

Beteckning: _____



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Självskadande kvinnors upplevelse av bemötande i vården

Zandra Ejdersten

Februari 2008

Examensarbete C 15hp poäng
Omvårdnadsvetenskap

Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Examinator: Claudia Lampic
Handledare: Gunilla Mårtensson

Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva hur kvinnor med självskadebeteende upplever att de blir bemötta då de söker hälso- och sjukvård. Studien var kvalitativ med deskriptiv design.

Materialet till studien samlades in via nominerat urval. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. De teman som framkom vid innehållsanalysen var ”*Känsla av kränkning av integritet och autonomi*”, ”*Personal vågar ej kliva in och ta ansvar*”, och ”*Personlig bekräftelse samt validering av känslor*”. Resultatet visade att många kvinnor med självskadebeteende upplever att de blir illa bemötta då de söker hälso- och sjukvård.

Kvinnorna hade en upplevelse av kränkning av integritet och autonomi. De ansåg att det var svårt att få adekvat vård. Kvinnorna upplevde att hälso- och sjukvårdens personal inte vågade kliva in och ta ansvar. Vid de tillfällen som kvinnorna med självskadebeteende upplevde att de blev bra bemötta, upplevde de en personlig bekräftelse samt validering av sina känslor. Att de blev respektfullt bemötta och att hälso- och sjukvårdens personal tog sig tid att lyssna. Att få adekvat hjälp av professionell personal ansågs viktigt. Slutsatser från föreliggande studie är att många av de kvinnor som skär sig själva, blir illa bemötta då de söker hälso- och sjukvård. Att hälso- och sjukvårdens personal behöver kunskaper i bemötande av kvinnor med självskadebeteende, samt att mer forskning på hur självskadande kvinnor upplever bemötandet av hälso- och sjukvårdspersonal behövs.

Nyckelord: självskadebeteende, kvinnor, bemötande, hälso- och sjukvård

Abstrakt

The purpose of the study was to describe how women with deliberate self-harm behaviour experience they have been treated when conducting health care. The study has a qualitative and descriptive approach and data was collected with snowball sampling. Data was analysed with content analysis and ended up in three theme “*Feeling of violation of integrity and autonomy*”, “*health care staff don´t have the courage to step in and take responsibility*” and “*Personal confirmation and validation of feelings*”. The results showed that many women with deliberate self-harm behavior feel that they have been badly treated when they conducting health care. Furthermore, the women in this study have experienced that their integrity and autonomy have been violated. In their opinion it was difficult to get adequate treatment. The women also felt that the health care staff had difficulties taking responsibility. On the occasions the women with deliberate self-harm felt that they have been treated satisfactorily, they experienced personal confirmation and a validation of feelings. In other words they felt respectfully treated and in their opinion the health care staff took time to listen. The women in this study consider adequate treatment of proffessionell personell of importance. The conclusion is that many of the women who cut themselves, get unsatisfactorily treated when they conduct health care and that the health care staff need knowledge concerning how to treat women with deliberate self-harm. In addition this study showed that more research is needed regarding how women with deliberate self-harm experience they are treated when conducting health care.

Key words: deliberate self-harm, women, treatment, health care

Innehållsförteckning	Sid.
Inledning	1
Introduktion	1
Prevalens av självskadebeteende	2
Orsaker till självskadebeteende	3
Konsekvenser av självskadebeteende	5
Mötet med vårdpersonal	6
Problemområde	9
Syfte	10
Frågeställning	10
Metod	10
Design	10
Urval/ undersökningsgrupp	10
Datainsamlingsmetod	10
Tillvägagångssätt	11
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden	12
Resultat	12
Diskussion	17
Huvudresultat	17
Resultatresultat	17
Metoddiskussion	19
Allmändiskussion	19
Referenser	21
Bilaga 1	25

Inledning

”Han kom från en av gravkamrarna där han hade sitt tillhåll och inte ens med en kedja kunde man längre binda honom. Han hade nämligen många gånger blivit bunden med fotbojor och kedjor, men han hade slitit itu kedjorna och brutit sönder fotbojorna, och ingen kunde längre få bukt med honom. Ständigt, natt och dag, höll han på med att ropa och slå sig själv med stenar bland gravarna och på bergen.”

Markus evangelium, kapitel 5

Introduktion

Problemet med unga kvinnor som skär sig själva är ett snabbt ökande problem i västvärlden samt i Asien (Young, Sweeting & West, 2006; Klonsky, 2006; Izutsu m.fl. 2005; Leo & Heller, 2004; Ystgaard, Reinholt, Husby & Mehlum, 2003; Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002). Dessa kvinnor kommer i kontakt med hälso- och sjukvården inte enbart inom psykiatrin, utan även på hälsocentraler, akutmottagningar, på IVA samt även på vanliga medicinska avdelningar, då givetvis även dessa kvinnor kan drabbas av sjukdom och ohälsa. Dessa kvinnor är i ett stort behov av hjälp och det är viktigt att de får rätt sorts hjälp, så att de kommer ur sin problematik så fort som möjligt (Perseius, Öjehagen, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson, 2003; Skegg, 2005; Solomon & Farrand, 1996). Självskadebeteende definieras som *avsiktlig skada på den egna kroppen utan medveten avsikt att begå självmord* (Brodsky, Cloitre & Dulit, 1995). Forskning har visat att den vanligaste formen av självskadande beteende är att skära sig själv (70 % - 97 %) följt av att skada sig själv genom att slå sig (21 % - 44 %) och att bränna sig (15 % - 35 %) (Klonsky, 2006). Självskadebeteende kan dock ta sig uttryck på alla möjliga vis, det kan handla om att hindra sår ifrån att läka, sticka in nålar i armen, bryta fingrar och tår, ge sig själv svåra rivskador, bita sig i handen, rycka ut hår, bränna sig med nässlor, slå sig med en hammare, slå näven emot något hårt och dunka huvudet emot väggen. Uppräkningen skulle kunna göras mycket längre, för det verkar inte finnas någon gräns för vilka destruktiva handlingar en människa kan utföra mot sig själv (Näslund, 1998). Favazza & Rosenthal (1993) menar att även om skadorna inte är direkt livshotande, så är de ofta farliga för individen. Att upprepade gånger dunka huvudet i en hård vägg kan leda till hjärnskakning, kräkningar och näthinneavlossning. Många som har misspdydande ärr kan känna skamkänslor för att gå lätt sommarklädd. Den skam man känner kan leda till att man isolerar sig. Förtyvivan över att inte kunna sluta med självskadebeteendet kan få en person att vilja ta livet av sig. Föreliggande studie kommer dock främst att fokusera

på att skära sig, det är dock svårt att helt särskilja dessa begrepp då många av dem som skär sig även har andra metoder att skada sig själv på.

Prevalens av självskadebeteende

Självskadande beteende är relativt vanligt bland unga människor med en prevalens på mellan 3.1 - 41 %. Självskadande beteende startar vanligtvis i åldrarna 14 - 24 år. Studier visar på en stor skillnad mellan kvinnor och män. Där prevalensen för män är 3.1 - 10.7 % och prevalensen för kvinnorna 10.2 - 41 % (Young m.fl. 2006; Izutsu m.fl. 2005; Ystgaard m.fl. 2003; Leo m.fl. 2004; Hawton m.fl. 2002; Klonsky, Oltmanns & Turkheimer 2003; Turner & Tofler 1989; Olofson, Gameroff, Marcus, Greenberg & Shaffer, 2005; Paivio & McCulloch, 2003; Sansone, Gaither & Songer 2002; Wong, Stewart, Ho, Rau & Lam, 2005).

Självskadebeteende är ett stort problem bland japanska ungdomar med en förekomst på 14.3 % bland flickor på gymnasienivå, respektive 6.9 % bland pojkar. På universitetsnivå så ökar förekomsten ytterligare, där rapporterar 16.4 % av kvinnorna att de har ett självskadande beteende, respektive 10.7 % av männen (Izutsu m.fl. 2006). I en studie på 4060 norska elever mellan 15-16 år, uppgav 266 (6.6 %) att de haft en eller flera perioder av självskadande beteende. Det vanligaste självskadande beteendet var att skära sig, (74.1 %). Flickorna var överrepresenterade med 10.2 % mot 3.1 % av pojkarna. En studie ifrån Storbritannien där man undersökt förekomsten bland 15-16 åringar, visar att 398 av 6020 elever (6.9 %) har ett självskadande beteende. Även här finner man en överrepresentation bland flickorna 11.2 %, jämfört med pojkarnas 3.2 % (Hawton m.fl. 2002). En Amerikansk studie (Olofson m.fl. 2005) visar på att detta är ett ökande problem. En jämförande studie mellan år 1990 och år 2000 visar att förekomsten ökar, men att vårdtiden minskar. Samma studie visar även på en ökning av förekomsten bland den yngsta gruppen, 5 - 9 åringar. Där har förekomsten ökat från 0.4 /100 000 år 1990, till 2.1/100 000 år 2000. Omfattande sjukhusbaserade registreringar visar att självskadande beteende är vanligt bland ungdomar i de flesta Europeiska länder. Dokumentationen visar också på att det är ett ökande problem (Ystgaard m.fl. 2003). En Amerikansk studie visar att 4 % av invånarna i landet skadade sig själva, jämfört med 14 % av collegestudenterna. 35 % av collegestudenterna hade vid något tillfälle skadat sig själva (Klonsky m.fl. 2003). En Canadensisk studie (Paivio m.fl. 2002) där 100 kvinnliga collegestudenter deltog visade att 41 % vid ett eller flera tillfällen skadat sig själva och att skära sig var den vanligaste metoden. Den typiske självskadaren är en kvinna i tonåren eller ung vuxen, singel, intelligent och från medel eller överklass. Vanligtvis börjar det självskadande beteendet i tonåren och slutar efter 10-15 år.

Orsaker till självskadebeteende hos kvinnor

Självskadande beteende är ett sätt att omvandla emotionell smärta till den mer hanterbara fysiska smärta. Den fysiska smärtan är lättare att hantera därför att den är enkel, konkret och synbar. Den emotionella smärtan är svårare därför att den är ofta oklar (McAndrew & Warne, 2005; Solomon & Farrand, 1996). Även blodet kan ha betydelse. Att få se blodet och att få se hur man ser ut inuti, gör att kvinnan tydliggör jaget och förstår att de är en riktig, levande person (McAndrew & Warne, 2005). ”Jag skär mig, för att kunna fortsätta leva” (Klonsky, 2006). I en undersökning bland ett par hundra kvinnor med självskadebeteende, uppgav ungefär hälften att det framsipprande blodet skänkte dem tillfredställelse (Favazza & Conterio, 1989). Att avsiktligt skära sig själv är ett uttryck för en extrem smärta och bedrövelse (McAndrew & Warne, 2005). Personen kan vara helt uppfylld av detta och känna att hela sin existens är hotad. Det handlar ofta om en kvinna som har ignorerat traumatiska händelser i livet samt har väldigt låg självkänsla. De ser sig själva som dåliga, ”bad object”. Att skära sig själv kan vara ett sätt att bli av med det dåliga, släppa ut det. Självskadande beteende är ett uttryck för ilska som vänts inåt, istället för mot den eller de som borde ha fått ta emot ilskan (McAndrew & Warne, 2005). Det kan också vara så att självskadebeteende främst tjänar som ett sätt att stoppa obehagliga och skrämmande dissociationsupplevelser. Dr Armando R. Favazza och Karen Contario, (1988) den senare terapeut med egna erfarenheter av att ha använt sig av självskadebeteende, har funnit såväl i sin forskning som i sitt kliniska arbete att självskador snabbt kan ge lättnad vid episoder av depersonalisation, svår ångest, intensiv vrede, depression, hallucinationer och snabbt växlande känslor och tankar, alltsammans fenomen som ofta har samband med dissociation och förändringar i jagtillstånd. Solomon & Farrand (1996) menar att orsakerna till den emotionella smärtan kan vara så traumatiska att de är svåra att acceptera och inse. Att skära sig kan även vara ett substitut för att gråta. Många kvinnor som av någon orsak har svårt att prata om sina problem, gråta eller visa att de mår dåligt, väljer att skära sig istället. Då kan de samtidigt hålla den fina och glada fasaden utåt. Vidare visar författarna att detta är något som uppmuntras både av dem själva samt av samhällets normer. Kvinnorna väljer en copingstrategi som gör att de kan leva ett normalt liv med familj, jobb, studier etc. Samtidigt som de mår dåligt och skär sig själva. Att skära sig blir deras ventil för att klara av vardagen. Om kvinnorna ”valt” att bli alkoholister, anorektiker eller deprimerade hade de inte kunnat upprätthålla fasaden på samma vis och risken för att bli utstött ur samhället hade ökat, genom att samhället ofta har högre krav på hur en kvinna ska vara och bete sig, jämfört med hur en man får bete sig.

I en Amerikansk kvalitativ studie (Gladstone, Parker, Mitchell, Malhi, Wilhelm & Austin, 2004) där man intervjuat 125 kvinnor med depression, fann man att kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn inte led av djupare depressioner, men att de oftare drabbades av depression tidigare i livet samt att de hade ett självskadebeteende som copingstrategi. Då man jämförde de som varit utsatta för sexuella övergrepp och skar sig själva, med dem som varit utsatta för sexuella övergrepp och inte skar sig själva, fann man att bland dem som skar sig själva var det vanligare att föräldern var förövaren. Av dem som varit utsatta för sexuella övergrepp hade endast 1/3 fått vård/terapi för detta. Forskaren Bessel van der Kolk (1991) och hans medarbetare fann i en studie att sexuella övergrepp och fysiskt våld i barndomen ofta ledde till såväl självskador och självmordsförsök; ju svårare minnen, desto mer kronisk blev självskadebeteendet. Det finns alltså en stor obehandlad grupp, i behov av vård. Därför är det viktigt att identifiera sexuella övergrepp då de kan ha en nyckelroll i tillfrisknandet.

Den grupp som man kanske främst sammankopplar med att skära sig själv är de med emotionell instabil personlighetsstörning, där självskadande beteende är en av kriterierna för att bli diagnostiserad (Sansone m.fl. 2002). Det är den grupp inom psykiatrin som oftast skadar sig själva och är i behov av professionell vård (Bateman & Fonagy, 1999; Sansone m.fl. 2002). Karakteristiskt för emotionell instabil personlighetsstörning är identitetsproblem, bristande impuls kontroll, emotionell instabilitet, tomhets känslor, oro, ångest, depression och missbruksproblem (Perseus m.fl. 2003). Klonsky (2006) visar dock att även fler patientgrupper inom psykiatrin uppvisar ett självskadande beteende t.ex. de med djup depression, ångestsyndrom, missbruksproblem, ätstörningar, posttraumatisk stress, schizofreni samt ett flertal personlighetsstörningar. Studier visar att för att kvinnorna ska bli av med sitt självskadande beteende så är de i behov av specialiserad vård (Bateman & Fonagy, 1999; Perseus m.fl. 2003). Samband mellan självskadebeteende och ätstörningar har visats på fler håll. Precis som det verkar finnas en hög frekvens av ätstörningar bland dem som skadar sig, så hittar man även en hög frekvens av självskadebeteende bland dem som har ätstörningar (Winchel & Stanley, 1991; Jacobs & Issacs, 1986). Självskadande beteende hos de med emotionell instabil personlighetsstörning är vanligast mellan 18 – 24 år. Efter 10 - 25 år hade mellan 50 - 60 % tillfrisknat helt. Att skära sig själv då man är över 50 år är mycket ovanligt (Sansone m.fl. 2002). Andra orsaker till självskadebeteende kan vara socialt trasslig bakgrund, med psykiskt sjuka eller missbrukande föräldrar. Det är också möjligt att det finns en biologisk känslighet (Brunner m.fl. 2007). Att skada och skära sig själv är för många ett sätt att hålla sig vid liv. Det blir ett alternativ till att ta livet av sig, ett sätt att behålla

kontrollen. Det är alltså inte nödvändigtvis ett sätt att söka respons ifrån andra (Solomon & Farrand, 1996). De här kvinnorna stämplas ofta som ”uppmärksamhetsökande”, men ett bättre uttryck vore ”uppmärksamhetsbehövande” (McAndrew & Warne, 2005).

Konsekvenser av självskadebeteende

”Mitt i tomheten finns ett hopp som gnistrar

Mitt i rastlösheten vilar något evigt

Mitt i livets tid finns jag och du

Mitt i lyckan gråter mitt hjärta, alltid”

(Näslund, 1998, s.131)

Dikten ovan skevs av en ung flicka som tog sitt liv en försommardag. Självordstankar och självmordsförsök är ytterligt vanliga bland personer med emotionell instabil personlighetsstörning, som därför kallas en självmordsnära personlighetsstörning (Friis, Vaglum & Karterud, 1994). Man uppskattar att 8-10 % av alla med denna störning så småningom tar livet av sig (American Psychiatric Association, 1994) och risken är dubbelt så stor om alkoholmissbruk finns med i bilden (Stone, 1989).

Att självskadande beteende ökar risken för att i framtiden begå självmord visar även ytterligare ett stort antal studier (Young m.fl. 2006; Ystgaard m.fl. 2003; Gladstone m.fl. 2004; Olofson m.fl. 2005; Barr, Leitner & Thomas, 2005; Roberts, Yeager & Streiner, 2004; Wong m.fl. 2005; Cooper, Kapur, Webb, Lawlor, Guhrie, Mackway-Jones & Appleby, 2005; Hawton & James, 2005; Horrocks, Price, House & Owens, 2003; Fortune, Stewart, Yadav & Hawton, 2006; Hawton, Zahl & Weatherall, 2003). Kliniska studier (Barr m.fl. 2005) visar att unga som skadar sig själva upprepade gånger och inte får hjälp löper en betydligt ökad risk att senare begå självmord. 25 % av dem som tagit sitt liv i Storbritannien, har vistats på sjukhus det senaste året för självskadande beteende. För att få ner den ökande självmordsfrekvensen i Storbritannien har man gått ut med rekommendationer om att alla som uppsöker sjukvården efter att ha skadat sig själv uppsåtligen, skall erbjudas psykosocial hjälp. För att förebygga självmord är det viktigt att undersöka vilka riskfaktorer som föregår ett självmord. Enligt en svensk studie av 58 personer som begått självmord fann man att emotionell instabil personlighetsstörning låg bakom 19 (33 %) av 58 självmord (Runesson & Beskow, 1991).

I en Engelsk prospektiv 4-årig kohort studie på 7968 självskadande personer (Cooper m.fl. 2005) fann man att under studiens gång tog 60 personer livet av sig. Vilket visar att självmordsrisken är 30 gånger större i den här gruppen, jämfört med genomsnitts populationen i England och Wales. Studien tydliggör vikten av tidig självmordsprevention bland dem som har ett självskadande beteende. Studien visar även att risken för självmord ökar mest bland kvinnor med självskadande beteende, jämfört med männen i studien. Vilket är ett intressant fynd, då man i de flesta tidigare studier (Young m.fl. 2006, Hickey m.fl. 2000) funnit att risken för självmord efter självskadande beteende är större hos män samt att en vanlig uppfattning inom vården är att kvinnor som skadar sig själva inte är värda att ta på allvar. Det satsas även mest resurser på unga självskadande män. Författarna i studien lägger även in ett genusperspektiv och undrar om det kan ha med samhällets syn och värdering av män och kvinnor. En annan Engelsk studie visar dock på motsatsen. De finner att självmordsrisken är betydligt högre hos självskadande män, än hos självskadande kvinnor (Hawton & James, 2005). En möjlig anledning till skillnaden kan vara att man i den senare studien inkluderar alkohol och drogmissbruk som självskadande beteende, vilket man inte gör i den föregående. I en studie där man undersökt bakgrunden till 27 unga människors självmord, fann man att en del inte hade haft någon kontakt med vården innan, medan andra hade haft en flerårig kontakt med vården. Av dem som hade haft kontakt med vården fann man att många hade börjat med att skära sig eller ta överdoser, för att senare övergå till mer drastiska självmordsförsök som att hänga sig eller koldioxidförgifta sig och då lyckats med att ta sitt liv (Fortune m.fl. 2006).

Mötet med vårdpersonal

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är målet för all hälso- och sjukvård en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I hälso- och sjukvårdslag 1982:763 §2 anges olika krav som hälso- och sjukvården ska uppfylla. Där anges bl.a. att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården. Att behandlingen skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Enligt SOSFS 1993:17 är syftet med omvårdnad att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov samt minska lidandet. Omvårdnadens syfte är att skapa en hälsofrämjande miljö, undanröja smärta och obehag samt ge stöd och hjälp åt patienter i deras reaktioner på sjukdom, trauma, funktionshinder och i behandlingssituationer. Vidare anges att omvårdnaden skall planeras och genomföras så att patientens självständighet respekteras och

behovet av säkerhet och integritet tillgodoses. Grundläggande för omvårdnaden är ett respektfullt patientbemötande.

Självskadande beteende är ett vanligt förekommande kliniskt problem, men det finns mycket lite förståelse kring detta. Personalen som jobbar inom hälso- och sjukvården är inriktade på att hjälpa människor som råkat ut för skador och sjukdomar de inte själva kan rå över. Därför har de ofta ambivalenta och negativa känslor inför den här patientgruppen (Skegg, 2005).

McAllister (2001) menar att personalen har en syn på den här patientgruppen som manipulativ och uppmärksamhetssökande. Då personalen inom vården ofta saknar kunskaper om hur de ska kunna hjälpa denna patientgrupp, framkallar detta känslor av maktlöshet, desperation, hjälplöshet, ilska och ibland t.o.m. hämnd. Som ett resultat av detta distanserar sig personalen ifrån patienten och avfärdar den som obotbar och manipulativ. I Horrocks (2003)

självmordsstudie i Leeds fann man att de som sökte vård efter att ha skurit sig negligerades och inte fick någon uppföljande vård. De som kom in som överdoser fick mer professionell vård. Man fann även att personalens känslor och attityder gentemot dem som kom in och hade skurit sig var negativa och ambivalenta. Personalen såg det självskadande beteendet endast som en copingstrategi och inte som ett tecken på suicidtankar och depression. Man såg inte heller de bakomliggande orsakerna till varför man valt denna copingstrategi (Horrocks m.fl. 2003). De som skär sig själva behöver hjälp, stöd och behandling, rätt behandling. Solomon & Farrand (1996) menar att man inte kan kräva ifrån dag ett att personen skall sluta skära sig. Man bör inte ha sådana regler att om man skär sig under behandlingsperioden så straffas man med att inte få någon vidare behandling. Dessa patienter klarar inte av att ha det kravet ifrån början, även om det givetvis är ett av målen med behandlingen. Men man kan inte ta ifrån en person som har utvecklat en copingstrategi för att orka leva vidare, den copingstrategin innan man ersatt den med en annan. De som jobbar inom vården behöver utbildning om detta beteende och hur man bäst bemöter de med självskadande beteende (Solomon & Farrand, 1996; McAllister, 2001).

En av de få studier som beskriver självskadande kvinnors möte med vården är gjord av Marsha Linehan (1993), som utvecklat terapiformen dialektisk beteende terapi (DBT). Dialektik är enligt Kierkegaard (1843) förhållandet mellan helheten och delen, eller speciellt mellan individen och släktet, ett förhållande som består i att helheten inte kan tänkas utan delarna, utan att delen bara är vad den är i kraft av helheten. Enligt Linehan (1993) väcker denna patientgrupp ofta negativa känslor hos personalen. Personer med emotionell instabil

personlighetsstörning ses ofta som besvärliga och manipulativa. Dialektisk beteende terapi är speciellt framtagen för personer med emotionell instabil personlighetsstörning som lider av ett svårt självskadande beteende samt har en rad självmordsförsök bakom sig. Man kan säga att metoden är framtagen för den ”värsta” subgruppen av de med emotionell instabil personlighetsstörning. Linehan (1993) visar i sin studie på signifikanta skillnader i självmordsförsök och självskadande beteende mellan de som erbjuds den traditionella behandlingen och de som fått DBT. DBT, följer tre steg, 1. Stabilitet och säkerhet, där patienten ska uppnå ett liv där hon äter och sover normalt, inte missbrukar, skadar sig eller försöker begå självmord. 2. Reduktion av posttraumatisk stress. 3. Ökad självrespekt och individuella livsmål (Linehan, 1993). Den enda nordiska studie som har lite av ett patientperspektiv är den första svenska studien om DBT som gjordes 2003 på Karolinska Institutet av Perseus m.fl. Patienterna beskrev terapin som ”livräddande” och ”något som fick tillbaks henne till livet”. Patienterna beskrev livet före terapin som ”överskuggat av lidande”. Man fann att samtliga patienter hade mindre av självskadande beteende och självmordsförsök efter att ha genomgått DBT- behandling. Patienternas upplevelser av mötet med vården innan de började DBT var övervägande negativa. De upplevde att de inte blivit förstådda och i många fall även blivit behandlade illa och respektlöst. Terapeuterna upplevde att de sedan de börjat arbeta med DBT, ändrat sin syn på patientgruppen. De hade fått en mycket mer positiv bild och en större förståelse. De såg inte längre patienterna som besvärliga och manipulerande, utan som ”någon som gör så gott hon kan under svåra omständigheter”. Terapeuterna upplevde senare inte patienterna som bekymmersamma och besvärliga, utan att det var den psykiatriska organisationen som var det.

SAUK- modellen för bekräftande omvårdnad

En modell för bekräftande omvårdnad är utvecklad av sjuksköterskan Barbro Gustavsson, samt filosofen Ingemar Pörn. SAUK- modellen (sympati, accepterande, upplevelse, kompetens) utgår ifrån modellen för målinriktad handling och därmed strukturerar upp i mål det som ofta sker spontant i våra möten t.ex. att visa medkänsla, oro för en annan och omsorg. SAUK- modellen utgår ifrån tre hörnstenar, självbedömning, självbestämmande och självförverkligande. Där självbedömningen hjälper patienten till självbestämmande. Och självbestämmande leder till att patienten kan förverkliga sig själv och få det liv hon önskar utifrån de möjligheter som finns. I en hotande förändringssituation klargörs ju tydligt våra resurser och begränsningar och därmed vår utsatthet och sårbarhet. Inom vården kommer patienten snabbt i en beroendeställning som kan vara både svår att uppmärksamma och

förändra. SAUK- modellen följer samma strategi som DBT, skillnaden är att DBT är mer strukturerat uppbyggd och anpassad endast till denna specifika patientgrupp. En empatisk lyssnare kan inge hopp (Samuelsson, Wikander, Åsberg & Saveman, 2000) vilket i praktiken innebär tid, tid för omvårdnad och behandling. Motsatsen, att bli illa bemött kan till och med ”trigga” igång nya självmordsförsök. En studie (Larsson, Nilsson, Runesson & Gustavsson, 2007) har visat att SAUK- modellen lämpar sig väl för att användas i vården av självmordsnära patienter inom psykiatri.

Här följer en kort beskrivning av de tre hörnstenarna i SAUK- modellen.

Självbedömning

Omvårdare med god självkänedom har egen förmåga att bedöma sig själv och därmed ökad förmåga att bevara och förstärka andras väg till självförståelse. Om omvårdaren involverar patienten och har tilltro till patientens resurser att bearbeta sin situation kan det leda till en förstärkt självbedömning. Detta att patienten involveras och visas tilltro ger patienten evidens som förstärker hennes upplevelser av värde och värdefullhet i relation till omvårdaren

Självbestämmande

Självbestämmande, har att göra med själva skapandet och formulerandet av livsplan.

Självbestämmande blir nära relaterat till en människas självbedömning, d.v.s. till hennes vilja och kapacitet att skapa och forma livsplan – att ha en sådan självkänsla att hon vågar vara ansvarigt subjektiv.

Självförverkligande

Självförverkligande är i vilken utsträckning vi lyckas med att vara självbestämmande för att förverkliga livsplanen. Omvårdaren har som omvårdnadsideal i bekräftande omvårdnad att befrämja patientens livskompetens genom omvårdnadshandlingar som bidrar till att minska diskrepansen mellan hennes idealitet och aktualitet. Omvårdnad handlar om att skapa en livsmiljö för patienten som ger möjlighet till självförverkligande. Med detta avses att patienten i förändringsprocessen får ökad självförståelse genom medvetenhet om sina potentiella resurser på ett sådant sätt att hon upptäcker möjligheter att själv ha inflytande och bestämma över sitt liv, sitt enda liv (Gustavsson, 1997).

Problemområde

Kvinnor med självskadande beteende är en allt mer förekommande patientgrupp. Dessa kvinnor är i ett stort behov av hjälp. Personalen som möter dessa kvinnor är ofta dåligt förberedda och vet inte hur de skall bemöta kvinnorna. Många studier har gjorts för att undersöka hur vanligt problemet med självskadebeteende är, en del studier har gjorts för att

undersöka orsaker till självskadande beteende. Endast ett fåtal studier har gjorts på personalens upplevelser av mötet med kvinnor som skär sig och de visar att det många gånger finns stora brister i bemötandet av kvinnor med självskadande beteende. Vidare visar studierna att hälso- och sjukvårdspersonal ofta har negativa och ambivalenta känslor inför kvinnor med självskadande beteende. Inga studier har gjorts utifrån ett patientperspektiv. Då vården skall utföras med omsorg och respekt för patientens självbestämmande och integritet finns anledning att studera hur kvinnor med självskadebeteende själva upplevt kontakten med vården.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka hur kvinnor med självskadebeteende upplevt att de blivit bemötta i hälso- och sjukvården.

Frågeställning

Hur beskriver kvinnor med självskadebeteende sina upplevelser av bemötande i hälso- och sjukvården?

Metod

Design

Studien är en kvalitativ studie med en deskriptiv design.

Urval/ undersökningsgrupp

Urvalet var ett nominerat urval (Forsberg & Wengström, 2003) och undersökningsgruppen bestod av 11 kvinnor. Inklusionskriterier för att delta i studien var att man tidigare haft ett självskadande beteende, att man var kvinna samt över 18 år. Sjutton brev skickades ut och 11 brev besvarades. Alla besvarade brev ingår i studien.

Datainsamlingsmetod

Efter gedigen litteraturgenomgång utvecklades en frågeguide inför föreliggande studie och slutligen framträdde fem frågor. 1. *Kan du berätta om ett möte i vården?* 2. *Hur tänkte du efteråt?* 3. *Hur kände du efteråt?* 4. *Är det något som vårdpersonalen gjort då du sökt vård som du upplevt som negativt?* 5. *Finns det något som vårdpersonalen gjort då du sökt vård*

som du upplevt som positivt? Frågorna var fördelade på tre sidor, med gott om utrymme att skriva svar.

Tillvägagångssätt

Fem kvinnor kunde identifieras genom kända källor. Till dessa kvinnor sändes frågeguiderna i februari 2007 tillsammans med ett missivbrev (bilaga 1), innehållande information om studien samt information om att studien var frivillig och kunde avbrytas när som helst, fränkerat kuvert, adresserat till högskolan i Gävle, medföljde. Dessa kvinnor identifierade i sin tur ytterligare kvinnor. Totalt sändes 17 brev ut och 11 brev återsändes anonymt besvarade. Huruvida de fem första identifierade kvinnorna besvarade frågeformuläret själva eller lämnade vidare till andra identifierade kvinnor har författaren ingen vetskap om. Alla brev besvarades anonymt.

Dataanalys

Texten i breven har analyserats med kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2003), för att undersöka innebörden och meningen i berättelserna samt urskilja mönster. I föreliggande studie valdes en tolkande metod, så analysen skall ej ses som endast en summering av textens yta, utan även en förklaring av den. Analysen skedde sedan i flera steg. Första steget i analysen bestod av att läsa texten om och om igen för att få en översikt över den, samt för att få en överskådlig förståelse för texten. Sedan delades texten in i två innehållsområden (positiva och negativa erfarenheter). Tredje steget var att dela in texten i meningsenheter. Fjärde steget var att dela in meningsenheterna i subkategorier. Femte steget var att finna lämpliga kategorier till subkategorierna. Sjätte och sista steget var att urskilja teman bland kategorierna. Kategorierna svarar på frågan vad och teman svarar på frågan hur (Graneheim & Lundman, 2003).

Tabell 1. Beskrivande exemplifiering.

Meningsenhet	Subkategori	Kategori	Tema
Övervägde noga vilken den bästa hjälpen för mig var (inläggning, medicin, sjukskrivning?) frågade, lyssnade på mitt svar. Utifrån detta respektfulla samtal var vi eniga om vad som var bäst för mig.	dialog	Respektfullt bemötande	Personlig bekräftelse samt validering av känslor

Forskningsetiska överväganden

Författaren är medveten om att detta är en sårbar grupp och har tagit de etiska aspekterna i beaktande. Deltagarna har skriftligen upplysts om de förutsättningar som finns kring studien samt att den bygger helt på frivillighet. Svaren har lämnats in helt anonymt och materialet behandlas konfidentiellt och kommer inte att föras vidare. Slutsatsen är att de som valt att delta inte bör ha orsakats skadas eller obehag genom att ha deltagit i studien.

Resultat

Resultatet kommer att presenteras i löpande text utifrån de teman och kategorier som kom fram vid analysen. Dessa teman är; ”Känsla av kränkning av integritet och autonomi”, ”Personal vågar ej kliva in och ta ansvar” och ”Personlig bekräftelse samt validering av känslor”, med kategorier som beskrivs nedan:

Känsla av kränkning av integritet och autonomi

Respektlöshet

Fysiskt våld

Personal vågar ej kliva in och ta ansvar

Svårt att få vård

Personlig bekräftelse samt validering av känslor

Respektfullt bemötande

Någon som lyssnar

Få adekvat hjälp

Känsla av kränkning av integritet och autonomi

Respektlöshet

Kategorin respektlöshet innefattar ett flertal upplevda kränkningar av den personliga integriteten och autonomin. Många av kvinnorna upplever att de inte har rätten att själva få bestämma över sina liv eller sin kropp. Många av kvinnorna i studien upplever att de inte blir sedda eller lyssnade på. Det ”pratas över huvudet” och patienten får inte delta i de beslut som tas gällande henne. Flertalet kvinnor rapporterar att de blivit utsatta för kränkande, nedsättande och elaka kommentarer. Bemötandet av hälso- och sjukvårdspersonal på vårdcentraler och akutmottagningar, då kvinnorna behövt få sina sår suturerade, har ofta varit ”surt”, stressat och nedlåtande. Kvinnornas upplevelse har varit att de inte varit önskvärda och

att de i onödan upptar hälso- och sjukvårdens dyrbara tid. En del av kvinnorna i studien upplever att lagen om psykisk tvångsvård inte följs. I stort upplever kvinnorna att det brister i förståelse för deras situation bland hälso- och sjukvårdens personal.

”Det var när jag var inlagd på psykiavdelning. Jag mådde dåligt och skar mig. Tre manliga ur personalen kom in och slet av mig kläderna för att leta efter rakbladet och den ene av dem sa att – ”Du skulle ha gjort det ordentligt så slapp vi ta reda på sådana som du” Informant nr 4

” Mådde jättedåligt. Skurit mig flera gånger och ville bli inlagd för vård. En psykiatriker skrev vårdintyg till psyksjukhus. När jag och mina föräldrar kom dit blev vi nonchalant bemötta. Läkaren var otrevlig och tyckte vi skulle åka hem igen. Stesoliddosen jag hade vid behov var som att ”pissa i Östersjön”, han tog själv samma (högre?) dos då han flög utrikes, för att rätta till dygnsrytmen. Han avrådde inläggning för man blev bara sämre. Här fanns allt från de som ”gick runt och på läppen” till de som var våldsamma. Men även en kirurgöverläkare (från samma landsting) som klappat ihop.” Informant nr 7

Fysiskt våld

Fyra av kvinnorna uppger att de då de uppsökt Hälso- och Sjukvården för att få sina sår suturerade, blivit nekade bedövning, med motiveringen att kan man skära sig själv utan bedövning så kan man även sys ihop utan bedövning. Kvinnorna har upplevt detta som sårande och att hälso- och sjukvårdspersonalen inte ansett att de varit värda bedövning. I samband med att kvinnorna skar sig, dämpades ångesten och kvinnorna ville ha hjälp av skäl som till exempel att slippa fula ärr eller att det inte slutat blöda av sig själv. Då kvinnorna söker hjälp är ångesten på en lägre nivå, genom att de redan fått en ångest lindring i och med sin självmisshandel och är därmed känsligare för smärta, än då de skar sig. Därmed har de upplevt sutureringen som mycket smärtsam och i vissa fall har smärtan och kränkningen genererat ny ångest, som framkallat att kvinnan skurit sig på nytt för att dämpa den nya ångesten, i ett fall fick detta till följd att kvinnan gick raka vägen hem och begick ett allvarligt suicidförsök. En kvinna i föreliggande studie uppger att hon blivit slagen med knytnäve då hon legat fastspänd i bältessäng på en allmänpsykiatriskavdelning.

” Fått ett knytnävslag på låret då jag låg i bälte. På medicinsk akut avdelning har läkare sytt utan bedövning, eftersom det gick att skära utan bedövning.” Informant nr 7

” En gång när jag var på akuten och sydde så sydde doktorn utan bedövning. Han sa att kan du skära dig själv, så kan du sy utan bedövning också. Det gjorde väl inte mig något, men min ångest hade ju släppt, så det gjorde skitont. Fick ny ångest och kände mig värdelös. Tänkte att jag inte ens var värd bedövning. När jag kom hem försökte jag ta livet av mig.” Informant nr 5

Personal vågar ej kliva in och ta ansvar

Svårt att få vård

De flesta av kvinnorna upplever att det är svårt att både få vård och när man väl får hjälp, få adekvat vård. Då det första trevande försöket till att berätta kommer är det vanligt att kvinnan blir avvisad eller nonchalerad, ofta tas hon och hennes historia inte på allvar.

”Det upptäcktes när jag var hos skolsköterskan. Hon frågade om jag mådde dåligt eller hade problem hemma. Jag ville inte prata om det, så då fick det vara. Jag var 14 år då. Egentligen ville jag ha hjälp, men jag vågade inte be om det. Efteråt var jag ledsen och besviken. Det kändes som om hon inte brydde sig om mig. Då jag kom hem skar jag mig mer än jag gjort tidigare, tänkte att då kanske de bryr sig mer. Men det var ingen som upptäckte det heller...” Informant nr 3

Många av kvinnorna upplever att ingen vill ha med dem att göra och ingen vill ta ansvar för dem. Kvinnorna upplever att de inte vet var de ska vända sig för att få hjälp. De upplever också att det brister i information om vart de ska vända sig och vilken vård som finns att tillgå.

” Man känner sig bortstött och mest hänvisad till föräldrarnas hjälp. Psykvården är sämre på bemötande än den medicinska vården.”

Informant nr 7

Personlig bekräftelse samt validering av känslor

Respektfullt bemötande

Återkommande i berättelserna är att kvinnorna känner att de vill bli sedda som människor och inte patienter eller problem. De självskadande kvinnorna vill ha bekräftelse på att de duger som de är. Som en kvinna beskriver, *alla vill väl ha äkta relationer och kärlek* (informant nr 1) och då detta inte finns någonstans runt kvinnan så söker hon och önskar det ifrån personalen. Hos många av kvinnorna anar man en dålig självbild och självkänsla. Kvinnorna beskriver att de vill få höra och känna att de inte är *värdelösa* (informant nr 8) eller *ännu en hopplös tjej i raden som skär sig* (informant nr 4).

” Jag var inlagd i Säter i flera år. Där mötte jag en helt underbar kvinna som hjälpte mig mycket. Hon var jättegullig och vi pratade varje dag hon jobbade. Hon fick mig att sluta skära mig p.g.a. att hon såg mig som en MÄNNISKA och INTE EN PATIENT.” Informant nr 10

Även små, enklare saker som bör vara en självklarhet då en patient söker hälso- och sjukvård upplevs som mycket positivt. Att få vara delaktig i vården, att hälso- och sjukvårdspersonalen tar i hand och hälsar, leenden, vänlighet, empati, att det talas direkt till kvinnan och inte ”över huvudet”. Att bli tagen på allvar helt enkelt.

” Vid ett annat tillfälle mötte jag en helt underbar psykiatriker. Han tog i hand... Övervägde noga vilket den bästa hjälpen för mig var (inläggning, medicin, sjukskrivning). Utifrån detta respektfulla samtal var vi enliga om vad som var bäst för mig.” Informant nr 2

Någon som lyssnar

Det som framkom som viktigast i bemötandet av självskadande kvinnor, var att det finns någon som lyssnar och tar kvinnan på allvar. Att få prata och berätta om sin situation och vad man önskar få för hjälp och stöd. Ingen av kvinnorna angav något speciellt som de önskade att hälso- och sjukvårdspersonalen skulle säga då de sökte vård, genomgående fanns dock en önskan om att få tid till att prata och att ha någon som lyssnar.

” Jag gick och pratade några gånger med en kurator på BUP, hon var

jättesnäll och inte ett dugg dömande...men det bästa var att någon lyssnade på mig och tog mig på allvar. Jag såg fram emot att få prata med henne, det gjorde det lättare att stå ut i veckorna, för jag visste att jag kunde få prata om det på torsdag.”

Informant nr 3

” Kände mig lättad av att ha berättat om hur jag mådde och mina känslor, vilket gjorde att jag mådde bättre till viss del.”

Informant nr 11

Få adekvat hjälp

Då kvinnorna söker hjälp i hälso- och sjukvården så vill de ju inte bara få hjälp utan givetvis sådan hjälp att de känner att man blir bättre. Kvinnorna i studien upplever att de inte riktigt vet vad för hjälp de ska söka och vilken vård som finns att tillgå, vidare upplever de att hälso- och sjukvårdspersonalen många gånger inte heller vet vilken hjälp som finns att tillgå. Genomgående upplever dock de kvinnor som slutligen anser att de fått adekvat hjälp, vården som mycket positiv. De beskriver en engagerad personal som har kunskap om deras problematik. De kvinnor som fått en specifik behandling för deras mer djupgående problematik upplever bemötandet där som mycket positiv, jämfört med dem som endast varit i kontakt med hälso- och sjukvården i samband med att få sina sår ihopsydda eller vistats på en allmänpsykiatrisk avdelning.

” Gick på DBT och fick jättebra behandling och bemötande av personalen där.”

Informant nr 11

” Det var också positivt att efter flera år få höra att det fanns en mycket lovande behandling, KBT. Med engagerad personal som var intresserad av just den typen av problem som jag hade.”

Informant nr 7

Diskussion

Huvudresultat

Resultatet visade att många kvinnor med självskadande beteende upplever att de blir illa bemötta då de söker hälso- och sjukvård. De teman som framkom vid innehållsanalysen var ”*Känsla av kränkning av integritet och autonomi*”, ”*Personal vågar ej kliva in och ta ansvar*”, och ”*Personlig bekräftelse samt validering av känslor*”. Kategorierna under vilka resultaten är presenterade är ”*Respektlöshet*”, ”*Fysiskt våld*”, ”*Svårt att få vård*”, ”*Någon som lyssnar*”, ”*Få adekvat hjälp*” och ”*Respektfullt bemötande*”. Kvinnorna hade en upplevelse av kränkning av integritet och autonomi. De ansåg att det var svårt att få adekvat vård.

Kvinnorna upplevde att hälso- och sjukvårdens personal inte vågade kliva in och ta ansvar. Vid de tillfällen som kvinnorna med självskadabeteende upplevde att de blev bra bemötta, upplevde de en personlig bekräftelse samt validering av deras känslor. Att de blev respektfullt bemötta och att hälso- och sjukvårdens personal tog sig tid att lyssna. Att få adekvat hjälp av professionell personal ansågs viktigt. Slutsatser från föreliggande studie är att många av de kvinnor som skär sig själva, blir illa bemötta då de söker hälso- och sjukvård. Att hälso- och sjukvårdens personal behöver utbildning i bemötande av personer med självskadabeteende, samt att mer forskning på hur självskadande kvinnor upplever bemötandet av hälso- och sjukvårdspersonal behövs.

Resultatdiskussion

Känsla av kränkning av integritet och autonomi

Många av deltagarna i studien upplever att de blivit illa bemötta då de sökt vård. Alla deltagare har erfarenhet av dåligt bemötande vid kontakt med vården, i samband med att de skurit sig. På den första frågan i frågeguiden, *kan du berätta om ett möte i vården?* Väljer åtta av elva kvinnor, att berätta om en negativ upplevelse. Först på fråga 5, *finns det något som vårdpersonalen gjort då du sökt vård som du upplever som positivt?* kommer berättelserna om positiva erfarenheter. Dessa är också betydligt mer kortfattat beskrivna än de negativa erfarenheterna. Tolkningen av detta är att många kvinnor med självskadande beteende blir dåligt bemötta i hälso- och sjukvården. Resultatet styrks av tidigare gjorda studier (Solomon & Farrand, 1996; McAllister, 2001; Linehan, 1993; Perseus m.fl. 2003). En annan möjlig förklaring till detta är att människan lättare minns negativa upplevelser, medan positiva upplevelser och i det här fallet positivt bemötande ifrån hälso- och sjukvårdspersonal lätt faller i glömska, då de ses som självklara (Lövgren, Engström & Norberg, 1996).

Personal vågar ej kliva in och ta ansvar

Bland kvinnorna uttrycks det en gemensam besvikelse över att de berättat för hälso- och sjukvårdens personal att de berättat om sina problem och att sedan ingenting hänt. Att de gång på gång uppsökt hälsocentral eller akutmottagning för att få sina sår ihop sydda, men att ingen frågat hur de mår eller att de fått någon mer hjälp än den mest akuta med de öppna såren. Då det inte finns någon specifik farmakologisk behandling (Perseius m.fl. 2003) blir bemötandet av denna patientgrupp av yttersta vikt. SAUK- modellen för bekräftande omvårdnad (Gustavsson, 1997) kan vara en metod för att få självskadande kvinnor att känna sig sedda och bekräftade i sin smärta över livet. För att sedan vidare med hjälp av SAUK- modellens andra steg få hjälp och stöd att stå på egna ben samt ta kontrollen över sina liv. Som den danske filosofen Sören Kirkegaard skrev i sin dikt "Till eftertanke" *"Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne där hon är och börja just där. Den som inte kan det lurar sig själv, när hon tror att hon kan hjälpa andra. För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än vad han gör, men först och främst förstå det han förstår..."* (I, 2000). SAUK- modellen kräver en omvårdare med god självkänedom, utan självkänedom är det svårt att hjälpa någon annan, att komma vidare i livet (Gustavsson, 1997).

Personlig bekräftelse samt validering av känslor

Något som tycks vara gemensamt för många av kvinnorna i studien är ett behov av att bli sedda och omtyckta för den de är. Kvinnorna vill betyda något och känna att de har en "verklig" mänsklig relation till vårdaren. Kvinnor som skär sig har ofta låg självkänsla och sätter ett lågt värde på sig själv både som människa och som en person som kan fatta kloka beslut. Genom att via SAUK- modellen (Gustavsson, 1997) involvera patienten i hennes vård och genom att få vara delaktig i de beslut som tas höjs hennes självkänsla och tro på sig själv. Först då, är det möjligt att kunna börja förändra sitt liv, i SAUK- modellens tredje steg, självförverkligande. Då omvårdaren tidigare, tillsammans med patienten, skapat en livsmiljö som ger patienten möjlighet till självförverkligande. För att återgå till Sören Kirkegaards ord: *"...All äkta hjälpsamhet börjar med ödmjukhet inför den jag vill hjälpa. Och därmed måste jag förstå att detta med att hjälpa, inte är att härska, utan att vilja tjäna. Kan jag inte detta kan jag inte heller hjälpa någon."* (I, 2000).

Metoddiskussion

En styrka med studien, som gör den trovärdig är att den för att vara en kvalitativ studentuppsats har ett relativt stort antal deltagare. Resultat bekräftas genom att de studier som gjorts på området stämmer väl överens med föreliggande studiers resultat.

Överförbarheten på studien kan vara möjlig då en frågeguide är utvecklad och användbar. En viktig styrka med studien är att deltagarna fått vara anonyma, vilket gjort det möjligt att svara ärligt och direkt ur hjärtat, utan risk att avslöja något om sig själv som man inte vill att ens omgivning ska få veta. I en intervjusituation är det möjligt att deltagarna känt sig obekväma och tyckt att det var jobbigt att berätta öga mot öga. Fördelen med en intervjusituation hade varit möjligheten att gå in djupare samt ställa följdfrågor, men då hade anonymiteten blivit lidande. Då författaren åskådliggjort resultaten med citat höjs studiens pålitlighet. En svaghet med studien kan vara att frågeguiden är utvecklad inför denna studie och inte validerad i tidigare studier. Då svarsbrev kom in upptäcktes att några hade blandat ihop fråga 2 och 3 som rörde tankar och känslor efter mötet med vården. Av 17 utskickade brev, besvarades 11. Då de brev som kom in var fylliga och rika på information ansåg författaren att datamättnad ändå uppnåtts, så inga ytterligare brev skickades ut. Det kan finnas en möjlighet att de som känt sig illa bemötta i hälso- och sjukvården känt sig mer angelägna om att delta i studien, jämfört med de som endast har positiva erfarenheter.

Allmän diskussion

Att vara ung idag är inte alltid så lätt, kanske är det än svårare att vara både ung och kvinna. Då man läser resultaten i studien, bör man ha i åtanke att detta ofta inte ens är vuxna människor det handlar om utan oftast tonåringar och unga vuxna, i många fall barn i lagens mening. Även om kvinnorna som deltog i studien var över 18år kan man anta att många av de händelser som beskrivs hände innan de fyllt 18 år. Som barn räknas man enligt FN: s konvention om barnets rättigheter samt Sveriges lagstiftning upp till dess att man är 18 år. I artikel nr 3 anges att det är barnets bästa som skall komma i främsta rummet. Artikel nr 6 säger att varje barn har rätt att överleva, leva och utvecklas. Artikeln handlar inte bara om barnets fysiska hälsa utan också om den andliga, moraliska, psykiska och sociala utvecklingen. Artikel nr 12 handlar om barnets rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör honom eller henne. Som barn har man en särställning i samhället, särskilda behov och har då man söker vård speciella rättigheter. Hälso- och sjukvården har som ansvar att tillgodose dessa behov och inte kränka barnet då det tagit mod

till sig att söka vård, ofta utan föräldrarnas vetskap då man ofta inte vill berätta om sitt dåliga mående inför föräldrarna (Best, 2006; Klonsky, 2006; Solomon & Farrand, 1996).

Då både tidigare forskning på vårdpersonal, samt föreliggande studie finner brister i hälso- och sjukvårdens bemötande av kvinnor med självskadande beteende (Perseus m.fl. 2003; Hickey, Hawton, Fagg & Weitzel, 2000; Solomon & Farrand, 1996; McAllister, 2001; Skeeg, 2005) rekommenderas utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal i bemötande av denna patientgrupp. Då även många föreställningar om denna grupp, samt olämpliga attityder bland hälso- och sjukvårdspersonal finns, behövs även en djupare förändring i synen på självskadande kvinnor. Då ytterst få studier är gjorda på bemötande av självskadande kvinnor finns det behov av ytterligare studier som undersöker mötet mellan omvårdare och patient, både utifrån ett patientperspektiv och ett personalperspektiv.

Fallet Tasha

Ett exempel på hur en kvinna med självskadebeteende kan bemötas inom hälso- och sjukvården är en historia som en nybliven sjuksköterska berättar om i en studie av McAllister (2001).

Sjuksköterskan berättar om Tasha, 14 år som är inlagd på en vuxenpsykiatrisk avdelning. Där har hon hamnat efter att hennes fosterföräldrar gett upp, efter månader av att hon skurit sig själv, sniffat bensin och stulit bilar. Hennes biologiska föräldrar är ute ur bilden efter att ha utnyttjat henne sexuellt. På avdelningen hittade Tasha ett rakblad och skar sig själv djupt i armarna och vristerna. Efter detta gick hon till sköterskornas rum. Sköterskorna sa till henne att de inte hade tid med henne och ignorerade henne. Så hon stod kvar ensam i korridoren med blod droppande ifrån armarna. Den nyblivna sjuksköterskan stod inte ut med att se detta och tog med sig Tasha in på ett rum och tvättade av henne, la förband på såren och såg till att hon fick rena kläder. Medan hon gjorde det hade hon dåligt samvete för hon hörde de andra sjuksköterskornas ord ringande i öronen. Att det var fel att hjälpa flickan, det bara var att uppmuntra och förstärka beteendet. Då sjuksköterskan kom tillbaks till de andra fick hon sig en utskällning, för att hon betett sig så dumt. En av de erfarna sköterskorna sa, att om han hade fått bestämma så hade han tagit med sig Tasha in på ett rum och hållit hennes armar över ett handfat och hållit mentol över dem. Det hade lärt henne att inte skära sig igen.

Referenser

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders* (1994) fourth edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Andrulonis, P.A. (1991). Disruptive behavior disorders in boys and the borderline personality disorder in men. *Annals of Clinical Psychiatry*, 3, 23-26.
- Barr, W., Leitner, M. & Thomas, J. (2005). Psychosocial assessment of patients who attend an accident and emergency department with self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 130-138.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Best, R. (2006). Deliberate self-harm in adolescence: a challenge for schools. *British Journal of Guidance & Counselling*, 12, 34.
- Brodsky, B.S., Cloitre, M. & Dulit, R. A. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 12, 1788-1792.
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M. m.fl. (2007). Prevalence and Psychological Correlates of Occasional and Repetive Deliberate Self-harm i Adolescents (elektronisk version). *Arch Pediatric Adolescent Medicin*, 611,641-649.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K.m.fl. (2005). Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, 162,297-303.
- Favazza, A.R. & Conterio K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24, 1, 22-30.
- Favazza A.R. & Rosenthal R.J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 149, 2, 221-226.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur & Kultur.
- Fortune, S., Stewart, A., Yadav, V. & Hawton, K. (2006). Suicide in adolescents: Using life charts to understand the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 100, 199-210.
- Friis, M.L., Vaglum P. & Karterrud S. (1994). The longitudinal pattern of suicidal behavior in borderline personality disorder: a prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 124-130.

- Gladstone, G., Parker, G., Mitchell, P., Malhi, G., Wilhelm, K & Austin, M. (2004). Implications of Childhood Trauma for Depressed Women: An Analysis of Pathways From Childhood Sexual Abuse to Deliberate Self-Harm and Revictimization. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1417-1425.
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Gustavsson, B. (1997). *Bekräftande omvårdnad, SAUK-modellen för vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Hawton, K & James, A. (2007). Suicide and deliberate self-harm in young people (elektronisk version). *British Journal of Medicine*, 330, 891-894.
- Hawton, K., Rodham, K., Eavans, E. & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England (elektronisk version). *British Journal of Medicine*, 325, 1207-1211.
- Hawton, K., Zahl, D & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182, 537-542.
- Henry K. A. & Cohen C. I. (1983). The role of labeling in diagnosing borderline personality disorder. *Clinical and Research Reports*, 140, 1527-1529.
- Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J. & Weitzel, H. (2000). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment A neglected population at risk of suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 87-93.
- Horrocks, J., Price, S., House, A & Owens, D. (2003). Self-injury attendance in the accident and emergency department. *British Journal of Psychiatry*, 183, 34-39.
- Izutsu, T., Shimotsu, S., Matsumoto, T., Okada, T., Kikuchi, A., Kojimoto, M. m.fl. (2006). Deliberate self-harm and childhood hyperactivity in junior high school students. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 15.
- I. (2000). *Älsklingsdikten*, Kierkegaard, S. *Till eftertanke* (pp.62). Stockholm: Bromberg.
- Jacobs B.W. & Issacs S. (1986). Pre-pubertal anorexia nervosa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 237-250.
- Kierkegaard, S. (1843). *Antingen – eller*, Ett livsfragment, första delen. Köpenhamn: Bianco Lunos Boktryckeri.
- Klonsky, D. (2006). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence (elektronisk version). *ScienceDirect*, 27, 226-139.

- Klonsky, D., Oltmanns, T. & Turkheimer, E. (2003). Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160,1501-1508.
- Kreisman J.J. (1989). *I hate you – don't leave me*. New York: Avon Books.
- Larsson, P., Nilsson, S., Runesson, B. & Gustavsson, B. (2007). Psychiatric Nursing Care of Suicidal Patients Described by the Sympathy-Acceptance- Understanding- Competence Model for Confirming Nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21,4. 222-232.
- Leo, D. & Heller, T. (2004). Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey (elektronisk version). *Medicin Journal of America*, 181(3),140-144.
- Linehan, M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York, London: The Guilford Press.
- Lövgren, G., Engström B. & Norberg A. (1996). Patients Narratives Concerning Good and Bad Caring. *Scandinavian University Press*, 10, 151-156.
- McAllister, M. (2001). In harm`s way: a postmodern narrative inquiry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 391-397.
- McAndrew, S. & Warne, T. (2005). Cutting across boundaries: A case study using feminist praxis to understand the meanings of self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14,172-180.
- McCann, T., Clark, E., McConnachie, S. & Harvey, I. (2005). Accident and emergency nurces`attitudes towards patients who self-harm. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 4-10.
- Näslund, G. K. (1998). *Borderline personlighetsstörning*. Borås: Natur och Kultur.
- Olofson, M., Gameroff, M., Marcus, S., Greenberg, T. & Shaffer, D. (2005). Emergency Tretment of Young People Following Deliberate Self-harm (elektronisk version). *Arch Gen Psychiatry*, 62, 1122-1128.
- Olofson, M., Gameroff, M., Marcus, S., Greenberg, T. & Shaffer, D. (2005). National Trends in Hospitalization of Youth With Intentional Self-Inflicted Injuries. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1328-1335.
- Paivio, S. & McCulloch, C. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors (elektronisk version). *Science@direct*, 28, 339-354.
- Perseius, K., Öjehagen, A., Ekdahl, S., Åsberg, M. & Samuelsson, M. (2003). Threatment of Suicidal and Deliberate Self-Harming Patients With Borderline Personality Disorder Using Dialectical Behavioral Therapy: The Patients`and the Therapists`Perceptions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 218-227.

- Roberts, A., Yeager, K. & Streiner, D. (2004). Evidence-Based Practice With Comorbid Substance Abuse, Mental Illness, and Suicidality: Can the Evidence Be Found? *Oxford University Press*, 2, 4.
- Runesson, B. & Beskow, J. (1991). Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 153-156.
- Samuelsson, M., Wiklander, M., Åsberg, M. & Saveman, B. I. (2000). Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 635-643.
- Sansone, R., Gaither, G. & Songer, D. (2002). Self-Harm Behaviors Across the Life Cycle: A Pilot Study of Inpatients With Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 215-218.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 336:1471-83
- Solomon, Y. & Farrand, J. (1996). "Why don't you do it properly?" Young women who self-injure. *Journal of Adolescence*, 19, 111-119.
- Stone, M.H. (1989). The course of borderline personality disorder. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol 8. Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Van der Kolk B. A., Perry, C. och Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 3, 1665-1671.
- Winchel, R.M. & Standley, M. (1991). Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 148, 3, 306-317.
- Wong, J., Stewart, S., Ho, S., Rau, U. & Lam, T. (2005). Exposure to suicide and suicidal behaviors among Hong Kong adolescents. *Social Science & Medicine*, 61, 591-599.
- Young, R., Sweeting, H. & West, P. (2006). Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: longitudinal cohort study (elektronisk version). *British Journal of Medicine*, 10, 332:1058-61.
- Ystgaard, M., Reinholt, N., Husbt, J. & Mehlum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Norske Laegeforen*, 123, 2241-5.

Bilaga 1

Vill du delta i en studie om unga kvinnor som skurit sig?

I dag är det många, främst unga kvinnor som på olika sätt är självdestruktiva. Många väljer att skära sig i armarna och på övriga kroppen.

I vården så är inte alla vana vid detta och kan reagera på olika sätt. Vilket har betydelse för vilket bemötande den vårdsökande får.

Jag är en sjuksköterskestudent på högskolan i Gävle som i min C- uppsats vill undersöka hur de tjejer som skurit sig blivit bemötta av vårdpersonal då de sökt vård på t.ex. hälsocentralen, studenthälsan, akutmottagning eller i psykiatri.

Om du är intresserad av att medverka så fyller du i medföljande frågeformulär och lägger det i det medföljande kuvertet där portot redan är betalt, lägg det sedan i postlådan. Det kommer då komma till min handledare på högskolan i Gävle. Hon kommer sedan att ge mig alla breven. Du får vara helt anonym, du ska alltså ej ange ditt namn.

Då studien är klar kommer alla brev att förstöras.

Du som deltar ska ha fyllt 18 år nu, men det som du berättar om kan ha hänt tidigare. Du behöver alltså inte ha ett självdestruktivt beteende nu för att delta i studien.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan motivering.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående projektansvariga.

Zandra Ejdersten
Fleminggatan 20A
802 61 Gävle
Tel: 070- 456 25 45

Handledare: Gunilla Mårtensson
Institutionen för vårdvetenskap och sociologi
Högskolan i Gävle
Tel: 026- 64 82 94

Mail: zandra.ejdersten@comhem.se

