denne för att ha karaktärsdrag som påminner om den andre föräldern. Något som hon/han kommer att tro på eftersom barn/tonåringar sällan misstror det föräldern säger. Vidare säger Levenkron (2006) att barn/tonåringar som upplever att föräldraförmågan försämras kan uppleva en ilska mot föräldrarna, som de vänder mot sig själva. Orsaken till detta kan vara att barnet/tonåringen inte kan uttrycka sin ilska av rädsla för att såra föräldern och i värsta fall förlora dennes kärlek. Ett sätt för barnet/tonåringen att hantera de negativa känslorna blir att självskada. Levenkron (2006) menar att barnet/tonåringen på detta sätt tror att hon/han både skyddar sig själv och föräldrarna.

En annan orsak till ett självskadebeteende är, enligt Levenkron (2006), att man har varit utsatt för övergrepp, sexuellt, fysiskt och/eller psykiskt. Desto tidigare i barndomen övergreppet sker desto svårare är det att hantera. Är dessutom förövaren någon som barnet/tonåringen känner, tycker om och vill bli omtyckt av blir det mer problematiskt. Levenkron (2006) menar att barnet/tonåringen kan komma att blanda ihop känslorna och att kärleken hänger ihop med övergreppen. Om detta uppstår kommer med största sannolikhet barnet/tonåringen, senare i livet, att söka sig till relationer där övergreppen upprepas på ett eller annat sätt. Vidare menar Levenkron (2006) att ett sätt för barnet/tonåringen att ta kontroll över situationen är att skada sig själv, för på detta vis bli både offer och förövare och dessutom bestämma när det ska ske. Sker övergreppen tidigt och av någon familjemedlem upplever barnet/tonåringen också att det inte går att lita på någon och att ingen kommer att skydda henne/honom. Något som kommer att påverka hur barnet/tonåringen senare i livet knyter an till och skapar relationer med andra.

En relation där det är accepterat att prata om och visa känslor, är enligt Levenkron (2006) en hälsosam relation. För att den självskadande ska överge självskadandet menar Levenkron (2006) att hon/han måste lära sig att skapa hälsosamma relationer som är baserade på ömsesidig tillit. Ett sätt att göra detta är enligt Levenkron (2006) att öva tillsammans med en terapeut.

2.2.2 Aaron Antonovsky och känslan av sammanhang (KASAM)

Hur människor klarar av påfrestningar i livet är enligt Antonovsky (2005) beroende av om vi uppfattar tillvaron som begriplig, hanterbar och meningsfull. Enligt Antonovsky (2005) är utvecklingen av ett starkt KASAM i stor utsträckning beroende av föräldrarnas KASAM. Antonovsky definierar KASAM enligt följande:

”Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang.”
(Antonovsky, 2006:46)

Antonovsky (2005) skriver att grundkomponenterna i begreppet KASAM, *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*, avgör hur människor hanterar olika svåra påfrestningar i livet. *Begriplighet* innebär att man upplever en viss förutsägbarhet i livet och drabbas man av överraskningar så hittar man, i de flesta fall, en förklaring och en lösning. (Antonovsky, 2005) Ett exempel som skulle kunna leda till låg begriplighet är att bli utsatt för övergrepp. Oavsett vilken förklaring man hittar kan förutsägbarheten i livet minskas och världen upplevas som mindre trygg.

Hanterbarhet innebär att man har resurser i form av någon/några i sin nära omgivning som man litar på och kan räkna med när man drabbas av svåra omständigheter. Hanterbarhet innebär också att det från tidig barndom till vuxen finns en belastningsbalans i vardagen som är hanterbar. Att barnet, ungdomen eller den vuxne har rimliga krav på sig som är uppnåbara. (Antonovsky, 2005) Upplever man exempelvis att arbetsbördan i skolan är stressande kan belastningsbördan vara för stor, något som skulle kunna påverka att man får en låg hanterbarhet.

Meningsfullhet står för att man har utmaningar eller områden i livet som man är delaktig i, engagerar sig i och som är känslomässigt betydelsefulla. Även om något oönskat inträffar försöker man hitta en mening med händelsen och drar sig inte för att konfronteras med det som inträffat. (Antonovsky, 2005) Om man exempelvis känner att man inte är delaktig i familjen, att relationen är dålig och det är mycket konflikter, eller att man varken trivs i skolan eller umgås med kompisar på fritiden skulle det kunna påverka att man får en låg meningsfullhet.

Även om barnet har ett starkt KASAM när denne träder in i tonåren kan kraven bli för stora att hantera. Olika informationskällor förmedlar hur man ska vara, se ut, tycka och tänka. De flesta tonåringar upplever sig själva som allt annat än den stereotyp som sänds ut via exempelvis media, man är för tjock, för smal, för kort, för lång m.m. Om tonårstiden upplevs som alltför obegriplig, fientlig och att livet uppfattas som oförutsägbart kan ungdomen söka omedelbar tillfredsställelse genom till exempel våld, droger och sex för att döva smärtan. (Antonovsky, 2005)

3 Resultat

Nedan presenteras resultatet av vår enkätundersökning. I tabellerna har vi valt att referera till varje område som en kategori, exempelvis är kön en kategori och sexuell orientering en annan. Inledningsvis ger vi en övergripande bild av våra respondenter. Vi kommer därefter att gå in på förekomsten av självskadebeteende och dess karaktär för att avslutningsvis titta på kopplingen mellan självskadebeteende och riskfaktorer.

3.1 Urvalsanalys

139 studenter valde att delta i vår enkätundersökning varav 109 (78,4 %) var tjejer och 30 (21,6 %) var killar. Medelåldern på respondenterna var 23 år, den yngsta var 19 år och den äldsta var 45 år. Flest respondenter kom från humanvetenskapliga institutionen. I **tabell 1** och **2** visas en övergripande bild av hur populationen såg ut. I tabellerna redovisas också förekomsten av självskadebeteende inom varje underkategori. Av de 109 tjejer som deltog i undersökningen hade 27 tjejer ett självskadebeteende, (24,8 %).

Tabell 1 Beskrivning av populationen (N=139)		
	No. (%)	No. (%) SSB
Kön		
Tjejer	109 (78,4)	27 (24,8)
Killar	30 (21,6)	8 (26,7)
Ålder		
19-23 år	93 (66,9)	21 (22,6)
24-28 år	25 (18,0)	11 (44)
>29 år	15 (10,8)	1 (6,7)
Institution		
Humanvetenskapliga institutionen	72 (51,8)	16 (22,2)
Naturvetenskapliga institutionen	23 (16,5)	3 (13,0)
Institutionen för kommunikation och design	34 (24,5)	12 (35,3)
Sexuell orientering		
Bisexuell	7 (5,0)	2 (28,6)
Heterosexuell	123 (88,5)	28 (22,8)
Homosexuell	3 (2,2)	1 (33,3)
Osäker i sin sexuella läggning	4 (2,9)	4 (100,0)

Summan av kategoriernas antal kan skilja sig från totala antalet pga. att uppgift saknas.

SSB står för självskadebeteende och No. (%) är i förhållande till underkategorin på samma rad.

Tabell 2 beskriver bruket av tobak, alkohol och droger och även hur många som någon gång varit utsatta för övergrepp och/eller misshandel (psykisk/fysisk misshandel och/eller sexuell beröring mot sin vilja). Totalt hade 30,9 % någon gång varit utsatta. Av killarna var det 30 % som någon gång varit utsatta och av tjejerna var det 31,2 %. 100 % av killarna hade svarat på frågan och av tjejerna var det 5,5 % som inte svarat.

Tabell 2 Förekomst av riskfaktorer i populationen (N=139)		
	No. (%)	No. (%) SSB
Röker/Snuser dagligen		
Ja	24 (17,3)	9 (37,5)
Nej	113 (81,3)	25 (22,1)
Antalet gånger berusad senaste året		
Aldrig	16 (11,5)	1 (6,3)
1 gång i månaden eller mer sällan	73 (52,5)	19 (26,0)
2-4 ggr i månaden	41 (29,5)	10 (24,4)
2-3 ggr i veckan eller oftare	9 (6,5)	5 (55,6)
Frekvens av droganvändning senaste året		
Aldrig	125 (89,9)	30 (24,0)
1 gång i månaden eller mer sällan	11 (7,9)	4 (36,4)
2-4 ggr i månaden	1 (0,7)	1 (100,0)
2-3 ggr i veckan eller oftare	1 (0,7)	0 (0,0)
Utsatt för övergrepp/misshandel		
Ja	43 (30,9)	23 (53,5)
Nej	90 (64,7)	12 (13,3)

Summan av kategoriernas antal kan skilja sig från totala antalet pga. att uppgift saknas.

SSB står för självskadebeteende och No. (%) är i förhållande till underkategorin på samma rad.

3.2 Förekomst av självskadebeteende och dess karaktär

I **tabell 3** redovisas att 25,2 % av respondenterna angett att de någon gång skadat sig själva (livsprevalens) och 7,9 % har angett att de skadat sig senaste året (årsprevalens). Bland tjejerna angav 24,8 % att de någon gång skadat sig själva och 6,4 % att de skadat sig senaste året. Bland killarna angav 26,7 % att de någon gång skadat sig själva och 13,3 % att de skadat sig senaste året.

Tabell 3 Förekomst av självskadebeteende

	Total	Tjejer	Killar
Livsprevalens	35 (25,2)	27 (24,8)	8 (26,7)
Årsprevalens	11 (7,9)	7 (6,4)	4 (13,3)

Tjejernas livs- och årsprevalens är beräknad på totalpopulationen av tjejer i undersökningen (N=109).

Killarnas livs- och årsprevalens är beräknad på totalpopulationen av killar i undersökningen (N=30).

Totala livs- och årsprevalensen är beräknad på totalpopulationen i undersökningen (N=139).

Det vanligaste sättet att skada sig på var att riva, rista eller nypa sig, följt av att skära sig (**tabell 4**). Det var vanligast bland både tjejer och killar att riva, rista eller nypa sig. Bland tjejerna följdes det av att skära sig och bland killarna följdes det av att slå sig själv. I genomsnitt användes 2,1 olika tillvägagångssätt. Mer än hälften använde endast en metod för att skada sig och som mest användes sju. Underkategorin ”gjort något annat” innefattade bl.a. nedkylning och matvägran. Några respondenter hade även mer ingående beskrivit hur man skadat sig. Exempelvis hade man bränt sig genom friktion och eld i handflator och skurit sig genom att krama glas i händer.

Tabell 4 SSB– tillvägagångssätt (N=35)

	No. (%)
Har någon gång avsiktligt och medvetet	
Rivit, ristat eller nypt sig själv	22 (62,9)
Slagit sig själv	11 (31,4)
Skurit sig själv	19 (54,3)
Bränt sig själv	6 (17,1)
Hindrat sår från att läka	8 (22,9)
Gjort något annat	6 (17,1)
Omfattning av tillvägagångssätt	
1	20 (57,1)
2	4 (11,4)
3	3 (8,6)
>4	8 (22,9)

Summan av kategoriernas antal kan överstiga 100 % då respondenten kan ha svarat mer än ett alternativ.

Tabell 5 visar antalet tillfällen respondenten angivit att hon/han skadat sig, drygt en tredjedel har skadat sig 2-5 gånger och knappt en tredjedel har gjort det fler än 20 gånger. I vår grupp var det inte många som varit i kontakt med sjukvården för sjukhusvistelse eller medicinsk behandling.

Tabell 5 Antalet gånger respondenten självskadat och om det någon gång lett till sjukhusvistelse/medicinsk behandling (N=35)

	No. (%)
Antalet gånger självskadat	
1 gång	4 (11,4)
2-5 ggr	13 (37,1)
6-10 ggr	2 (5,7)
11-20 ggr	3 (8,6)
Fler än 20 ggr	11 (31,4)
Sjukhusvistelse och behandling	
Ja	4 (11,4)
Nej	31 (88,6)

Summan av kategoriernas antal kan skilja sig från totala antalet pga. att uppgift saknas.

Tabell 6 illustrerar att mer än en tredjedel av alla som skadat sig någon gång aldrig berättat om sitt självskadande för någon. Endast 17,1 % hade berättat för en professionell (läkare/kurator/psykolog) och då alltid i kombination med någon icke-professionell (familj/vän/partner).

Tabell 6 För vem har respondenten berättat om sitt självskadande (N=35)

	No. (%)
Vem man berättat för	
Ingen	13 (37,1)
Professionell	6 (17,1)
Icke-professionell	21 (60,0)

Summan av kategoriernas antal kan överstiga 100 % då respondenten kan ha svarat mer än ett alternativ.

Av dem som angett att de skadat sig senaste året är det 45,5 % som aldrig har berättat för någon om sitt självskadande vilket är en högre siffra än bland dem som inte skadat sig senaste året, 33,3 %. Av dem som skadat sig senaste året är det 9,1 % som berättat för någon professionell jämfört med 20,8 % av dem som inte skadat sig senaste året.

I **tabell 7** beskrivs att mer än hälften av dem som självskadat (54,3 %) känner någon med ett självskadebeteende. Bland dem som aldrig självskadat var det knappt en tredjedel (30,8 %) som kände någon med ett självskadebeteende.

Tabell 7 Finns det någon i den självskadandes nära omgivning som skadar sig (N=35)

	No. (%)
Känner någon med ett självskadebeteende	
Ja	19 (54,3)
Nej	15 (42,9)

Summan av kategoriernas antal kan skilja sig från totala antalet pga. att uppgift saknas.

Enligt resultaten redovisade i **tabell 8** var det vanligast att man påbörjade ett självskadebeteende i tidiga tonåren och mindre vanligt efter tonårstiden. Medelåldern första gången respondenten självskadat var 15,6 år, den yngsta var 12 år och den äldsta 24 år. Av dem som någon gång skadat sig har 68,6 % angett att de slutat skada sig själva. 75 % av dessa har avslutat självskadandet innan 21 års ålder. Medelåldern för avslut var 18,8 år, yngst var 13 år och äldst 28 år.

Tabell 8 Ålder för start och avslut (N=35)

	No. (%)
Ålder första gången självskadat	
12-14 år	14 (40,0)
15-16 år	12 (34,3)
17-20 år	4 (11,4)
21-24 år	3 (8,6)
Ålder för avslutat självskadande (N=24)	
12-14 år	2 (8,3)
15-16 år	7 (29,2)
17-20 år	9 (37,5)
21-24 år	4 (16,7)
>24 år	2 (8,3)

Summan av kategoriernas antal kan skilja sig från totala antalet pga. att uppgift saknas.

3.3 Koppling till riskfaktorer

Den grupp vi benämner EJ SSB är de respondenter som svarat att de aldrig någonsin medvetet och avsiktligt skadat sig själva. Antalet personer i gruppen EJ SSB skiljer sig i de olika tabellerna, då internt bortfall förekommit. När det finns ett signifikant samband innebär det att det inte är slumpen som gjort att siffrorna blivit på ett visst sätt, desto lägre p värde desto bättre signifikans.

Det fanns ett signifikant samband mellan hög konsumtion av alkohol och SSB ($p \leq 0.001$). Mer än 80 % konsumerade alkohol 2-4 ggr i månaden eller mer i förhållande till knappt 34 % bland EJ SSB. **Tabell 9** visar att 36,4 % av dem som skadat sig senaste året blivit berusade av alkohol 2-3 gånger i veckan eller oftare i förhållande till 3,8 % i EJ SSB. Det fanns även ett signifikant samband mellan att ha använt sig av andra droger än alkohol och SSB ($p \leq 0.05$).

Ett självskadebeteende kunde också kopplas samman med en hög frekvens av skolk och låg trivsel i skolan ($p \leq 0.001$). **Tabell 9** visar att mer än en tredjedel (36,4 %) hade skolkat 2-3 gånger i veckan eller oftare bland SSB gruppen jämfört med ingen (0,0 %) i EJ SSB. 18,2 % av dem som skadat sig senaste året trivdes aldrig eller sällan i skolan jämfört med 2 % i EJ SSB. Att ofta ha trivts i skolan var vanligast bland EJ SSB med 74,5 % i förhållande till 18,2 % bland de med ett SSB.

Som visas i **tabell 9** fanns det även ett signifikant samband mellan SSB och att inte ha någon man litade på och kunde prata med om sådant som bekymrade en ($p \leq 0.001$). Alla som skadat sig senaste året (7,9 %) uppgav att de ofta eller alltid hade känt sig nere, deprimerade eller haft en känsla av hopplöshet under det senaste året, också här fanns ett signifikant samband ($p \leq 0.001$).

Tabell 9 (Årsprevalens av SSB N=11, EJ SSB N=104)		
	% SSB	% EJ SSB
Berusad av alkohol***		
2-3 ggr i veckan eller oftare	36,4	3,8
Har använt droger*	27,3	7,8
Skolk***		
2-3 lektioner i veckan eller oftare	36,4	0,0
Trivsel i skolan***		
Aldrig eller sällan	18,2	2,0
Har inte någon man litar på och kan prata med***	36,4	6,7
Känt sig nere, deprimerad eller haft en känsla av hopplöshet***		
Ofta eller alltid	100,0	17,3

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

Antalet personer i EJ SSB skiljer sig i de olika tabellerna, då internt bortfall förekommit.

I EJ SSB fanns ett internt bortfall på 1 respektive 2 i kategorierna droger/trivsel i skolan.

Tabell 10 visar att det fanns ett signifikant samband mellan osäkerhet i sin sexuella läggning och SSB ($p \leq 0.01$). Av de respondenter som svarat att man var osäker i sin sexuella läggning fanns samtliga i gruppen med SSB.

Tabell 10 (Livsprevalens av SSB N=35, EJ SSB N=102)		
Sexuell orientering	% SSB	% EJ SSB
Sexuell orientering**		
Bisexuell	5,7	4,9
Heterosexuell	80,0	93,1
Homosexuell	2,9	2,0
Osäker i sin sexuella läggning	11,4	0,0

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

Antalet personer i EJ SSB skiljer sig i de olika tabellerna, då internt bortfall förekommit.

Det fanns ett signifikant samband mellan SSB och att ha varit utsatt för övergrepp/misshandel ($p \leq 0.001$). **Tabell 11** visar att 81,8 % av dem som självskadat senaste året någon gång varit utsatta för övergrepp/misshandel i förhållande till 20,4 % i EJ SSB. Tabellen visar även hur stor del som varit utsatta för psykisk-, fysisk misshandel och sexuell beröring mot sin vilja.

Tabell 11 (Årsprevalens av SSB N=11, EJ SSB N=98)		
Övergrepp/Misshandel	% SSB	% EJ SSB
Har varit utsatt för övergrepp/misshandel***	81,8	20,4
Varit utsatt för psykisk misshandel***	54,5	10,2
Varit utsatt för fysisk misshandel***	63,6	6,1
Varit utsatt för sexuell beröring mot sin vilja***	54,5	10,2

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

Antalet personer i EJ SSB skiljer sig i de olika tabellerna, då internt bortfall förekommit.

Det var vanligare med rökning bland dem som skadat sig själva senaste året (30,0 %) i förhållande till EJ SSB (7,8 %), men inget tydligt signifikant samband ($p = 0.065$). Att ofta umgås med kompisar på fritiden var vanligare i EJ SSB (46,2 %) än i gruppen med SSB (9,1 %), men inte heller här fanns någon tydlig signifikans ($p = 0.061$). Att uppleva stress på grund

av arbetsbördan i skolan var lite vanligare bland de med SSB. 36,4 % upplevde ofta stress i förhållande till 24,0 % i EJ SSB, dock fanns ingen signifikans. Det fanns inte heller något signifikant samband mellan SSB och att ha skilda föräldrar eller en konfliktfylld relation till föräldrarna. Inte heller mellan etnicitet och ett självskadebeteende fanns något signifikant samband. Inget signifikant samband fanns mellan ett sexuellt riskbeteende (antalet sexuella partners och användandet av preventivmedel) och SSB.

4 Analys

Nedan gör vi en analys av vårt resultat utifrån tidigare forskning och våra teoretiska utgångspunkter. För att förstärka vår analys har vi här med de kvalitativa inslagen, i form av citat från respondenter. Det var endast en liten andel respondenter som valde att förtydliga sina svar.

Att flest respondenter kom från humanvetenskapliga institutionen, kan bero på att denna institution tillhandahöll flest mailadresser och vi inte gjorde något stratifierat urval. Anledningen till att fördelningen av tjejer och killar bland våra respondenter var ojämn skulle kunna bero på att totala könsfördelningen på de institutioner vi vände oss till inte var jämn, detta skulle i sin tur kunna innebära att vi bjöd in flest tjejer.

4.1 Förekomst av självskadebeteende och dess karaktär

Siffrorna vi fick fram i vår undersökning gällande årsprevalensen är jämförbara med tidigare undersökningar där årsprevalensen låg mellan 6-8 % (Hawton et al., 2002, Ystgaard et al., 2003 & Whitlock et al., 2006). Däremot hade vi en högre livsprevalens i förhållande till Whitlock et al. (2006) och Ystgaard et al. (2003) vilket kan förklaras med att vår population i genomsnitt var äldre. Detta skulle kunna innebära att fler hunnit påbörja sitt beteende i förhållande till en i genomsnitt yngre population.

Bland våra respondenter var det vanligast att skada sig genom att riva, rista eller nypa sig, följt av att skära sig, vilket även Whitlock et al. (2006) fick fram i sin undersökning. I andra undersökningar varierar det vanligaste tillvägagångssättet med bl.a. att skära, rispa eller sticka sig (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005) eller att sticka sig med vassa objekt (Lundh et al.,

2007). Att det skiljer sig mellan olika undersökningar kan bero på att tillvägagångssätten som räknas upp i enkäterna är olika. Att respondenten gjort något annat var jämförbart med Laye-Gindhu och Schonert-Reichl (2005) undersökning. I vår undersökning räknades bl. a. upp friktionssår, nedkylning, matvägran, kramat glas i händer, eld i handflator som annat. Två respondenter förklarar hur de gjort och varför:

”Jag skadade mig en gång när jag var mycket arg. Jag slog allt vad jag kunde i en betongvägg och bröt ett ben i min hand.” (Respondent nr 50)

”Jag brände mig men en cigarett på handen 3 gånger under ca 2 veckor. Helt öppen och med anledningen att min första kärlek hade gjort slut och jag förmodar att jag ville få uppmärksamheten tillbaka. Det var ända gången jag har skadat mig själv.” (Respondent nr 112)

En förklaring till att man skadar sig med utgångspunkt ur citaten är dålig affekthantering, att respondenten inte kan hantera sina känslor och använder skadandet för att reglera detta tillfälligt. (Levenkron, 1998)

”... det finns ju olika anledningar till att folk skadar sig själva. Brist på uppmärksamhet, dålig självkänsla, för att straffa sig själva. Vissa skadar sig själva för att få uppmärksamhet, tycka synd om sig själva, fly från verkligheten...” (Respondent nr 138)

Antalet gånger respondenterna angivit att de skadat sig i vår studie (2-5 gånger) är jämförbart med undersökningen gjord av Whitlock et al. (2006). Däremot har vi högre siffror på antalet fler än 20 gånger. Något som skulle kunna förklaras med att vår medelålder i undersökningen är högre och respondenterna kan ha skadat sig under längre period.

I vår undersökning var andelen som uppsökt hälso- och sjukvården för medicinsk behandling eller haft sjukhusvistelse högre än i tidigare undersökningar, där andelen låg mellan 6,5-7,5 % (Whitlock et al., 2006 & Lundh et al., 2007). Även här kan en förklaring vara att populationen i vår undersökning i genomsnitt var äldre. Att få uppsöker sjuk- och hälsovården behöver dock inte innebära att skadorna varit mindre allvarliga eller att behovet inte funnits. En respondent skriver:

”Angående fråga 25 om sjukhusvistelse så är det nog många som jag, som inte berättat, som har fått genomgå det hela från hemmet i en tro om att man klarar det själv. Jag har alltid tagit hand om mina sår så bra så möjligt och behandlat dem med antiseptiska vätskor och hållit de rena. Men när man egentligen borde få hjälp när man varar om 10 % av underarmen. Så frågan var tvetydlig. Ja, jag skulle nog ha behövt vård. Jag kanske inte hade haft lika fula ärr då. Å andra sidan, jag ville inte.” (Respondent nr 138)

I vår undersökning var det mer än en tredjedel av alla som skadat sig någon gång som aldrig berättat om sitt självskadande för någon. Det var även de som skrev att de inte alltid ville berätta men hade svårt att komma undan.

”Ofta går det inte komma ifrån att berätta (ang. fråga 28) även om man inte vill. För det mesta ställs man till svars för vad man har gjort. Det är om man har folk man umgås med.” (Respondent nr 138)

Tidigare forskning (Sourander et al., 2006, Evans et al., 2005) indikerar att föräldrarna i de flesta fall inte är medvetna om sina barns självskadande och att självskadande personer rapporterar färre kategorier av människor att prata med och vända sig till när de söker hjälp. Detta skulle kunna vara en anledning till att endast 17,1 % i vår undersökning hade berättat för någon professionell. Att ha berättat för någon professionell var dessutom alltid i kombination med att ha berättat för någon icke-professionell. I undersökningen av Evans et al. (2005) fick man fram att det vanligaste var att man vände sig till vänner. En förklaring till att ”berättat för professionell” alltid var i kombination med någon annan skulle utifrån detta kunna vara att man berättat för en vän som motiverat till att söka hjälp. En annan förklaring skulle kunna vara att man efter att ha berättat för professionell haft lättare att berätta för någon annan. Att man i kontakten med en terapeut tränat på att berätta och prata om sitt mående och ta bort skuld och skam. Att lita på någon och prata kan bli en ny strategi, istället för att självskada, i de lägen man upplever negativa känslor. (Levenkron, 2006)

Att 45,5 % av dem som skadat sig senaste året i vår undersökning aldrig hade berättat för någon om sitt självskadande, i jämförelse med 33,3 % bland dem som inte skadat sig senaste året, kan tyda på att fler berättat efter att man avslutat.

Att så pass många inte berättat om sitt självskadande skulle enligt Levenkron (2006) kunna bero på en dålig anknytning. Man kanske inte vågar berätta för kompisar eller föräldrar, om ilska eller irritation man känner mot den andra i rädsla att såra och i värsta fall förlora dennes kärlek. Ett sätt att hantera de negativa känslorna skulle då enligt Levenkron (2006) bli att självskada. Genom att vända känslorna mot sig själv tror man att man skyddar både sig själv och den andre. I nästa steg leder det till att man inte heller berättar om självskadandet.

Precis som tidigare studier (Ystgaard et al, 2003, Hawton et al., 2002) fann vi i vår undersökning att det var vanligt att de som självskadat kände någon med ett självskadebeteende.

”... 70 % om inte mer, av mina närmsta vänner (ca 20 st) har skadat sig under samma ålder som jag, ca 13 år och det var av högre grad och under längre tid. Jag tror det är otroligt vanligt, i alla fall var det det då jag var tonåring.” (Respondent nr 112)

Utifrån detta är begreppet ”kamratpåverkan” intressant. Tidigare forskning (Ystgaard et al., 2003, Socialstyrelsens rapport, 2004b, Socialstyrelsens rapport, 2004a: 23, Johansson, 2004) pekar på att självskadebeteendet eventuellt kan orsakas av att man tar efter andras självskadebeteende. Har man inga egna strategier till att hantera negativa känslor och ser att andra hanterar det på detta sätt, kan man själv testa för att se om det är en strategi man tycker fungerar.

Att självskadebeteende skulle vara något som främst påbörjas i tonåren får vi stöd för i vår undersökning. Dock var vår medelålder i undersökningen relativt låg vilket gör att vi inte kan säga så mycket om hur det ser ut i en äldre population. Vi fann att det var vanligast att man påbörjade ett självskadebeteende i tidiga tonåren och mindre vanligt efter tonårstiden. Medelåldern första gången respondenten självskadat var 15,6 år, den yngsta var 12 år och den äldsta 24 år. Av dem som någon gång skadat sig angav 68,6 % att de slutat skada sig själva. 75 % av dessa hade avslutat självskadandet innan 21 års ålder. Medelåldern för avslut var 18,8 år. Att självskadande skulle få en ökning i åldrarna 12 till 15 år och kulminera mellan åldrarna 15 och 18 år och sedan avta i frekvens allt mer när ungdomar övergår till unga vuxna, som Sourander et al. (2006) kom fram till, stämmer väl med våra siffror.

Att vi inte kunde säga något om sambandet mellan etnicitet och ett självskadebeteende skulle kunna förklaras med att populationen i vår undersökning var en tämligen homogen grupp. Vi hade i det närmaste uteslutande svenskfödda respondenter och de flesta hade även svenska föräldrar.

4.2 Koppling till riskfaktorer

Bland våra respondenter med ett självskadebeteende såg vi att de hade en högre konsumtion av alkohol och droger än icke självskadande. Något som framkommit även i tidigare forskning (Ystgaard et. al., 2003 & Laye-Gindhus & Schonert-Reichls, 2005). Att de med självskadebeteende använder sig av alkohol och droger i högre utsträckning än de som inte skadar sig skulle kunna indikera att det är ytterligare ett sätt att självmedicinera på. (Levenkron, 2006) I Laye-Gindhus och Schonert-Reichls (2005) undersökningen såg de att det var vanligare att tjejer med ett självskadebeteende rökte. I vår undersökning kunde vi också se att det var vanligare med rökning bland de självskadande, dock kunde vi inte se någon tydlig skillnad mellan tjejer och killar. Att vi inte såg något tydligt samband mellan ett sexuellt riskbeteende och självskadebeteende kan bero på att vi inte frågade huruvida respondenten hade en partner eller ej. Är man i ett förhållande kanske man tänker att kondomanvändning inte behövs. Då en del respondenter påpekade detta såg vi det problematiska i att analysera svaren på dessa frågor.

”Jag är tillsammans med en tjej, därav svaret Nej på frågan om preventivmedel. Hade jag varit tillsammans med en kille hade svaret blivit Ja.” (Respondent nr 56)

”Saknade t.ex. frågan om man har fast partner” (Respondent nr 12)

Vi såg ett starkt samband mellan hög frekvens av frånvaro och låg trivsel i skolan och ett självskadebeteende, något även tidigare forskning pekar på. McLaughlin et al. (1996) kom också fram till att det var vanligt med problem relaterade till skolan och Hawton et al. (2003) kom bland annat fram till att den vanligaste orsaken till ett självskadebeteende var stress i samband med skolan. Det var även vanligare bland våra respondenter med ett självskadebeteende att uppleva stress relaterat till arbetsbördan i skolan men vi såg inget signifikant samband. Enligt Antonovsky (2005) så är det viktigt att individen har en arbetsbörda som är hanterbar och att denne har resurser som kan hjälpa till när belastningen i

tillvaron blir för stor. Vidare menar han också att det är viktigt att individen upplever en meningsfullhet och att individen känner ett engagemang. (Antonovsky, 2005) För individen som inte trivs i skolan och som känner att arbetsbördan är för stor kan det leda till en sämre känsla av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, ett lågt KASAM. Det som skiljer de självskadande från de icke självskadande skulle kunna vara känslan av sammanhang, KASAM. Ett sätt för individen att hantera detta skulle kunna vara att skada sig själv.

Vi kunde se ett signifikant samband mellan självskadebeteende och att inte ha någon man litade på och kunde prata med om sådant som bekymrade en. 36,4 % hade angett att de inte hade någon de litade på. Levenkron (2006) menar att anledningen till att man har en sämre förmåga att skapa tillitsfulla relationer beror på en avsaknad av trygg anknytning. De har inte lärt sig att denna typ av relationer är möjliga. Har man ingen att man litar på och kan prata med när man mår dåligt, så att man därigenom kan bearbeta känslorna, blir risken att man internaliserar känslorna och använder sig av självskadandet som en metod att ”lätta på trycket”. Att inte ha någon man litar på kan vara orsaken till att många inte heller berättar för någon om självskadandet.

Tidigare forskning (McLaughlin et al., 1996) visar att de med ett självskadebeteende upplevde stor hopplöshet, något som vi definitivt kunde bekräfta med vår studie där alla som skadat sig senaste året (7,9 %) uppgav att de ofta eller alltid hade känt sig nere, deprimerade eller haft en känsla av hopplöshet under det senaste året.

”det senaste året har jag varit deprimerad och fått antidepressiv medicin. Jag blev deprimerad första gången på högstadiet. Men nu har det gått över.” (Respondent nr 64)

Levenkron (2006) menar att ett mål med självskadandet är att må bättre, att bli kvitt de negativa känslor man har genom att utsätta sig för smärta. Problemet är att metoden bara tillåter en tillfällig lättnad från känslorna och bearbetar man dem inte byggs de bara på. Levenkron (2006) menar vidare att genom att internalisera sina känslor så är risken stor att den självskadande successivt avskärmar sig från verkligheten, vilket gör att upplevelsen av distans till andra människor ökar. Något som skulle kunna förklara varför det var mindre vanligt i gruppen med självskadebeteende att ofta umgås med kompisar på fritiden (9,1 %) än i gruppen utan självskadebeteende (46,2 %), även om vi inte fick någon tydlig signifikans.

Vi kunde i vår undersökning inte se något samband mellan bisexualitet och självskadebeteende, vilket Whitlock et al. (2006) och Whitlock och Knox (2006) kunde. Däremot kunde vi liksom dem se ett signifikant samband mellan osäkerhet i sin sexuella läggning och självskadebeteende. Av de respondenter som i vår undersökning svarat att man var osäker i sin sexuella läggning fanns samtliga i gruppen med självskadebeteende. Detta skulle kunna förklaras utifrån Antonovskys KASAM. Det är viktigt att hitta en tillhörighet och få en känsla av sammanhang. Bland ungdomar är sexualiteten en viktig bit. Känner man inte att man definierat sin sexuella identitet upplever man kanske inte samma tillhörighet och möjlighet att definiera sig med någon annan, som de som har definierat sig som bisexuella, heterosexuella, homosexuella eller något annat. Att skapa sin identitet kan vara förvirrande och ännu mer problematiskt om man ej har sexualiteten definierad för sig själv. Känslan av sammanhang, att uppleva en tillhörighet, att ingå i någonting, blir svagare.

Precis som i tidigare forskning (Whitlock et al., 2006, Whitlock & Knox 2006, Hawton et al., 2003) fanns det i vår undersökning ett signifikant samband mellan självskadebeteende och att ha varit utsatt för övergrepp/misshandel. 81,8 % av dem som självskadat senaste året hade någon gång varit utsatta för övergrepp/misshandel i förhållande till 20,4 % av dem utan självskadebeteende.

Vi kunde i vår undersökning inte se när respondenterna varit utsatta för övergrepp. Levenkron (2006) menar dock att ju tidigare man varit utsatt desto svårare kan det vara att hantera. Blir man utsatt av någon som står en nära blir det än mer problematiskt. Levenkron (2006) menar att barnet/tonåringen kan komma att blanda ihop känslorna och att kärleken hänger ihop med övergreppen. Om detta uppstår menar han att barnet/tonåringen med största sannolikhet kommer, senare i livet, att söka sig till relationer där övergreppen upprepas på ett eller annat sätt. Detta kan vara en förklaring till självskadebeteende. Att skada sig själv kan vara ett sätt att ta kontroll över situationen då man blir både offer och förövare och dessutom kan bestämma när det ska ske. Enligt Antonovskys (2005) teori om KASAM, skulle övergrepp kunna leda till låg begriplighet och låg hanterbarhet. Oavsett vilken förklaring man hittar kan förutsägbarheten i livet minskas och världen upplevas som mindre trygg. Att skada sig själv kan vara en lösning man hittar för att hantera problemet.

Sker övergreppen tidigt och av någon familjemedlem upplever barnet/tonåringen enligt Levenkron (2006) också att det inte går att lita på någon och att ingen kommer att skydda

henne/honom. Något som kommer att påverka hur barnet/tonåringen senare i livet knyter an till och skapar relationer med andra. Kanske detta är en anledning till att man inte heller berättar för någon då man har svårt att lita på folk och har känslan av att det ändå inte är någon som skyddar en. Övergrepp kan i förhållande till detta också leda till låg hanterbarhet, då man inte känner att man har resurser i sin närhet i form av någon/några man litar på.

4.3 Skillnader mellan tjejer och killar

Det var svårt att se några tydliga skillnader mellan tjejer och killar i vår undersökning då antalet killar som deltagit var få. Intressant är ändå, trots att vi hade få antal killar att utgå från i vår undersökning, att andelen av killarna som någon gång skadat sig var högre än bland tjejerna. Tidigare forskning har fått olika resultat kring huruvida det är vanligare bland tjejer eller killar. I undersökningen av Ystgaard et al. (2003) var det vanligare bland tjejerna att skada sig och i Whitlock et al. (2006) såg de inga signifikanta skillnader mellan könen.

Det vi kunde se var att det näst vanligaste tillvägagångssättet var att killarna i högre grad slog sig själva än tjejerna, där var det vanligare att skära sig. Dessa skillnader är jämförbara med Whitlock et al.'s (2006) undersökning som fick samma resultat. Andra undersökningar visar också att det är vanligare bland tjejer att skära sig än bland killar. (Lundh et al., 2007, Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005, Whitlock et al., 2006)

Vi såg i vår undersökning inga stora skillnader bland könen i att ha varit utsatt för övergrepp/misshandel. I Ystgaard et al. (2003) var det fler tjejer som varit utsatta för övergrepp/misshandel än killar.

4.4 Avslutande analys

I vår undersökning kunde vi se riskfaktorer. Då riskfaktorerna vi såg bland självskadande även fanns bland icke självskadande kan man fundera kring vad det är som gör att vissa inte skadar sig. En möjlig förklaring skulle, utifrån de teorier vi utgått ifrån, kunna vara att de överlag har högre KASAM och en bättre anknytning. En riskfaktor är inte heller någon tydlig indikator på att ett självskadebeteende skulle finnas, de måste ses i sin helhet. Har man tillitsfulla, ”hälsosamma”, relationer kan de exempelvis vara ett starkt stöd om man hamnar i andra situationer som kan ses som riskfyllda.

Viktigt att poängtera är också att syftet med att peka på riskfaktorer inte är att skapa stereotypa bilder av någon som självskadar utan att ge en bild av vad som skulle kunna påverka. Vi vill inte peka ut utan ge en förståelse för att därigenom kunna förebygga.

Ska man vända sig till en äldre population kan det vara intressant att fråga huruvida man är i en relation eller inte, för att kunna sätta preventivmedelsanvändandet i större perspektiv. Är man i en fast relation kan det vara en förklaring till att man ej använder kondom och behöver därmed inte vara ett sexuellt riskbeteende. En annan förklaring kan vara att man vill ha barn och därför inte använder något preventivmedel alls. Tidigare forskning (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005, Ystgaard et al., 2003) visar att det finns ett samband mellan självskadebeteende och en problematisk familjesituation under tonåren. Det kan därför även vara viktigt att fråga hur relationen till föräldrarna såg ut i tonåren, inte bara hur den ser ut idag, då relationen kanske har förändrats sedan man blivit äldre och kanske flyttat hemifrån. I fortsatt forskning kan det också vara intressant att undersöka vilka faktorer som påverkar att vissa söker hjälp och andra inte. För att veta vart de preventiva insatserna ska riktas är det viktigt att titta på vilka riskfaktorer som kan kopplas till ett självskadebeteende.

5 Sammanfattning

Nedan ges en sammanfattning av vår undersökning.

Syftet med studien var att göra en kartläggning av självskadebeteende bland studenter på Kalmar högskola och se om det var relaterat till kända generella riskfaktorer. Ett slumpmässigt urval bland första terminens studenter bjöds in till en Internetbaserad undersökning höstterminen 2007. Vi utformade våra enkätfrågor utifrån en kombination av validerade frågor från tidigare internationell och nationell forskning. Deltagarna i undersökningen var anonyma och totalt svarade 139 studenter (53,1 %) av sammanlagt 262 inbjudna. Det insamlade materialet bearbetade och analyserade vi sedan i statistikprogrammet *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 15.0).

Vårt resultat visade att 25,2 % (n=35) av studenterna någon gång medvetet och avsiktligt skadat sig själva, livsprevalens, och 7,9 % hade skadat sig någon gång under senaste året, årsprevalens. Det vanligaste sättet att skada sig var att riva, rista eller nypa sig följt av att

skära sig och slå sig själv. 37,1 % angav att de inte berättat för någon om sitt självskadande och 36,4 % att det inte fanns någon i deras omgivning som de kunde lita på och prata med om sådant som bekymrade dem. Det fanns även ett signifikant samband mellan självskadebeteende och övergrepp/misshandel, hög konsumtion av alkohol, droganvändning, skolk och osäkerhet i sin sexuella läggning.

Då vårt resultat visar att en stor andel av de med ett självskadebeteende bl.a. varit utsatta för övergrepp och/eller inte har någon i sin omgivning de litar på och kan prata med om sådant som bekymrar dem, skulle självskadebeteende kunna förklaras utifrån Levenkrons anknytningsteori (2006) och Antonovskys teori om KASAM (2005).

Vårt resultat indikerar att självskadebeteende är relaterat till vissa kända riskfaktorer och även att ett självskadebeteende inte bara tillhör tonårstiden utan även förekommer i vuxen ålder. Det är därför viktigt att fortsätta undersökningar som vänder sig till både yngre och äldre populationer.

6 Avslutande diskussion

Vår pilotstudie var ett första steg, att på en högskolepopulation i Sverige, hitta vissa mönster, likheter och tendenser inför fortsatta studier.

Vår undersökning visar att ett självskadebeteende oftast påbörjas i tonåren och att det kan följa med in i vuxen ålder. Hur går det då för de individer som har ett självskadebeteende när de börjar en högskoleutbildning? Många högskoleutbildningar idag präglas av få föreläsningstillfällen och mycket självstudier. Enligt rapporten Ungdomar, stress och psykisk ohälsa (SOU, 2006) beskriver ungdomar att detta kan leda till en känsla av depression och isolering. I samma rapport angav ungdomarna att skolan var en av de stora stressfaktoreorna och att många går vidare till högskolan trots att man skulle ha föredragit att arbeta. Att stress kan leda till psykisk ohälsa framgår tydligt i rapporten (SOU, 2006). Även om vi i vår undersökning inte kunde se något signifikant samband mellan självskadebeteende och skolrelaterad stress var det ändå 36,4 % bland de självskadande och en tredjedel av totala antalet respondenter som uppgav att de upplevde stress i samband med arbetsbördan i skolan. I rapporten av SOU (2006) framkom även att ekonomin var en stor stressfaktor då studielånet

inte räckte till. Många får då även arbeta extra under studietiden vilket ger mindre tid till studier och därför ökar stressen.

Utifrån ovanstående kan detta innebära att de som har ett självskadebeteende när de börjar på högskolan får ännu svårare att avsluta sitt självskadebeteende. Detta eftersom självskadandet kan vara ett sätt att hantera negativa känslor och stress och psykisk ohälsa skapar negativa känslor. Få föreläsningstillfällen leder också till minskad möjlighet för de självskadande att någon uppmärksammar hur de mår. Att vi som vill undersöka fenomenet självskadebeteende bland ungdomar och unga vuxna stöter på mycket motstånd (se förord) visar att problemet kanske är något man helst vill blunda för, det som inte syns behöver man inte göra något åt. Självskadebeteende präglas av mycket skuld och skam och om ingen vill synliggöra problemet, vad ger det för signaler till den som självskadar?

Var vi än arbetar inom det sociala fältet kommer vi att behöva kunskap i krishantering och motiverande samtal. I vårt yrke som socionomer kommer vi att möta människor i kris, vare sig det handlar om missbruksproblematik eller andra sorters självdestruktiva beteenden, dålig ekonomi, arbetslöshet och/eller sorgearbete. Dessutom behövs många gånger motiverande samtal för att motivera individer i kris att gå vidare. Det vi saknar i utbildningen är praktisk kunskap i krishantering och motiverande samtal. Med bakgrund av vårt resultat finns en stor risk att vi som socialarbetare möter individer som självskadar. Frågan är vad vår utbildning gett oss för kunskap kring självskadebeteende och vilka verktyg vi fått med oss ut i arbetslivet. Då tidigare forskning och även vårt resultat visar att en väldigt liten andel är hjälpsökande blir det extra viktigt att vi som professionella ser och uppmärksammar dem. Men hur ska vi kunna göra detta om vi inte vet vad vi ska titta efter?

Professionella upplever att det skett en ökning av självskadebeteende generellt bland ungdomar. (Socialstyrelsens rapport, 2004a) Om det faktiskt skett en ökning eller om uppfattningen beror på att beteendet i största allmänhet har synliggjorts och uppmärksamrats i högre grad än tidigare är dock oklart. Frågan om det skett en ökning av självskadebeteende eller inte anser vi dock inte vara det viktigaste. Frågan vi anser samhället bör ställa sig är hur vi ska förebygga och behandla, för oavsett om det ökat eller inte så finns det ett stort antal som medvetet och avsiktligt skadar sig själva.

I bl.a. Whitlock et al. (2006) kom man fram till att mycket av självskadebeteende sker bland individer som aldrig varit i någon typ av terapi eller vård och bara sällan talat med någon om sitt beteende, något vi även såg i vår undersökning. Detta talar för ett stort mörkertal vilket gör det extra viktigt att utöka antalet undersökningar av självskadebeteende bland den allmänna frekvensen av ungdomar och vuxna. Vi bör dessutom följa upp de kvantitativa undersökningarna med kvalitativa för att öka vår kunskapsbas om självskadebeteende, vilket är viktigt för att kunna arbeta fram fler fungerande behandlingsmetoder och förhoppningsvis kunna utveckla det preventiva arbetet.

För att samhället ska satsa pengar på forskning och förebyggande arbete mot självskadebeteende måste det ses som ett samhällsproblem. (Lindgren, 1993) Ses självskadebeteende som ett samhällsproblem idag? Något som samhället satsar mycket pengar på är forskningen kring alkohol och droger och forskningen som bedrivs riktar sig till största del till män. (Lalander & Carmona Santis, 2004, Sjö & Bossius, 2004) Att forska kring droger anser vi självklart viktigt för att kunna arbeta preventivt, men varför satsar samhället inga pengar på forskning kring självskadebeteende? Skulle det kunna bero på att media framställer självskadebeteende som ett tonårsproblem bland tjejer?

Referenslista

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bjärehed, J. & Lundh, L-G. (2008). *Deliberate self-harm in 14 year old adolescents. How frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation?* Inpress: Cognitive Behaviour Therapy

Bris-rapporten 2007, finns att ladda ner på: <http://www.bris.se/?pageID=145>

Denscombe, M. (2000). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2003). *Statistisk verktygslåda – samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Eggeby, E., & Söderberg, J. (1999). *Kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken – en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2005). *In what ways are adolescents who engage in self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies?* Journal of Adolescence 28, 573-587.

Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and biology of self-mutilation*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Forsman, B. (1997). *Forskningsetik – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Fox, C. & Hawton, K. (2004) *Deliberate self-harm in adolescence*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Gould, S. M., Marrocco, A. F., Kleinman, M., Thomas, G. J., Mostkoff, K., Cote, J. & Davies, M. (2005). *Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs* JAMA. 2005;293:1635-1643.

Hawton, K., Hall, S., Simkin, S., Bale, L., Bond, A., Codd, S. & Stewart, A. (2003). *Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 44:8, 1191-1198.

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. & Weatherall, R. (2002). *Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England*. BMJ, 325, 1207-1211.

Holme, I. & Solvang, B. (1997). *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Jacomb, P. A., Jorm, A. F., Rodgers, B., Korten, E. A., Hendersen, A. S. & Christensen, H. (1999). *Emotional response of participants to a mental health survey*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, nr 34: 80-84

Johansson, A. (2004). *Rakbladsflickor - Om kvinnlig självskada som identitet och symbolspråk*. Nätverket nr. 14

Finns att ladda ner på:

<http://publications.uu.se/journals/1651-0593/148.pdf>

Lalander, P. & Carmona Santis, N. (2004). *Utanförskap och droger - om unga chilensare i en lågstatusförort*. Mobilisering mot narkotika, rapport 2.

Finns att ladda ner på:

http://www.mobilisera.nu/upload/4835/rapport_latinos_inlaga.pdf

Laye-Gindhu, A. & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the 'Whats' and 'Whys' of Self-Harm. *Journal of Youth and adolescence*, 34, 447-457.

Levenkron, S. (2006). *Cutting: Understanding and overcoming self-mutilation*. New York: W.W. Norton and Company Inc.

Lindgren, S-Å. (1993). *Den hotfulla njutningen*. Stockholm/Stehag: Symposion graduale

Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N, Dierker, L & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine* 37, 1183-1192.

Lundh, L-G., Karim, J. & Quilisch, E. (2007). *Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 33-41.

McLaughlin, J-A., Miller, P. & Warwick, H. (1996). *Deliberate self-harm in adolescents: hopelessness, depression, problems problem-solving*. *Journal of Adolescence*, 19, 523-532.

Mobilisering mot narkotika. (2005). *Alkohol, narkotika och studentliv –en studie om attityder, tankar och användningen av alkohol och narkotika hos svenska högskole- och universitetsstudenter*. Mobilisering mot narkotika, rapport 6.

Finns att ladda ner på:

http://www.mobilisera.nu/upload/rapport_6.pdf

Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E. & Prinstein, M. J. (2006). *Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts*. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.

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

Pålsson, B. (2005). *Vingklippt ängel*. Stockholm: Bokförlaget Forum AB.

Rfsu (2007-01-25, kl 10.40) <http://www.rfsu.se/hetero-bi-och-homosexualitet.asp>

Robson, C. (2002). *Real world research*. Oxford: Blackwell publishing Ltd.

Samelius, L. (2007). *Abused Women- Health, Somatization, and Posttraumatic Stress*. Linköping University Medical Dissertations No. 1007. Linköping: LiU-Tryck
Finns att ladda ner på:
<http://www.ep.liu.se/abstract.xsql?dbid=8942>

Sjö, F. & Bossius, T. (2004). *Droger i den svenska klubbkulturen*. Mobilisering mot narkotika, rapport 5.
Finns att ladda ner på:
<http://www.mobilisera.nu/upload/5004/Rapport%205.pdf>

Socialhögskolan. (2006). *Råd och anvisningar inför uppsatsarbetet*. Lunds universitet.
Finns att ladda ner på:
<http://www.soch.lu.se/images/Socialhogskolan/PMnytt.pdf>

Socialstyrelsens folkhälsorapport. (2005). Edita Norstedts Tryckeri.
Finns att ladda ner på:
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8707/2005-111-2.htm>

Socialstyrelsens rapport. (2004a). *Flickor som skadar sig själva – en kartläggning av problemets omfattning och karaktär*.
Finns att ladda ner på:
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2004/3026/2004-107-1.htm>

Socialstyrelsens rapport (2004b) *Vad vet vi om flickor som skär sig*.
Finns att ladda ner på:
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2004/8592/2004-123-41.htm>

Sourander, A., Aromaa, M., Pihlakoski, L., Haavisto, A., Rautava, P., Helenius, H. & Sillanpää, M. (2006). *Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15*. *Journal of Affective Disorders* 93, 87-96.

Statens folkhälsoinstitut. (2007). *Minskat bruk av tobak – var står vi idag?* Huskvarna: NRS Tryckeri.
Finns att ladda ner på:
http://www.fhi.se/upload/ar2007/Rapporter%202007/R200714_Minskat_bruk_tobak_webb0712.pdf

Statens offentliga utredningar. (2006). *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa*. Nr 2006:77.
Finns att ladda ner på:
<http://www.regeringen.se/sb/d/6293/a/67472>

Sundell, K. (2003). *Drog- och riskbeteenden hos Stockholmsungdomar. -Resultat från 2002 års drogvaneinventering i grundskolans årskurs 9 och gymnasiet år 2*. FoU-rapport 2003:2 Stockholm: Forsknings- och Utvecklingsenheten

Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

Wallroth, P. & Åkerlund, S. (2002). *Hål i huden – flickor som skär sig*. Stockholm: Norstedts Tryckeri.

Whitlock, J., Eckenrode, J. & Silverman, D. (2006). *Self-injurious Behaviors in a College Population*. Pediatrics 117, 1939-1948.

Finns att ladda ner på:

<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/117/6/1939>

Whitlock, J. & Knox, K. (2006). *The Relationship Between Self-Injurious Behavior and Suicide in a Young Adult*. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.

Finns att ladda ner på:

<http://www.crpsib.com/publications.asp>

Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J. & Mehlum, L. (2003). *Villet egenskade blant ungdom*. Tidsskrift for Den norske Lægeforening nr. 16, 123:2241-2245.

Åkerman, S. (2007). *Zebra flickan*. Danmark: Nørhaven Paperback.

Källhänvisningar

Stiftelsen Allmänna Barnhuset. (2004). *Unga som skadar sig själva – en belysning av forskningsläget*. Skriftserie 2004:1.

Finns att köpa på:

<http://www.barnhuset.com/index.php?id=25&language=svenska>

Strong, M. (2005). *A Bright Red Scream*. Great Britain: Clays Ltd.

Webb, L. (2002). *Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychological factors*. Journal of Advanced Nursing 38(3), 235-244.

Personliga kontakter

Whitlock, J. Cornell University (2008-01-16/17)

Lundh, L-G. Lunds universitet (2007-11-23/26)

Bilaga 1 – Informationsbrev till berörd skolpersonal



Humanvetenskapliga institutionen

Informationsbrev gällande enkätundersökning

Vi är två socionomstudenter på Högskolan i Kalmar som i samband med vår C-uppsats vill genomföra en enkätundersökning gällande högskolestudenters psykiska hälsa.

Studenters psykiska hälsa har försämrats avsevärt de senaste decennierna. Det finns även tecken på att andelen unga för vilka den psykiska ohälsan tar sig uttryck i olika former av självdestruktiva riskbeteenden ökat. Med bakgrund av detta planerar vi att genomföra en studie för att få en bild av omfattningen av självrapporterad psykisk ohälsa bland högskolestudenter i Kalmar.

Undersökningen vänder sig till studenter som går på högskolan i Kalmar. För att kunna genomföra studien behöver vi ett urval som omfattar ca 200 studenter. Svaren kommer att anonymiseras och kommer inte att kunna kopplas till någon enskild student.

När vår C-uppsats är klar kommer vi att återkoppla resultatet av vår studie till de klasser som är intresserade.

Har ni några frågor angående oss eller vår undersökning är ni välkomna att kontakta oss eller vår handledare.

Tack på förhand,

Sara Engman

Karolin Ahrens

Handledare: Lena Widding Hedin
Universitetslektor

Bilaga 2 – Inbjudan till undersökningen och påminnelse via mail

Vi behöver Din hjälp!

Vi är två socionomstudenter på Högskolan i Kalmar som i samband med vår C-uppsats genomför en **enkätundersökning gällande högskolestudenters psykiska hälsa**. Vi vänder oss till ca 300 studenter och varje deltagande är av stor betydelse.

Deltagandet är frivilligt och Du är anonym då svaren inte kommer att kunna kopplas till någon enskild student. Ifyllandet av enkäten beräknas till ca 5 minuter.

För att delta i undersökningen:

1. Klicka på länken nedan
2. Fyll i enkäten
3. När enkäten är ifylld, glöm ej att avslutningsvis klicka på rutan "skicka" längst ner i enkäten

<http://www.kjell-nilsson.se/Formular/uppgift.html>

Tack för din medverkan!

/Karolin Ahrens och Sara Engman

Vi behöver Din hjälp!

För inte så länge sedan fick du en förfrågan om att delta i en **enkätundersökning gällande högskolestudenters psykiska hälsa**. Då vi inte vet vilka som svarat skickas detta mail till alla. Du som har deltagit vill vi tacka för din medverkan, och du som ännu inte haft tid att svara vill vi påminna om undersökningen och hoppas att du har möjlighet att delta snarast.

Deltagandet är frivilligt och Du är anonym då svaren inte kommer att kunna kopplas till någon enskild student. Ifyllandet av enkäten beräknas till ca 5 minuter.

För att delta i undersökningen:

1. Klicka på länken nedan
2. Fyll i enkäten
3. När enkäten är ifylld, glöm ej att avslutningsvis klicka på rutan "skicka" längst ner i enkäten

<http://www.kjell-nilsson.se/Formular/uppgift.html>

Tack för din medverkan!

/Karolin Ahrens och Sara Engman

Bilaga 3 – Informationsbrev till studenter och enkät

Till dig som deltar i studien "Studenters psykiska hälsa".

Vi är två socionomstudenter på Högskolan i Kalmar som i samband med vår C-uppsats genomför en enkätundersökning gällande högskolestudenters psykiska hälsa.

Studenters psykiska hälsa har försämrats avsevärt de senaste decennierna och det finns tecken på att fler och fler uttrycker sin psykiska ohälsa i olika former av självdestruktiva beteenden. Med bakgrund av detta gör vi en studie för att få en bild av högskolestudenters psykiska hälsa i Kalmar.

Deltagandet är frivilligt och undersökningen vänder sig till studenter som går på Högskolan i Kalmar. Svaren kommer att anonymiseras och kommer inte att kunna kopplas till någon enskild student.

När vår C-uppsats är klar kommer vi att återkoppla resultatet av vår studie till de som är intresserade. Har du några frågor eller funderingar kring enkäten så kan du kontakta oss (genom att fylla i rutan längst ner innan du klickar skicka) eller vår handledare Lena Widding-Hedin, universitetslektor. Lena.Widding-Hedin@hik.se

I enkäten berör vi ämnen som kan väcka tankar och funderingar. Behöver du hjälp med något som är svårt att hantera själv kan du vända dig till Studenthälsan på skolan för råd och stöd. Studenthälsan har tystnadsplikt, vilket innebär att det du säger där, stannar där. Du kommer i kontakt med Studenthälsan på skolan genom;

Kurator:

Kurator:

Sjuksköterska:

Mail:

Mail:

Mail:

Telefon:

Telefon:

Telefon:

Inledande frågor – fyll i det som stämmer in på dig

Vilken institution tillhör du? (t.ex. humanvetenskapliga)

1. a) Jag är:

Tjej

Kille

b) Ålder _____ år

2. Jag är född i:

_____ (land)

3. Mina föräldrar är födda i:

_____ (land/länder)

4. a) Mina föräldrar är skilda/separerade:

Ja

Nej

b) Om Ja, hur gammal var du när de skildes/separerade?

_____ år (ca)

5. Jag upplever att relationen till mina föräldrar är bra

Aldrig eller sällan

Ibland

Ofta

6. Jag har allvarliga konflikter med mina föräldrar

Aldrig eller sällan

Ibland

Ofta

7. Jag upplever att mina föräldrar förstår mig

Aldrig eller sällan Ibland Ofta

8. Arbetsbördan i skolan gör mig stressad:

Aldrig eller sällan Ibland Ofta

9. På det hela taget trivs jag i skolan

Aldrig eller sällan Ibland Ofta

10. På min fritid umgås jag med kompisar

Aldrig eller sällan Ibland Ofta

11. Det senaste året har jag känt mig nere, deprimerad eller haft en känsla av hopplöshet?

Aldrig eller sällan Ibland Ofta Alltid

12. Har du någon i din omgivning som du litar på och kan prata med om sådant som bekymrar dig?

Ja Nej

13. Hur ofta har du skolkat under det senaste året?

Aldrig	1 lektion i månaden eller mer sällan	2-4 lektioner i månaden	2-3 lektioner i veckan eller oftare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. a) Röker eller snusar du dagligen?

Ja, röker Ja, snusar Nej

b) Om ja, hur många cigaretter/portioner snus per dag?

_____ (ca)

15. Hur ofta har du druckit så mycket alkohol att du känt dig berusad under det senaste året?

Aldrig	1 gång i månaden eller mer sällan	2-4 gånger i månaden	2-3 gånger i veckan eller oftare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Hur ofta har du använt andra droger än alkohol under det senaste året?

Aldrig	1 gång i månaden eller mer sällan	2-4 gånger i månaden	2-3 gånger i veckan eller oftare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hur många sexuella partners har du haft senaste året?

Inga	1	2-5	6-10	11-20	Fler än 20
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) skador så allvarliga att de krävde medicinsk behandling? (T.ex. blivit tvungen att sy, fått antibiotika mot infektion mm.)

26. Om du någonsin avsiktligt skadat dig på något av ovanstående sätt, hur gammal var du första gången det hände? _____ år (ca)

27. Om du någonsin avsiktligt skadat dig på något av ovanstående sätt, men inte gör det längre, hur gammal var du senaste gången? _____ år (ca)

28. Om du någonsin avsiktligt skadat dig själv på något av ovanstående sätt, vem eller vilka har du berättat för?

Ingen Läkare/Kurator/psykolog Vän
 Familj (mor, far, syskon) Annan släkting Någon annan: _____

29. Finns det någon i din nära omgivning, exempelvis familjemedlem eller vän, som du vet avsiktligt skadar/ har skadat sig själv? Ja Nej

Har du något övrigt du vill tillägga eller har några frågor till oss kan du skriva det här. (OBS. Glöm ej lämna mailadress om du vill att vi ska återkomma med svar.)

Rensa

Skicka