

## **HUR KVINNOR MED SJÄLVSKADEVETEENDE UPPLEVER BEMÖTANDET I VÅRDEN**

En studie baserad på självbiografiska  
böcker

## **HOW WOMEN WITH SELF- HARM EXPERIENCE THE HOSPITALITY WITHIN THE HEALTH CARE**

A study based on autobiographies

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad  
Grundnivå  
15 Högskolepoäng  
Hösttermin 2016

Författare: Rebecca Kuluman  
Anna Pettersson



HÖGSKOLAN  
I SKÖVDE

Institutionen för hälsa och lärande

2016-12-03

**HUR KVINNOR MED SJÄLVSKADEBETEENDE  
UPPLEVER BEMÖTANDET I VÅRDEN**  
En studie baserad på självbiografiska böcker

**HOW WOMEN WITH SELF-HARM EXPERIENCE THE  
HOSPITALITY WITHIN THE HEALTH CARE**  
A study based on autobiographies

Examensarbete i omvårdnad  
15 högskolepoäng  
Grundnivå  
Höstterminen 2016

Författare: Kuluman, Rebecca  
Pettersson, Anna

## SAMMANFATTNING

Titel:	Hur kvinnor med självskadebeteende upplever bemötandet i vården En litteraturstudie som bygger på självbiografiska böcker
Författare:	Kuluman, Rebecca; Pettersson, Anna
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Larsson, Anneli
Examinator:	Hertfelt Wahn, Elisabeth
Sidor:	27
Nyckelord:	Bemötande, Kvinnor, Självskadebeteende, Upplevelser, Vårdpersonal

---

**Bakgrund:** Självskadebeteende är ett fenomen som ökar bland kvinnor och vårdpersonal möter dessa patienter i allt större utsträckning inom vården idag. De fysiska skadorna patienten tillfogar sig själv gör att den kan hantera sin känslomässiga smärta. Som vårdpersonal är det viktigt att skapa en god relation med patienten där livsvärlden beaktas. Beaktas inte livsvärlden kan ett lidande skapas som kan utvecklas till ett vårdlidande.

**Syftet:** Studiens syfte var att beskriva hur kvinnor med självskadebeteende upplevde bemötandet i vården.

**Metod:** Studien utgick från en narrativ ansats. Studien grundar sig på sex självbiografiska böcker som analyserades för att få en djupare förståelse och för att kunna beskriva hur kvinnor med självskadebeteende upplevde bemötandet i vården.

**Resultat:** Resultatet visade att kvinnorna hade både positiva och negativa upplevelser av bemötandet i vården. Kvinnorna upplevde att de kände sig sedda av vårdpersonalen när de visade omtanke och engagemang till deras tankar, känslor och hälsa. Många gånger upplevde kvinnorna att vårdpersonalen inte hade tillräcklig kunskap och förståelse för deras mående.

**Diskussion:** Kvinnornas upplevelser av att vårdpersonal hade bristande kunskap om självskadebeteende tyder på att ytterligare utbildning krävs inom självskadebeteende. Utbildning kan ge en ökad förståelse där kvinnornas livsvärld beaktades, så att deras lidande kan framträda och förebygga ett vårdlidande.

## ABSTRACT

Title: How women with self-harm experience the hospitality within the health care  
A study based on autobiographies

Author: Kuluman, Rebecca; Pettersson, Anna

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Larsson, Anneli

Examiner: Hertfelt Wahn, Elisabeth

Pages: 27

Keywords: Experiences, Health professionals, Self-harm, Treatment, Women

---

**Background:** Self-harm is increasing among women and today's health professionals face these individuals in a greater extent throughout the health care today. The physical damage women inflict on themselves enables them to handle emotional pain. As a health professional, it's important to foster a good relationship where the life world is acknowledged. If the life world is ignored, the health professional's may struggle with identifying how self-harm affects the women. A suffering can result a care suffering.

**Aim:** Was to describe how women with self-harm experienced hospitality within the health care.

**Method:** The study was based on a narrative approach, meaning that six autobiographies have been analyzed to get a deeper understanding.

**Results:** Women have experienced both positive and negative encounters within healthcare. The individual's felt noticed by the health professional's when they show solicitude and dedication towards their thoughts, feelings and health. The women felt that the health professional's didn't have enough knowledge and understanding regarding their issues.

**Conclusion:** The women experienced that the health professional's lack of knowledge showed that further education was needed regarding self-harm. Education could provide a better understanding regarding the life of the woman, so that their suffering may be noticed and prevent a care suffering.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Självskadebeteende .....	1
Förekomst av självskadebeteende .....	2
Behandling vid självskadebeteende .....	2
Bemötande i vården .....	3
Sjuksköterskans profession .....	4
Livsvärld .....	5
Lidande .....	5
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>6</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>6</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
Urval .....	7
Datainsamling .....	7
Analys .....	7
Etiska överväganden .....	8
<b>RESULTAT</b> .....	<b>9</b>
När vårdpersonal visar förståelse .....	9
När vårdpersonal inte visar förståelse .....	10
Möten som skapar förtroende.....	11
Möten som skapar lidande.....	12
Möten som skapat negativ inställning .....	12
Resultatsammanfattning.....	13
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>14</b>
Metoddiskussion .....	14
Resultatdiskussion .....	16
Livsvärld .....	16
Utbildning .....	17
Lidande och vårdlidande .....	17
Miljö.....	18
Bemötande vid negativ inställning .....	19
Konklusion.....	20
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	20
<b>REFERENSER</b> .....	<b>22</b>

## BILAGOR

1. Tabell över självbiografiska böcker
2. Sökningsmatris över självbiografiska böcker
3. Analysmatris

## INLEDNING

En vård på lika villkor med respekt för alla människors lika värde och integritet, kan anses vara klara riktlinjer som skall bedrivas inom dagens moderniserade samhälle och hälso- och sjukvård (SFS 1982:763). Sjuksköterskan inom vården bär ett ansvar för att ge patienten vård där dennes rättigheter och värderingar respekteras. Eftersom sjuksköterskan bär ansvar för omvårdnaden är det viktigt att beakta patienten för att skapa en god upplevelse av vården (ICN, 2014). Det förekommer dock att de med självskadebeteende blir bemötta och vårdade på ett bristfälligt tillvägagångssätt, då deras sjukdom förknippas med skam och tabu (Overland, 2010). Dessa människor behöver inte ha som avsikt att dö, utan det kan vara ett sätt att hantera naturligt svåra situationer genom att lindra psykisk smärta samt att reglera och visa sina känslor. Det kan också vara ett rop på hjälp (Lindgren, 2014). I takt med att självskadebeteende ökar och blir ett vanligare fenomen bland patienter i samhället, uppger vårdpersonal att de har bristande kunskap och kompetens för hur de skall vårda och bemöta dessa patienter på ett professionellt tillvägagångssätt (Perseus, 2012). Studien vill därför ge en förståelse för hur kvinnor med självskadebeteende upplever bemötandet inom vården. Den kan klargöra för hur kvinnorna vill att vården skall bemöta dem för att lindra psykisk smärta samt främja hälsa och välbefinnande.

## BAKGRUND

### Självskadebeteende

Idag är självskadebeteende ett vanligt fenomen som vårdpersonal möter inom vården (Overland, 2010). Det finns tre olika typer av självskadebeteende vilka innefattar självstympling, stereotypt självskadebeteende och ytligt/medelsvårt självskadebeteende. Självstympling är kopplad till svår psykisk sjukdom. Människan utför handlingar som amputation och kastrering. Stereotypt självskadebeteende kan handla om rytmiska dunkningar med huvudet mot väggen. Den mest förekommande formen av självskadebeteende är ytligt/medelsvårt självskadebeteende som kan vara tvångsmässig, tillfällig eller upprepad. Den innefattar självskador mot sin egen vävnad i form av skärsår och brännskador (Lindgren, 2014).

Ett självskadebeteende kan pågå under en kortare period för att sedan helt upphöra eller så kan det eskalera och fortsätta under många år (Stiftelsen allmänna barnhuset, 2004). Självskada är något som människan gör avsiktligt för att skada sig själv (Hawton, Kingsbury, Steinhardt, James, & Fagg, 1999; Simm, Roen & Daiches-Lancaster, 2008). Människan behöver inte ha som avsikt att begå självmord, utan kan ha en önskan om att lindra sin psykiska smärta (Santa-Mina et al., 2006; Lindgren, 2014). Att människan tillfogar sig själv skada kan bero på olika anledningar. Det kan handla om att omvandla psykisk smärta till fysisk, hantera ångest, bestraffa sig själv, ha kontroll, bli lugn samt att känna sig levande (Lindgren, 2014). Den fysiskt tillfogade skadan som människan åstadkommit kan leda till

att den känslomässiga smärtan blir mer hanterbar (Lindgren, Wilstrand, Gilje & Olofsson, 2004). Självskadan kan vara ett sätt att visa sina känslor och kommunicera med allmänheten för att uppmärksamma de hur de mår. (Stiftelsen allmänna barnhuset, 2004; Jeffery & Warm, 2002; Lindgren, 2014).

Självskadebeteendets förekomst har blivit ett allt vanligare fenomen i samhället, trots detta är det fortfarande kopplat till skam och tabu. Det väcker fortfarande frågor och misstänksamhet hos samhället om hur en människa kan utföra handlingar mot sig själv som är skadande (Overland, 2010).

## **Förekomst av självskadebeteende**

Med hög sannolikhet har självskadebeteende förekommit under hela människans existens, men på senare tid har problematiken blivit mer omtalad och betydelsefull. De avsiktliga självdestruktiva handlingarna har ökat påtagligt sedan år 1985 (Overland, 2010). Självskadebeteende är vanligare bland ungdomar än hos övriga befolkningen. Det är vanligare att kvinnor skadar sig i jämförelse med män, då män istället använder andra former av utagerande beteenden. Det är framförallt i den kvinnliga åldersgruppen 15-24 år som ökningen varit som kraftigast (Straarup Søndergaars, 2008).

Vårdgivare har uppmärksammat att ett upprepat självskadebeteende har koppling till ökad risk att begå självmord. Denna risk ses som störst inom sex månader efter en självskadeperiod. Statistik visar att 8 av 100.000 kvinnor i åldrarna 15-24 år begick självmord under 2006 (Lindgren, 2014). Omfattningen av självskadebeteende i dagens samhälle är svårt att avgöra. Endast ett fåtal av alla självskadebeteende anmäls. Mörkertalet är stort och det finns belegg för att självskadebeteende är vanligare och mer utbrett än vad samhället tror (Overland, 2010; Duffy, 2006).

Vårdpersonal möter kvinnor med självskadebeteende i flera olika vårdinstanser eftersom sjukdomen ökar i samhället (Overland, 2010; Wilstrand, Lindgren, Gilje & Olofsson, 2007). Beroende på vilken vårdinstans vårdpersonalen arbetar på är det viktigt att kunna anpassa vården utifrån problemområdet. Vårdpersonalen är skyldig att göra patienten delaktig i sin individuella vård och behandling (Lindgren, 2014).

## **Behandling vid självskadebeteende**

Självskadebeteende bedöms i den internationella diagnosmanualen som en sjukdom. Självskadebeteende som sjukdom har en koppling till att patienten också kan lida av ätstörning, ångestsyndrom, bipolär sjukdom, depression och missbruk. Behandlingsmetoden bör därför ske och anpassas utefter människans enskilda behov. Behandlingen skall vara brett utformad och målet skall inte endast vara att behandla bort självskadebeteendet. Om endast självskadebeteendet behandlas behöver det inte innebära att patienten uppnår hälsa, eftersom det fortfarande kan förekomma psykisk smärta. För att hjälpa människor med självskadebeteende brukar dialektisk beteendeterapi (DBT) användas, vilket är den

vanligaste behandlingsmetoden. Behandlingen är en kombinerad individual- och gruppterapi som vänder sig till patienten med självskadebeteende. Individualterapi utgår från att stärka patientens motivation och ge stödkontakt i form av telefonkontakt i hemmet. Patienten som lider av självskadebeteende kan få kontakt med vården vid risk för skada. Färdighetsträningar ingår även i DBT som handlar om att lära patienten nya beteenden. Vid behandlingen av självskadebeteende kan även läkemedelsbehandling ingå. Läkemedel som kan förekomma i läkemedelsbehandlingen är ångestlindrande, antidepressiva, antipsykotiska och sömnläkemedel. Samsjukligheten som föreligger vid självskadebeteendet kan då också behandlas samtidigt (Lindgren, 2014).

För att en vårdplan skall kunna tillämpas för patienten skall dennes styrkor, svagheter och livssituation beaktas och ligga som underlag för den vårdplan som skapas. En kommunikation skall skapas mellan vårdpersonalen och patienten, där de tillsammans fastställer mål som behandlingen skall försöka tillämpa. De långsiktiga och kortsiktiga målen kan vara att patienten med självskadebeteende skall försöka skapa en fungerande social funktion i det vardagliga livet. Målen kan också vara att livskvalitén skall ökas genom att förebygga självskadan och att minska riskerna till följdskador. Dessutom hur patientens bakomliggande sjukdomar skall kunna behandlas. Vårdpersonalen och patienten skall tillsammans diskutera om målen som skall uppfyllas och identifiera vilka behandlingar som finns tillgängliga. Tillsammans skall de komma överens om vilken behandling som kan tillämpas (Svenska BUP föreningen, 2014). Det är viktigt vid möten med patienter som har självskadebeteende att försöka skapa en god relation. Den bör byggas på trygghet, respekt samt nyfikenhet som visar på intresse för att lyssna och inte döma patienten (Lindgren, 2014).

## **Bemötande i vården**

Bemötandet påverkas av vårdpersonalens människosyn och har en indirekt påverkan på hur vården utförs (Fossum, 2007). Vårdpersonal skall sträva efter att arbeta patientinriktat och att visa respekt för patientens enskilda värde samt integritet (SFS 1982:763). Vårdpersonal skall ha som utgångspunkt att varje vårdmöte är unikt och det innefattar att vårdpersonalen måste möta patienten i den aktuella situationen (Lindgren, 2014). Genom att följa och stödja tankegången patienten har, kan vårdpersonalen ta sig an livshistorian för att förstå deras problem och kunna använda sin kompetens för att hjälpa. Patienten har rättighet till att få kunskap och förståelse över sitt problem, likaså att bli sedd och förstörd för den människa den är (Andersson, 2007). Om vårdpersonalen inte känner till patienten livshistoria kan det påverka vården, då denna kan ha en väsentlig roll (Hill & Dallos, 2011).

Overland (2010) menar på att vårdpersonal bär på ett negativt synsätt för patienter med självskadebeteende. Det negativa synsättet kan leda till att vårdpersonalen inte ger ett terapeutiskt vårdande. Det icke terapeutiska vårdandet har ett samband med att vårdpersonalen känner osäkerhet och frustration över att inte kunna hjälpa patienterna. Vårdpersonalen kan även uppleva maktlöshet och rädsla över att mista sin professionella yrkesroll och att inte hjälpa patienterna på rätt sätt (Overland, 2010). När vårdpersonal ger ett bristande bemötande till patienten med självskadebeteende, tros faktorerna vara bristande



kunskap, stress, utmattningseffekt samt ett dåligt ledarskap (Perseius, 2012). Det är krävande att försöka hjälpa en annan människa. Det är därför nödvändigt att en relation skapas mellan patienten och vårdpersonalen som upplevs vara betryggande av båda parterna (Overland, 2010).

Ett bra bemötande bygger på att vårdpersonal skall se patienten som en enskild människa, där dess känslor och värderingar beaktas. En god vård skall vara individanpassad för patienten där vårdpersonalen respekterar dess värdighet, integritet och rättighet som gör patienten delaktig i beslut som rör dess behandling (Attree, 2001). Som sjuksköterska är det av stor vikt att göra patienten delaktig i sin individuella vård och behandling (Lindgren, 2014). För att göra patienten delaktig i beslut som rör dess vård och behandling, krävs det att sjuksköterska och patient delar information och skapar en relation till varandra (Eldh, 2009).

## **Sjuksköterskans profession**

Sjuksköterskan besitter personligt ansvar att ständigt förnya och utveckla sin kunskap för att kunna behålla sin yrkeskompetens. Sjuksköterskan bär ett ansvar för att ge patienten vård där deras rättigheter, trosuppfattning, värderingar och sedvänjor respekteras. Den enskilde patienten skall få information som ger den möjlighet till att kunna samtycka om sin vård och behandling. De insatser som sjuksköterskorna gör skall främja en god uppfattning hos patienten så att tillit skapas (ICN, 2014).

Självskadebeteende är ett växande problem i samhället och är i många fall ett dolt beteende. Sjuksköterskorna bär en viktig roll i att upprätthålla ett empatiskt förhållningssätt där patienten vägleds i sin självskada genom acceptans, stöd och förtroende från sjuksköterskorna. Det är viktigt att som sjuksköterska stärka och förbättra patientens självkänsla. På lång sikt kan patientens ångest lindras och självskadan minska. Genom att försöka skapa förståelse för patientens tankar och värderingar kan vårdprocessen underlättas. Sjuksköterskorna skall därför beakta patienten upplevelser och urskilja den enskilda människan bakom det föreliggande beteendet. Om sjuksköterskorna har kunskap om de bakomliggande orsakerna till varför patienten skadar sig, kan förståelse skapas. För att sjuksköterskorna skall kunna hjälpa patienten, bör ett vänligt bemötande skapas där hopp förmedlas till patienten om att människan kan bli frisk och få hjälp (Toftthagen, Talseth, Fagerström, 2014).

Det är betydelsefullt att bemöta den enskilde patienten och arbeta hälsofrämjande. Ett trevligt bemötande, väl fungerande omhändertagande och handlingstagande mot den levda kroppen ökar förutsättningarna för att hälsa och välbefinnande skall främjas (Socialstyrelsen, 2004). Varje människa förhåller sig till världen genom sin levda kropp då den skapar en viktig punkt i människans identitet. Det är genom den levda kroppen som människans livsvärld får sin betydelse (Dahlberg & Segersten, 2010).

## **Livsvärld**

Livsvärlden beskrivs som den värld som människan lever i. Det är den enskilde människans upplevda värld och den upplevs alltid ur människan egna perspektiv. Samtidigt som människans livsvärld utgör en del i den värld som delas med andra, är den ytterst personlig och unik för alla. Människan kan aldrig undkomma sin egen livsvärld (Dahlberg & Segersten, 2010).

För att kunna hjälpa patienter som är sjuka är det viktigt att förstå hur de upplever sin sjukdom och se vilka följder sjukdomen ger på livsvärlden. Varje enskild förändring i patientens funktion leder till en ändrad upplevelse. Då patienten drabbas av skada eller sjukdom sker det förändringar som leder till att människan ändrar sina upplevelse av sin livsvärld. När vårdpersonal använder sina sinnen och ställer frågor till patienten om hur den upplever sin situation, får patienten komma till tals och skildra sina egna upplevelser av hur sjukdomen upplevs och vilka följder den har lett till i vardagen (Dahlberg & Segersten, 2010). Självskadebeteende är en komplex sjukdom där patienterna kan lida av psykiska problem som kan härleda till att de har svårigheter med kommunikationen. Sjuksköterskan bör därför prioritera att avsätta tid med patienten där dennes tankar och värderingar beaktas. Sjuksköterskan skall vara ett stöd på ett personligt plan som motsvarar den enskilde patientens behov för att den skall kunna yttra sig (Fish, 2000). När patientens egna skildringar framträder kan vårdpersonalen sedan placera dessa i fokus och möta den enskilda patienten som är sjuk (Dahlberg & Segersten, 2010).

En patients hälsa, välbefinnande och lidande utspelar sig via livsvärlden. Vid vårdmöten där vårdpersonalen utgår från begreppet livsvärld, kan personalen få en ökad förståelse för patientens sjukdomsupplevelse. Vårdpersonalen kan få en uppfattning om hur sjukdomen har inverkat på patientens livsvärld och får en förståelse för hur det är att drabbas av sjukdom och leva med den. När vårdpersonalen inte har förståelse eller kunskap om att kunna möta patientens livsvärld, skapas inte ett verkligt vårdande och främst inget vårdvetenskapligt vårdande. Om inte ett verkligt vårdande skapas kan ett lidande utvecklas hos patienten (Dahlberg & Segersten, 2010).

## **Lidande**

Lidandet är ett fenomen som är en del av människans liv och som tillhör det naturliga. Det har sitt ursprung i verkligheten och är en central upplevelse i människans värld. Lidandet påverkar den privata livsvärlden men också människan i sig (Frank, 1995; Wiklund, 2003; Willman 2009). Ett psykologisk, biologiskt och existentiellt perspektiv har sitt ursprung i lidandet eftersom hela människan påverkas. En individuell kamp mellan hälsa och ohälsa är vad lidande innefattar (Wiklund, 2003).

Hos patienten med självskadebeteende kan det förekomma en inre process då denna försöker återfå kontrollen över sin egna kropp (Fish, 2000). Sjuksköterskor tycker att patienter med självskadebeteende är en svår patientgrupp att ge adekvat vård eftersom de kräver mer i jämförelse med andra patienter (Friedman et al., 2005). Vid möten med patienter som skadar

sig själva är det viktigt att som sjuksköterska inte endast se till den ytliga skadan patienten åstadkommit på sig själv, utan att tillse den enskilda patienten och försöka urskilja vad det är som skapar självskadebeteendet. Sjuksköterskor kan tycka att det kan vara problematiskt att försöka förstå problematiken som ligger bakom patientens självskadebeteende (Fish, 2000). Att bekräfta, belysa och uppmärksamma lidandet har en betydande faktor för det professionella bemötandet och vårdandet. Lidande har inte enbart sitt ursprung från symtom som uppvisas, det kan också handla om en inre process som förlust av sig själv som människa (Wiklund, 2003). Ett lidande som inte förebyggs av vårdpersonalen kan utvecklas till ett vårdlidande. Det är kopplat till upplevelsen av omvårdnadssituationen, där patienten inte bekräftas samt uppmärksammas som lidande människa. Konsekvensen blir att patientens autonomi och integritet påverkas i en negativ riktning i vårdandet när lidandet inte uppmärksammas i bemötandet. Maktlöshetskänslor kan komma att uppträda hos patienten, vilket är det centrala i vårdlidandet (Dahlberg & Segesten, 2010).

Att samtala om sitt lidande med andra människor kan vara en svår process för patienten. Därför är det viktigt att vårdpersonalen bemöter patienten som har ett lidande med att beröra och uppmärksamma deras känslor och upplevelser. Lidandet är ett vanligt fenomen inom vården och det är viktigt att lindra lidandet för att förebygga ett vårdlidande (Dahlberg & Segesten, 2010).

## **PROBLEMFORMULERING**

Självskadebeteende bland kvinnor är ett fenomen som ökar i samhället och har det blivit en vanligare patientgrupp inom vården. Vårdpersonal som möter dessa kvinnor upplever att de besitter bristande kunskap och kompetens för att kunna hjälpa dem på ett professionellt tillvägagångssätt. Om vårdpersonalen inte skapar ett verkligt vårdande för kvinnorna, beaktas inte deras livsvärld vilket kan skapa ett lidande. Kvinnor med självskadebeteende är i behov av hjälp, det är då viktigt med ett tryggt och stödjande bemötande. För att vårdpersonalen skall kunna få kunskap och förståelse för hur de skall bemöta kvinnorna på ett gynnsamt tillvägagångssätt, krävs att de får insikt i hur kvinnor med självskadebeteende upplever bemötandet i vården. Denna studie vill därför beskriva och bidra till en förståelse för hur kvinnor med självskadebeteende upplever bemötandet i vården.

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva hur kvinnor med självskadebeteende upplever bemötandet i vården.

## **METOD**

En kvalitativ metod med narrativ ansats användes i föreliggande studie för att beskriva hur kvinnor med självskadebeteende upplever bemötandet i vården. En kvalitativ metod med narrativ ansats handlar enligt Dahlborg- Lyckhage (2012) att analysera självbiografiska böcker som har en berättande karaktär. Metoden fördjupar sig i människors livsberättelser där de beskriver sina levda upplevelser gällande ett fenomen kopplat till hälsa, ohälsa, lidande och vårdande. Självbiografierna analyserades utifrån en analys av narrativer. Segesten (2012) skriver att en analys av narrativer leder till att få en förståelse för människors livssituation, erfarenheter, upplevelser samt förhoppningar inom valt område.

### **Urval**

För att besvara studiens syfte har självbiografiska böcker lästs och analyserats. Inklusionskriterierna för studien var att böckerna begränsades till att vara utgivna av svenska författare och innehålla det svenska språket, för att inte djupa innebörder eller analyser skulle gå förlorade i samband med översättning. Författarna till de utgivna böckerna skulle vara kvinnor eftersom fenomenet var vanligare bland kvinnor i jämförelse med män. Böckerna skulle vara utgivna mellan åren 2000-2016. Författarna till föreliggande studie hade kunskap om att de utgivna böckerna var baserade på upplevelser som kvinnorna skildrade från deras ungdomsår. De självbiografiska böckernas handling går att läsa i bifogad bilaga (bilaga 1).

### **Datainsamling**

Självbiografiska böcker söktes via sökmotorn Libris (libris.kb.se). Sökorden som användes i fritextsökningen var ”självskadebeteende”, ”självskada”, ”psykiatri”, ”psykiska sjukdomar”, ”ungdomar”, ”beteende” och ”biografi”. Sökningen med hjälp av ovan nämnda sökord resulterade i 106 självbiografiska böcker. Alla titlar och boksammanfattningar granskades. Av de 106 granskade böckerna lästes 6. Dessa 6 böcker inkluderades eftersom de innehöll relevant material som besvarade studiens syfte. Sökordet ”ungdomar” användes eftersom författarna till föreliggande studie ville inkludera upplevelser från tidiga ungdomsår. Sökningsprocessen redovisades i sökmatrixen (bilaga 2).

### **Analys**

Analysarbetet i studien utgick från Dahlborg-Lyckhages (2012) analys av narrativer som genomförs i tre olika steg. Det innebär att texten betraktas som en helhet, utifrån helheten skapas delar som sedan skapar en ny helhet. För att skapa en helhet påbörjades bekantgörande skedet, vilket innebär att författarna satte sig in i materialet och läste de sex utvalda böckerna enskilt. Dahlborg-Lyckhage (2012) skriver att när en helhet skapats påbörjas den egentliga analysen där helheten bryts ned till mindre delar. Det innebär att texten skiljs från sammanhanget och tolkas med olika innehåll för att kunna delas in i meningsbärande delar. Under granskningen av de självbiografiska böckerna märktes sidor upp som innehöll meningsbärande innehåll och som systematiskt jämfördes mot studiens

syfte under hela analysarbetet. Dahlborg-Lyckhage (2012) menar att när textens likheter och skillnader i de meningsbärande delarna markerats skapas därefter olika kategorier. Utifrån kategorierna som skapats kan ett mönster urskiljas. Detta utgör sista steget i analysarbetet som innebär att texten återigen ses som en helhet (Dahlborg-Lyckhage, 2012). Bildandet av kategorierna skapades av att den meningsbärande texten delades upp utifrån likheter och skillnader. Kategorierna namngavs därefter av innehållets samband genom att meningsbärande text kondenserades och skapade fem kategorier (bilaga 3). Under arbetets gång förbättrades kategorierna för att kondenseringen av meningarna skulle bli så tydliga som möjligt.

Under analysprocessen framgick att kvinnorna skildrade de upplevda bemötanden från olika vårdinstanser och vårdpersonal inom olika professioner. Vid vissa beskrivningar av bemötandet som kvinnorna skildrade, var det som läsare svårt att urskilja vilken vårdinstans de blev vårdade i samt av vilken profession de bemöttes av. Författarna till studien valde därför att inkludera alla bemötanden som kvinnorna upplevt, för att inte feltolkningar skulle uppkomma. Under analysprocessen framgick det också att samtliga kvinnor som skrivit de självbiografiska böckerna hade ett ytligt/medelsvårt självskadebeteende, samt att de led av andra sjukdomar som är vanliga vid självskadebeteende.

Priebe och Landström (2012) beskriver att förförståelse innebär att författarna besitter kunskap inom området innan påbörjad studie. Det kan handla om att författarna har erfarenheter och värderingar inom området sedan tidigare. Författarna till föreliggande studie hade sedan tidigare en inblick i vad självskadebeteende innebar. Ingen av författarna hade någon djupare kunskap eller erfarenhet inom ämnet. Dock hade en av författarna varit i kontakt med en kvinna som haft självskadebeteende. Mötet gav en inblick i hur kvinnan upplevde vården som inte vårdande. Författaren hade dock inte någon förståelse till varför kvinnan upplevde vården som negativ.

## **Etiska överväganden**

Självbiografiska böcker är publicerade och tillgängliga för allmänheten som kan ta del av böckerna. Kvinnorna till de självbiografiska böckerna har valt att publicera och gjort sina böcker tillgängliga för allmänheten (SFS 1960:729). Författarna till studien upplevde att ett informerat samtycke inte behövdes lämnas, eftersom kvinnorna frivilligt publicerade böckerna. Studien hade som utgångspunkt att alla människor var av lika värde och hade samma rättigheter i samhället. Författarna till studien tog därför hänsyn till att inte förvränga, förlöjliga eller vilseleda budskapet som framträdde i böckerna (Kjellström, 2012; Vetenskapsrådet, 2016).

## RESULTAT

Resultatet redovisas i fem kategorier. Dessa kategorier beskriver kvinnornas upplevelser av bemötandet i vården och redovisas i tabellen nedan (tabell 1). I resultatet används citat för att förstärka kvinnornas upplevelser. En del av citaten har förkortats, då text som inte ansågs vara av betydande värden för studiens syfte tagits bort. Författarna till föreliggande studie valde att belysa dessa förkortningar med tecknet [...].

Tabell 1. Kategorier som framkommit i analysprocessen.

Kategorier
När vårdpersonal visar förståelse
När vårdpersonal inte visar förståelse
Möten som skapar förtroende
Möten som skapar lidande
Möten som skapar negativ inställning

### När vårdpersonal visar förståelse

Samtliga kvinnor beskrev att när vårdpersonalen uppvisade ett stödjande och ett tillmötesgående tillvägagångssätt, kände de att vårdpersonalen såg dem och visade förståelse. Kvinnorna upplevde att när vårdpersonalen lyssnade till deras tankar och värderingar om den fortsatta behandlingen, byggdes förståelse upp. Delaktigheten i sin individuella vård gjorde att kvinnorna kände sig betraktade som människor och inte som ett problem. Några av kvinnorna kände då att vårdpersonalen tog deras berättelser på allvar och visade förståelse för att de var i behov av hjälp. Vid samtal med vårdpersonal som använde kroppsspråk i form av en trygg hand att hålla i, betryggande beröring eller en stabil och stadig ögonkontakt, skapade vårdpersonalen signaler av förståelse för kvinnorna.

*Han var mycket trevlig och verkade till att förstå att jag mådde mycket dåligt. Han tog mig i hand och presenterade sig för mig och höll kvar min hand i sin när jag satte mig ner i fåtöljen jämte honom. -Jag förstår att du haft det mycket jobbigt den sista tiden, Janna (Nilsen, 2005, s. 181-182)*

Vid de tillfällen kvinnorna skadade sig själva, upplevde de ett gott bemötande när vårdpersonalen var stödjande och uppmuntrade dem till att inte se den självdestruktiva händelsen som ett misslyckande. Kvinnorna upplevde att när vårdpersonalen inte påskyndade vårdprocessen för dem till att tillfriskna, beaktades deras befintliga situation.

Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen respekterade deras situation och visade förståelse genom att få dem att kämpa för att nå ett välbefinnande.

### **När vårdpersonal inte visar förståelse**

Kvinnorna upplevde att när de inte erbjöds den hjälp de var i behov av, kände de en bristande förståelse från vårdpersonalen. Kvinnorna upplevde att de inte blev betrodda eller tagna på allvar. Kvinnorna skildrade att när vårdpersonalen inte visade hänsyn eller beaktade deras individuella åsikter, kände de sig motarbetade. Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen inte visade förståelse och viljan att kämpa emot avtog. Ett flertal gånger upplevde några kvinnor att de fick be om ursäkt för att de uppsökt vård. Vårdpersonalens nonchalans och respektlöshet fick kvinnorna att känna att de inte fick förståelse.

*Personalen kände igen mig. Några gick fram och hälsade på mig, skakade på huvudet och sa: - Sofia, är du här nu igen? Andra gav mig bara en blick. Jag visste så väl vad den betydde! Att läsa folks ögon var det jag gjorde allra bäst. Genom människors blickar såg jag direkt vad de tänkte, och inom ett par sekunder visste jag min inställning till dem. Trots att de försökte dölja sina förbjudna känslor bakom yrkesrollen kände jag att de tyckte att jag tog upp plats för dem som var sjuka på riktigt (Åkerman, 2004, s. 7)*

När vårdpersonalen inte betraktade framsteg till förbättring under vården, upplevde några av kvinnorna att vårdpersonalen inte visade förståelse. Kvinnorna beskrev situationen att vårdpersonalen dumförklarade och nekade dem vård trots sjukdom. Kvinnorna upplevde att de var en hopplös arbetsuppgift som tog upp vårdpersonalens tid. Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen saknade förståelse för hur de ville bli behandlade, vilket skapade ett hinder mellan vårdpersonalen och de drabbade kvinnorna. Kvinnorna upplevde att de sökte vård för att få hjälp men blev bemötta av vårdpersonal som inte besatt kunskap om vilken behandling eller vårdtyp de var i behov av. Några av kvinnorna upplevde att de blev missanpassade vart de än placerades. Kvinnornas osäkra miljö och känsla av missanpassning fick dem att uppleva sig misslyckade och att de inte fick förståelse.

*Du verkar inte må så bra, säger läkaren på inskrivningssamtalet och kikar förstrött på mig och klockan samtidigt. Jag sitter på golvet och lägger märke till hans distraherande blickar, trycker mig tätt intill väggen i ett hörn av rummet. Jag är så trött på att alltid vara en hopplös arbetsuppgift, en förkortad term i en bunt med papper, dömd på förhand, dömd till att leva så begränsat som möjligt (Pålsson, 2008, s. 41).*

Kvinnornas upplevelse av vårdpersonalens bemötande var av kränkande och förolämpande karaktär. Om vårdpersonalen besuttit ytterligare förståelse för deras sjukdomsbild och beteende, förmodar kvinnorna att detta bemötande skulle kunnat gå att undvika. Några av kvinnorna skildrade att den utbildade vårdpersonalen inte uppvisade samma förståelse för deras känslor och mående i jämförelse med den utbildade vårdpersonalen.

*Det är synd att du förstör din kropp på det här sättet. Jag menar, du som ser så bra ut annars. Det måste kännas hemskt”, säger en av personalen på Blåhake (Pålsson, 2004, s. 34).*

## **Möten som skapar förtroende**

Kvinnorna skildrade möten i vården som haft en positiv inverkan på dem och som gjort att de funnit förtroende. De beskrev att de upplevde sig sedda när vårdpersonalen visade omtanke och engagemang till deras tankar, känslor och mående. Kvinnorna upplevde att när vårdpersonalen inte ställde för höga krav på dem, utan istället fanns där som en nära och otvungen kontakt i form av en stöttepelare att luta sig mot, ökade förtroendet. Kvinnorna upplevde att förtroendet stärktes när vårdpersonalen tog sig tid till att lyssna, trösta och lät dem ventileras om sina tankar och ångestkänslor. Kvinnorna upplevde att de kunde prata och känna förtroende till vårdpersonalen när en atmosfär skapades där kvinnorna inte behövde känna sig som en belastning. Kvinnorna upplevde att vänskapliga band skapades till vårdpersonalen när de gav sin tid med ärlighet. Kvinnornas förtroende och tillit växte till vårdpersonalen.

*Han fick mig för första gången på mycket länge att känna förtroende för en vuxen person. Jag kände enorm trygghet när han jobbade. Han tröstade mig när jag grät, skrattade med mig när jag var glad och fanns alltid vid min sida. [...]Min ängel kunde jag prata med om allt. Jag ventilerade mina tankar och känslor och han tog sig alltid tid att lyssna (Välitalo, 2008, s. 33).*

Kvinnorna upplevde att när de blev bemötta utifrån ett lugnande och avslappnande tillvägagångssätt, upplevdes vårdpersonalen finnas där för deras välmående. Flera av kvinnorna beskrev att det frambringade att vårdpersonalen ville hjälpa dem ur deras självdestruktiva handlande då de också avsatte tid. Det fick kvinnorna att känna sig bekräftade och meningsfulla. En kvinna skildrade en situation där hon upplevde att vårdpersonalen var behjälplig och avsatte tid för henne, utan att hon behövde uppleva att hon var ett hinder som odslade bort vårdpersonalens tid.

*Vi pratade om allt möjligt mellan himmel och jord. Jag tittade på klockan och fick mitt livs chock. En och en halvtimme hade jag suttit inne hos läkaren utan minsta antydning till att han var stressad eller tittade på klockan.[...]Äntligen, äntligen äntligen. Det kändes överkligt (Välitalo, 2008, s. 95-96).*

Några av kvinnorna skildrade att förtroendet stärktes när vårdpersonalen avsatte tid till att kontakta dem när telefonkontakt eller hembesök önskades. Bekräftelsen och stötningen kvinnorna fick gjorde att de kände sig sedda och hörda, även under deras självdestruktiva perioder.



## Möten som skapar lidande

Den vård och behandling som kvinnorna blivit utlovade, men som aldrig verkställdes, fick kvinnorna att uppleva tvivel och minskat förtroende för vårdpersonalen. Kvinnorna upplevde att sveket kunde skapa självdestruktiva handlingar och självmedicinering för att dämpa den ångest som uppkommit på grund av den uteblivna vården. Kvinnorna upplevde att vården som skulle hjälpa dem ur självskadebeteendet var av stora brister. De skildrade att vårdpersonal inte engagerade sig i att ta reda på den bakomliggande orsaken till deras handlande. Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen istället drog egna slutsatser om att de ville ha uppmärksamhet när det skadade sig själva. Kvinnorna beskrev att de upplevde känslor av att de inte blev erbjudna samma vård och behandling som övriga patienter inom vårdinsatserna.

*Jag har rätt till vård, lika självklart som att en högavlönad människa råkar ha problem med hjärtat får hjälp. Om en människa kommer in med hjärtinfarkt så är det ingen som säger ” du får skylla dig själv” och nekar denna personen vård. Men jag möts av föraktfulla blickar och djupa suckar och blir bollad fram och tillbaka (Pålsson, 2008, s. 219).*

Kvinnorna upplevde att när de inte blev informerade eller fick vara delaktiga i sin individuella behandling, skapades känslor av bristande förtroende för vårdpersonalen. Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen inte beaktade deras autonomi när kvinnorna inte fick vara delaktiga i sin vård. En kvinna beskrev att när hennes vårdplan skulle diskuteras, deltog vårdpersonal från olika professioner i samtalet. Kvinnan upplevde då att vårdpersonalen inte betraktade henne som människa utan som ett objekt. Kvinnan upplevde att vårdpersonalen pratade över hennes huvud och fastställde beslut där hon inte fick vara delaktig. Kvinnan upplevde att vårdpersonalen hade brister i sitt tillvägagångssätt när hälsa försöktes främjas. En annan kvinna beskrev att vårdpersonalen försökte skapa ett fungerande beteende där hon skulle följa vardagliga rutiner. Kvinnan upplevde att desto fler rutiner hon följde, desto bättre hälsa bedömde vårdpersonalen att kvinnan uppvisade. Dock skildrade kvinnan att hon personligen inte upplevde sig må bättre eller blivit hjälpt ur sitt självskadebeteende, utan att hon istället följde en rutin som vårdpersonalen tvingade henne att följa.

*Hennes röst är kyligt lugn och ögonen glimmar av den där tröttheten som jag så ofta ser hos människor som arbetar inom vården. -Vad jag menar är att om jag stannar här så kan jag låta er ta kontrollen över mina handlingar tills era önskningsar är ett inlärt beteende hos mig, och ni kan gratulera mig för att jag är så välanpassad och duktig eller rent av frisk. Men egentligen har jag inte lärt mig något alls mer förutom att lyda (Pålsson, 2008, s. 31).*

## Möten som skapat negativ inställning

En del kvinnor upplevde att den negativa inställningen de hade mot vårdpersonalen och vården de erbjöd, påverkade bemötandet som vårdpersonalen försökte skapa. Några kvinnor upplevde att vårdpersonalen erbjudit hjälpen försent och att deras sjukdomstillstånd inte

skulle kunna förbättras. Några av kvinnorna upplevde att vårdpersonalen försökte vara vänliga mot dem och försökte motivera kvinnorna med vad de hade att kämpa för i sina liv. Kvinnorna upplevde dock att de inte kunde förbise sina tidigare negativa upplevelser av vården, därför kunde de inte ta del av den vård som erbjöds för att vägleda dem tillbaka till rätt spår.

*Berny, gå upp ur sängen! Ser du inte hur mycket du har att kämpa för? Du har skrivandet och vännen, du är en fighter. Jag vill inte se dig så här, gå upp ur sängen! säger Leo och jag vet att han bryr sig, att han trots att jag är en krävande patient verkligen gör sitt bästa för att hjälpa mig, men jag är likgiltig nu (Pålsson, 2008, s. 155).*

Några av kvinnorna upplevde att deras negativa inställning satte vårdpersonalen i en komplicerad situation för att försöka hjälpa dem. Kvinnorna upplevde att ett hinder byggdes upp mellan dem och vårdpersonalen då de upplevde sig åsidosatta. Om vårdpersonalen inte uppnådde kvinnornas idealbild och förväntningar över hur vårdpersonal skulle vara, fick de inte ta ansvar för deras vård och behandling. Kvinnornas negativa inställning gjorde att oavsett om vårdpersonalens hjälp var av god kvalitet, var de inte villiga att ta emot den. Kvinnorna hade redan bestämt sig att vårdpersonalens hjälp inte skulle främja deras hälsa, då hjälpen ansågs vara meningslös. Dock hade flera av kvinnorna förståelse för att vårdpersonalen ville deras väl, men deras negativa inställning gjorde att de avböjde all hjälp.

*- Hur vill du att vi ska hjälpa dig? frågar Werner. -Hur kan vi hjälpa dig?-Hade jag vetat det så hade allting varit mycket enklare, förklarade jag. -Det räcker inte, hävdar Sebastian. Du måste ge oss konkret exempel hur vi kan hjälpa dig. Jag sitter tyst (Pålsson, 2004, s. 189).*

## **Resultatsammanfattning**

Kvinnorna upplevde att de fick förståelse när de fick vara delaktiga i sin individuella vård och behandling. Kvinnorna upplevde att en betydande faktor för det individuella vårdandet var när livsvärlden, tankarna och värderingarna beaktades av vårdpersonalen. Kvinnorna beskrev att när vårdpersonalen utgick från dem som människor där deras vård och behandling inte påskyndades för att tillfriskna, byggdes förtroendet upp till vårdpersonalen. Kvinnorna upplevde dock att förtroendet kunde brytas ned och känslan att inte få förståelse kunde uppkomma. Kvinnorna beskrev också att när de inte fick vara delaktiga i sin individuella vård, där deras tankar och värderingar inte beaktades, upplevde de att de blev åsidosatta och att vårdpersonalen bestämde över deras situation. Hos kvinnorna byggdes en negativ inställning upp om att de inte erbjöds eller fick den vård de behövde. Den negativa inställningen kvinnorna upplevde, skulle gå att undvika om vårdpersonalen besatt ytterligare kunskap om deras sjukdom och beteende. Kvinnorna upplevde då att bemötandet av vårdpersonalen hade givit ett annat intryck.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Föreliggande studie utgick från en kvalitativ metod med en narrativ ansats. Metoden valdes för att besvara studiens syfte och för att beskriva och ge en djupare förståelse för hur kvinnor med självskadebeteende upplevde bemötandet i vården. Att använda självbiografier ansågs vara passande till studiens syfte, eftersom Dahlborg-Lyckhage (2012) beskriver att om motivet för studien är att öka kunskapen och belysa upplevelser av vården är analys av narrativer en lämplig metod. Självbiografier ses som en berättelse där författaren förmedlar och beskriver sina egna upplevelser (Skott, 2012). Den kvalitativa metoden ansågs därför vara mer lämplig jämförelse med kvantitativ metod, där metoden istället använder sig av observationer och strukturerade mätningar (Billhult & Gunnarsson, 2012). Andra ansatser som studien kunnat utgå från var artiklar och bloggar. Segersten (2012) beskriver att vid litteraturoversikt av artiklar kartläggs ett visst område. Artiklarnas innehåll begränsas till vilket intresse forskare haft som utgångspunkt i sin forskning. Om studien haft artiklar som utgångspunkt hade kanske inte tillräckligt med material funnits som inriktat sig på kvinnors upplevelser av bemötandet i vården. Kvinnornas verkliga skildringar hade kunnat förvridas eftersom materialet granskats och bearbetats av artiklarnas författare. Om studien hade använt bloggar skulle upplevelser av bemötandet skildras i reell tid. Det hade då inte funnits några tveksamheter till om författarnas minne över upplevelsena i de självbiografiska böckerna påverkats med tidens gång. Dahlborg och Lyckhage (2012) skriver att vid analys av narrativer kan upplevda händelser och bemötanden förvridas och dramatiseras.

Från början skulle kvinnorna till de självbiografiska böckerna vara i åldersgruppen 15- 24 år. När sex böcker valts ut för att ingå i studien, hade tre böcker upplevelser som var utanför åldersavgränsningen 15-24 år. Författarna till studien valde då att ta bort åldersavgränsningen som ett inklussionskriterie, eftersom det inte ansågs påverka studiens resultat. De upplevelser som framkom i resultatet upplevdes av kvinnorna i åldersgruppen 13-32 år. De självbiografiska böckerna skulle först vara utgivna mellan åren 2010-2016. När datainsamlingen genomfördes hittades inte tillräckligt med böcker som besvarade studiens syfte kopplat till dessa inklussionskriterier. Tidspannet utökades då till 2000-2016 för att tillräckligt med material skulle erhållas. Wallengren & Henricson (2012) beskriver att för lite material kan påverka studiens kvalitet och trovärdighet. Om studien innehållit för lite material, kunde resultatet i studien påverkats. Författarna till studien ansåg att antalet utvalda böcker var tillräckligt, eftersom böckerna som inkluderades skildrade liknande upplevelser från vården. Trovärdigheten hade dock stärkts om fler böcker som skildrade liknande upplevelser hade använts. Författarna till föreliggande studie hade i åtanke att böckerna skulle vara utgivna mellan åren 2000-2016, men att upplevelsena som kvinnorna skildrade var från tidigare uppväxtår. Det diskuterades om kvinnornas minne med tiden gjorde att de glömde eller förvred upplevelsena som skildrades i böckerna. Författarna till föreliggande studie gjorde bedömningen att kvinnorna påverkades starkt av händelserna som de varit med om inom vården och att de satte djupa spår vilket gjorde att de inte glömde detaljerna i händelserna som de varit med om.

Studien hade kunnat använda sig av både engelska och svenska böcker och fler självbiografier hade då kunnat inkluderas till studien. Nackdelen med att använda sig av engelska böcker var att djupa innebörder eller analyser skulle kunnat gå förlorade. Dahlborg-Lyckhage (2012) beskriver att berättelser innehåller både öppna och dolda budskap. Författarna ville inte att de dolda budskapen skulle gå förlorade vid översättning.

Datainsamling genomfördes via Libris (libris.kb.se) som är det svenska bibliotekens gemensamma katalog. Databasen ansågs vara lämplig eftersom den har ett stort utbud av böcker som uppdateras dagligen. Fördelen med databasen var att den gav tillgång till andra biblioteks kataloger över befintliga böcker. Det var en fördel då sökning på enskilda bibliotek endast visade deras tillgängliga böcker. Andra databaser som studien hade kunde använda sig av var Adlibris och Bokus. Fler självbiografier hade då kunnat användas i studien eftersom både Adlibris och Bokus har ett stort urval av böcker. Dessa två databaser valdes dock bort eftersom vid sökning på Adlibris kunde endast ett sökord användas, vilket kunde medfört att studien gått miste om användbara självbiografier. Bokus gav endast träffar på böckers titlar vilket gjorde att databasen inte kunde användas. Genomförandet av datainsamlingen presenteras i en bilaga (bilaga 2) där de sökord som användes redovisas.

Analysarbetet utgick från Dahlborg-Lyckhages (2012) analysmodell av narrativer. Under analysprocessen framkom meningsbärande texter som till stor del stämde överens med varandra, vilket stärkte trovärdigheten (Persson & Sundin 2012). Studiens resultat ansågs vara trovärdigt eftersom de meningsbärande texterna som haft samma innebörd valdes ut och skapade kategorier som skildrade kvinnornas upplevelser. Framtagningen av hur kategorierna har redovisats med hjälp av en analysmatris (bilaga 3), vilket har gett läsaren möjlighet att se hur rubrikerna skapades.

Under analysprocessen framgick att alla kvinnorna led av ett ytligt/medelsvårt självskadebeteende. Det kan varit en bidragande faktor till att resultatet haft liknande upplevelser som styrkt varandra. Om kvinnor med andra typer av självskadebeteenden hade inkluderats till studien hade studien fått ett annat resultat. Eftersom behandlingen för kvinnorna kan sett annorlunda ut beroende på hur svårt deras självskadebeteende varit. Kvinnorna bemöts säkerligen av vårdpersonalen på olika tillvägagångssätt utifrån vilken typ av självskadebeteende de har, vilket hade kunnat påverka hur kvinnorna upplevt de olika bemötanden vad gäller vårdandet av sin sjukdom. Om män hade inkluderats till studien hade resultatet kunnat få ett annat perspektiv, eftersom män använder andra former av utåtagerande beteende. Om studien endast utgått från mäns upplevelser av bemötande, förmodar författarna män hade fått ett annat bemötande då de kanske tagits mer på allvar.

Överförbarhet innebär att om resultatet som studien kommit fram till går att överföra till andra situationer eller människor (Wallengren & Henricson, 2012). Kvinnorna med självskadebeteende hade flera bakomliggande psykiska sjukdomar vilket gjorde att deras upplevelser inte fullständigt gick att överföras till kvinnor med endast självskadebeteende. Kvinnornas upplevelser är dock överförbara till kvinnor med liknande eller samma psykiska sjukdomar och med ett ytligt/medelsvårt självskadebeteende. Författarna hade under hela studiens gång i åtanke att självbiografierna endast skildrade de upplevelser kvinnorna ville dela med sig av vilket kan ha påverkat överförbarheten då kvinnorna själva valde vilka

negativa eller positiva bemötanden de ville belysa. Då kvinnornas upplevelser som valdes ut till studien är personliga och unika, skulle de inte ses som en övergripande bild över hur kvinnor med självskadebeteende upplevde bemötandet i vården. Dock var kvinnornas upplevelser i de självbiografiska böckerna av samma och liknande karaktär. Därför var det värdefullt att betrakta dessa då Person och Sundin (2012) hävdar att liknande överensstämmelser tyder på trovärdighet.

Författarna var medvetna om att deras förförståelse och tolkningar kunde påverka det material av upplevelser kvinnorna beskrev. Dahlborg-Lyckhage (2012) beskriver att vid analys av självbiografiska böcker skall författarna vara öppna och försöka förhålla sig på ett sätt som gör att texten kan skildra sin mening. Den öppenhet som krävs för detta kan ha sina brister, framförallt att förförståelsen kan framträda. För att författarna skall undvika att deras förförståelse påverkar materialet, skall reflektion användas som redskap i analysen. Författarna till studien reflekterade med varandra genom hela analysen för att undvika att deras förförståelse skulle påverka materialet. Författarna till denna studie är kvinnor som valt att beskriva kvinnors upplevelser och det diskuterades om det varit en fördel eller nackdel. En nackdel kan ha varit att författarna hade en förförståelse för kvinnornas upplevelser då de själva är kvinnor, men det kan även ha varit en fördel då författarna lättare kunnat sätta sig in i kvinnornas situation. Om studien istället hade genomförts av män, hade kvinnornas upplevelser kunnat bli tolkade utifrån ett annat perspektiv.

## **Resultatdiskussion**

Resultatdiskussionen redovisas i fem rubriker. Dessa rubriker är *livsvärld, utbildning, lidande och vårdlidande, miljö samt bemötande vid negativ inställning*. Författarna till studien valde att använda rubriker för att förtydliga vad kommande text handlar om samt för att beskriva vilka problemområden kvinnorna med självskadebeteende upplevde att bemötandet påverkades av i vården.

### **Livsvärld**

Resultatet visar att kvinnornas berättelser innefattar positiva och negativa upplevelser av bemötandet i vården. När kvinnorna blir bemötta av vårdpersonalen utifrån ett lugnande tillvägagångssätt som visar omtanke till deras tankar och mående, känner de sig sedda och förtroende byggs upp. Fossum (2007) skriver att sjuksköterskors människosyn har en indirekt påverkan på bemötandet och utförandet av vården. Lindgren och Hällgren-Graneheim (2015) menar att när sjuksköterskor sätter sig in i och försöker förstå kvinnornas situation, leder det till ett ökat engagemang och intresse för att hjälpa dem. Som sjuksköterskor är det av stor vikt att försöka identifiera kvinnornas styrkor och svagheter, för att lättare kunna ge hjälp (Lindgren & Hällgren-Graneheim, 2015). I resultatet skildrar kvinnorna att när de blir hörda, stöttade och tröstade av vårdpersonalen skapas en atmosfär där de inte upplever sig som en belastning. För att sjuksköterskorna skall kunna hjälpa patienten som befinner sig i ett sjukdomstillstånd, är det väsentligt att förstå hur patienten upplever sin sjukdom och hur den påverkar livsvärlden (Dahlberg & Segesten, 2010). Det är betydelsefullt att bemöta den enskilde patienten med respekt och arbeta hälsofrämjande

(Socialstyrelsen, 2004). För att inte döma kvinnor med självskadebeteende är det viktigt att som sjuksköterskor har ett öppet sinne. Sjuksköterskorna skall lyssna, tro och bekräfta kvinnornas berättelser för att skapa en positiv upplevelse av vården, där deras förtroende byggs upp (Lindgren & Hällgren-Graneheim, 2015).

Resultatet visar att kvinnorna upplever att när vårdpersonalen inte lyssnar till dem, känner de sig inte tagna på allvar och upplever att vårdpersonalen inte visar förståelse. Dahlberg och Segesten (2010) uppmärksammar att om sjuksköterskorna inte har förståelse eller besitter kunskap om hur de skall möta patientens livsvärld, skapas inte ett verkligt vårdande (Dahlberg & Segesten, 2010). Som sjuksköterskor är det viktigt att inneha förståelse för vad det är som orsakar det självdestruktiva beteendet (Ousey & Ousey, 2012). Sjuksköterskor måste skapa en behandlande relation till kvinnorna, där deras tankar och känslor skildras om bakomliggande orsak (Kool, Meijel, Bijl, Koekkoek & Kerkhof, 2015; Duffy, 2006). Om kvinnorna involveras i deras individuella vård, kan de uppleva vårdens handlingstagande som positiv (Ousey & Ousey, 2012). Det är av stor vikt att uppmärksamma kvinnan bakom självskadebeteendet och inte enbart koppla beteendet till det avvikande och sjuka, utan att skapa en förståelse och vilja till att hjälpa kvinnorna. Om vårdpersonalen inte negligerar kvinnorna kan ett bra bemötande och vårdande skapas.

## **Utbildning**

Resultatet visar att kvinnorna upplever att vårdpersonalen inte besitter tillräckligt med kunskap om självskadebeteende för att bemöta dem på ett professionellt tillvägagångssätt. Kvinnorna upplever också en skillnad i när de bemöts av utbildad i jämförelse med utbildad vårdpersonal. I dagens samhälle förekommer det information om självskadebeteende, men trots det förekommer det osäkerhet hos sjuksköterskor om hur bemötandet och vårdandet skall utföras (McAllister, 2003). Förutsättningarna för att lidandet skall lindras kräver ett gynnsamt bemötande, väl fungerande omhändertagande och handlingstagande mot den levda kroppen (Socialstyrelsen, 2004). Om sjuksköterskor skulle erhålla ytterligare kunskap om självskadebeteende genom utbildning skulle förståelse kunna uppvisas till patienter med självskadebeteende (McHale & Felton, 2009). Sjuksköterskor som genomfört utbildning om självskadebeteende har visat att de fick en annan uppfattning om patienten. Före utbildningen trodde sjuksköterskorna att patienten skar sig för att få uppmärksamhet, men efter genomförd utbildning fick de förståelse för att beteendet kan vara kopplat till bakomliggande orsaker. Utbildningen fick sjuksköterskorna att se patienten ur ett annat perspektiv där deras inställning till dem förändrades. De kände medlidande och en växande förståelse till patienten (McAllister, Moyle, Billett & Zimmer-Gembeck, 2008). Patienter med självskadebeteende är en omvårdnadsgrupp som är en svår utmaning för vårdinstanser att hjälpa. Det krävs att vårdpersonalen har kunskap och utbildning som är tillräcklig och lämplig för att på ett känslomässigt plan kunna beakta behoven patienten har (Ousey & Ousey, 2012).

## **Lidande och vårdlidande**

Resultatet visar att när vård och behandling utlovas från vården men som sedan inte erbjuds, skapar det minskat förtroende hos kvinnorna. Sveket från vården kan skapa självdestruktiva handlingar hos kvinnorna för att dämpa ångesten som uppkom av den utlovade vård som

inte besannades. Kvinnorna upplever att de inte blir erbjudna samma vård som övriga patienter i vården. Ousey och Ousey (2012) uppmärksammar att patienter med självskadebeteende skall ges samma värdighet och respekt som övriga patienter inom vården (Ousey & Ousey, 2012). En god vård skall utgå från att vara individanpassad för patienten där dennes integritet och rättighet respekteras av vårdpersonalen (Attree, 2001). Brister i bemötandet inom vården kan leda till att ett lidande skapas. Om lidandet inte förebyggs av sjuksköterskor kan det skapa ett vårdlidande. Vårdlidandet är kopplat till att sjuksköterskor inte bekräftar och uppmärksammar patientens lidande eller om de inte besitter tillräckligt med kunskaper i hur vården skall utformas (Dahlberg & Segesten, 2010). Om patienten upplever att den inte har kontroll över sin vårdssituation eller att den upplever sig bli kränkt av sjuksköterskorna, kan ett vårdlidande skapas hos patienten. Vårdlidandet kan även uppstå när patientens behandling skjuts upp eller ställs in (Wiklund, 2003). Som sjuksköterskor är det av stor vikt att bjuda in patienten med självskadebeteende så den kan vara delaktig i sin individuella vård. För att sjuksköterskor skall kunna skapa en god omvårdnad, krävs det att vårdinstanserna tar hänsyn till varje enskild patients behov. För att vårdinstanserna skall kunna fullgöra det krävs flexibilitet, regelbunden handling samt att vårdpersonalen besitter kunskap och kompetens (Lindgren, 2014).

Resultatet visar att kvinnorna upplever att de bemöts av vårdpersonal som saknar förståelse för deras självskadebeteende. Kvinnorna upplever att det bristande bemötandet beror på att vårdpersonalen inte besitter tillräckligt med kunskap om sjukdomen eller vilken vård de är i behov av. Lindgren och Hällgren-Graneheim (2015) skriver att sjuksköterskor som vårdar patienter med självskadebeteende kan uppleva att de inte besitter tillräckligt med kunskap för att vårda denna patientgrupp. Sjuksköterskornas misstro till sina kunskaper påverkar självförtroendet och det kan leda till undvikandet av patienten med självskadebeteende (Lindgren & Hällgren-Graneheim, 2015). I vårdandet av patienter med självskadebeteende är det viktigt att som sjuksköterskor visa förståelse och vara respektfull. Det är av stor vikt att vara ett moraliskt stöd som inte dömer patienten (Kool et al., 2015). Som sjuksköterskor är det viktigt att uppmärksamma patientens känslor och upplevelser så att lidandet kan framträda. Som sjuksköterskor är det viktigt att beakta patientens lidande för att förhindra att ett vårdlidande skapas (Dahlberg & Segesten, 2010). Om vårdpersonalen skapat en atmosfär där kvinnorna känt sig sedda och betydelsefulla, hade kvinnorna kanske vågat kommunicera om sitt lidande. Vårdpersonalen hade kunnat få en förståelse för kvinnornas lidande och kunnat försöka lindra det (Wiklund, 2003). Det hade kunnat leda till att ett vårdlidande inte skapats.

## **Miljö**

Resultatet visar att somliga kvinnor känner sig missanpassade inom vården då vårdpersonal misstror deras berättelser och situation. Lindgren och Hällgren-Graneheim (2015) skriver att sjuksköterskors inställning till patienter har vid vården en avgörande roll för bemötandet och behandlingen. Eftersom sjuksköterskor ser patienten med självskadebeteende som manipulativa och uppmärksamhetssökande, har de en mer negativ syn mot denna patientgrupp i jämförelse med andra patientgrupper inom vården (Lindgren & Hällgren-Graneheim, 2015). Patienten med självskadebeteende upplever att vårdpersonalen har bristande medkänsla för deras berättelser och situation. Patienten upplever att vårdpersonalen förödmjukar dem när de uppsöker vård (Kool et al., 2015). Sjuksköterskor

upplever att förmågan till att skapa en god vårdkvalitet minskar i och med att bristen på sjuksköterskor ökar och nedskärningar i personalstyrkan sker (Hinno, Partanen & Vehviläinen-Julkunen 2011). På grund av underbemanning, upplever sjuksköterskorna att de inte har tillräckligt med tid för att prata med och trösta patienten, samt att inte hinna informera patienten tillräckligt om dennes sjukdom (Aikens, Sloane, Bruyneel, Heede & Sermeus 2012).

Den påfrestande och betungande miljön som sjuksköterskorna arbetar i utsätter dem för stress och utbrändhet (Van Bogaert et al., 2013). Att behandla och vårda patienten med självskadebeteende är känslomässigt krävande (Ousey & Ousey, 2012). Kvinnliga sjuksköterskor upplever mer negativitet och ångest inför att behandla patienten med självskadebeteende i jämförelse med deras manliga kollegor (Karman, Kool, Poslawsky & Van Meijel, 2015). Dock upplever manliga sjuksköterskor att de har en mer negativ inställning till patienten gentemot deras kvinnliga kollegor (Dickinson, Wright & Harrisson, 2009). Män upplever att de har mindre empati för kvinnor som skadar sig själva eftersom de lättare blir frustrerade och irriterade i jämförelse med sina kvinnliga kollegor. Männerna är dessutom mindre optimistiska och har lägre vilja att hjälpa patienten med självskadebeteende (Mackay & Barrowclough, 2005). Kvinnliga sjuksköterskor upplevs ha en mer positiv inställning och attityd till patienten. De har ett mer empatiskt förhållningssätt i jämförelse med männen. En förklaring till detta kan vara att kvinnliga sjuksköterskor i allmänhet är mer empatiska (Perboell, Hammer, Oestergaard & Konradsen, 2014). Som sjuksköterskor är det viktigt att ta patientens problem på allvar (Ousey & Ousey, 2012). Dock upplever många patienter att sjuksköterskorna förödmjucar, ignorerar samt uppvisar bristande medkänsla, vilket får dem att inte uppsöka vård (Kool, et al., 2015). Patienterna upplever att sjuksköterskorna inte bryr sig om eller lyssnar till det dem har att berätta (Fortune, Sinclair, & Hawton, 2008) Då vårdpersonalen oftast saknar kunskap om vart patienterna skall placeras och samverkan mellan vårdinstanserna är bristfällig, resulterar det i att patienterna blir förflyttade mellan olika vårdinstanser (Stiftelsen allmänna barnhuset, 2004). Det är svårt att veta hur stor omfattningen av självskadebeteende är i dagens samhälle, då endast ett fåtal patienter med självskadebeteende anmäls (Overland & Duffy, 2006). Det kan vara en bidragande faktor till att mörkertalet är stort och problemet tros vara mer förekommande än vad samhället har kunskap om.

### **Bemötande vid negativ inställning**

Resultatet visar att kvinnorna upplever att deras negativa inställning till vårdpersonalen och vården påverkar bemötandet. Kvinnornas inställning till vården påverkades av att de upplevde att vårdpersonalen inte hade tillräckligt med kunskap om självskadebeteende. Sjuksköterskornas uppfattningar styr deras värderingar och värdegrund. Om inte sjuksköterskorna och patienten utgår från samma värdegrund, kan konflikter uppstå på grund av sjuksköterskornas vårdhandlingar (Kihlgren, Engström & Johansson, 2009). Sjuksköterskorna är i behov av utbildning inom självskadebeteende för att kunna bemöta och planera patientens vård och behandling för att främja hälsan (Dickinson & Hurley, 2012; Ousey & Ousey, 2012). För att patientens vård och behandling skall främjas krävs kontinuerligt samarbete inom vårdinstanserna och professionerna. Sjuksköterskorna skall kunna bemöta patienten utifrån dennes önsknings och behov, där de har förståelse och insikt



i hur patienten upplever sin sjukdom, behandling och situation. För att sjuksköterskorna skall kunna sätta sig in i patientens situation behöver de se till sin analytiska förmåga, självinsikt och en positiv attityd till patienten (Willman, 2013). Den utbildning och erfarenhet sjuksköterskor bär på, gör att de har den omfattande kompetensen och rollen inom omvårdnaden. Sjuksköterskor har ansvar för att leda omvårdnadsarbetet på ett professionellt och effektivt tillvägagångssätt (Kihlgren, Engström & Johansson, 2009).

Resultatet visar att kvinnornas negativa inställning som tidigare skapats av ett ogynnsamt bemötande från vården, påverkade deras kommande vård. ICN (2014) beskriver att sjuksköterskor bär ansvar för att ge patienten vård med respekt för dennes rättigheter och värderingar. Sjuksköterskornas insatser skall främja en god uppfattning hos patienten så att tillit skapas (ICN, 2014). Sjuksköterskorna skall bemöta patienten med självskadebeteende med förståelse och inte avböja eller bemöta patienten med en hård attityd. Om sjuksköterskorna brister i sitt bemötande kan det skapa negativa reaktioner hos patienten som kan leda till att patientens självskadebeteende består (Fish, 2000). Om sjuksköterskorna istället bekräftar och skapar tillit, kan patienten ändra sitt beteende och känna hopp samt förtroende till sjuksköterskornas stöd (Lindgren & Hällgren-Graneheim, 2014). På grund av att kvinnorna tidigare upplevt ett ogynnsamt bemötande från vården då de blivit avvisade och inte betrodda, har det skapats en negativ inställning hos kvinnorna som de bär med sig i livet. Sjuksköterskor har ett ansvar för att skapa en god vård som gynnar patientens upplevelse av bemötande, men eftersom kvinnorna upplevt ett ogynnsamt bemötande från vården har de skapat ett lidande hos dem. Sjuksköterskorna upplever att de har bristande kunskap och kompetens för att bemöta kvinnor med självskadebeteende vilket inte bör få förekomma eftersom det skapar ett onödigt lidande för kvinnorna. Sjuksköterskorna är i behov av ytterligare kunskap och utbildning för att bemöta kvinnor med självskadebeteende utifrån samma rättigheter som övriga patienter inom vården.

## **Konklusion**

I föreliggande studie framkommer det att kvinnor med självskadebeteende beskriver både positiva och negativa upplevelser av bemötandet. De negativa upplevelserna är dock mer framträdande på grund av att kvinnorna känner att de inte blir respekterade, förstådda eller behandlade utifrån samma villkor som övriga patienter inom vården. Kvinnorna upplever att bristerna i bemötandet kan ha en koppling till att vårdpersonalen inte har tillräckligt med kunskap för att bemöta dem på ett gynnsamt tillvägagångssätt. Om vårdpersonalen hade haft ytterligare kunskap och blivit utbildade inom självskadebeteende, upplever kvinnorna att bemötandet och förståelsen för sjukdomen hade förändrats.

## **Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet**

Som sjuksköterskor är det av stor vikt att besitta kunskap och förståelse för hur kvinnor med självskadebeteende vill och bör bli bemötta inom vården. Om sjuksköterskorna har kunskap om hur ett gynnsamt bemötande skapas, kan vård och behandling främjas. Det kan leda till att en god omvårdnadskontakt skapas mellan parterna, eftersom sjuksköterskor bär ansvar för omvårdnaden. Om sjuksköterskorna har kunskap och förståelse för hur kvinnorna vill bli

bemötta, kan kunskapen överföras vidare till vårdpersonal inom andra vårdinstanser. Det har en stor betydelse för hela hälso- och sjukvårdssektorn, om de har kunskap om hur ett gynnsamt bemötande skapas, eftersom kvinnorna kan komma i kontakt med olika vårdinstanser i samband med vården av sitt självskadebeteende.

I dagens samhälle har många människor kunskap om vad ett självskadebeteende innebär, då det finns information tillgängligt. Utifrån studiens resultat framkom det dock att bemötandet till kvinnor med självskadebeteende var bristande. Det är därför av stor vikt att ytterligare och fördjupad forskning bör ske inom området. Om vidare forskning skulle ske inom området skulle det kunna gå att observera en grupp med vårdpersonal från olika län i Sverige, där hälften av personalgruppen skulle genomgå en utbildning inom självskadebeteende. Resterande grupp skulle inte erhålla någon utbildning utan skulle endast utgå ifrån sina egna kunskaper. När denna personalgrupp sedan möter kvinnor med självskadebeteende, skulle kvinnorna kunna ingå i en intervju för att identifiera hur de upplevt bemötandet. Intervjuerna skulle på så vis kunna urskilja om bemötandet upplevs på olika sätt ifrån de två grupperna. Forskningen skulle påvisa om utbildningarna haft en betydande faktor vid bemötandet av kvinnorna med självskadebeteende i vården.

## REFERENSER

Referenser markerade med asterisk (\*) är självbiografier som ingår i resultatet.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K. & Sermeus, W. (2012). Nurses 'reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 143-153. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009.

Andersson, S-O. (2007). Mötet och samtalet. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation – samtal och bemötande i vården* (1 uppl., s. 101-103). Lund: Studentlitteratur.

Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'good' and 'not so good' quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 456-466. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01689.x

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1 uppl., s. 115-126). Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlborg-Lyckhage, E. (2012). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2 uppl., s. 161-171). Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1 uppl., s. 329-342). Lund: Studentlitteratur.

Dickinson, T. & Hurley, M. (2012). Exploring the antipathy of nursing staff who work within secure healthcare facilities across the United Kingdom to young people who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 147-158. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05745.x

Dickinson, T., Wright, K-M. & Harrison, J. (2009). The attitudes of nursing staff in secure environments to young people who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 947-951. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01510.x

Duffy, D. F. (2006). Self-injury. *Psychiatry*, 5, 263-265. doi:10.1053/j.mppsy.2006.05.003

Eldh, A.C. (2009). Delaktighet och gemenskap. I A.C. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa* (1 uppl., s. 45-64). Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.

Fortune, S., Sinclair, J. & Hawton, K. (2008). Help-seeking before and after episodes of self-harm: A descriptive study in school pupils in England. *BMC Public health*, doi:10.1186/1471-2458-8-369

Fossum, B. (2007). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation – samtal och bemötande i vården* (1 uppl., s. 33). Lund: Studentlitteratur.

Frank, A. (1995). *The wounded storyteller - body, illness and ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.

Fish, R. (2000). Working with people who harm themselves in a forensic learning disability service - Experiences of direct care staff. *Journal of Learning Disabilities*, 4(3), 193-207. doi: 10.1177/146900470000400302

Friedman, T., Newton, C., Coggan, C., Hooley, S., Patel, R., Pickard, M. & Mitchell, A. J. (2005). Predictors of A&E staff attitudes to self-harm patients who use self-laceration: Influence of previous training and experience. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 273-277. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.07.007

Hawton, K., Kingsbury, S., Steinhardt, K., James, A. & Fagg, J. (1999). Repetition of SelfHarm by Adolescents: The Role of Psychological Factors. *Journal of Adolescence*, 22, 369- 387. doi:10.1006/jado.1999.0228

Hill, K. & Dallos, R. (2011). Young people's stories of self-harm: A narrative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(3), 459-475. doi: 10.1177/1359104511423364

Hinno, S., Partanen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands. *Scandinavia journal of Caring Sciences*, 26, 133-143. doi: 101111/j.1471-6712.2011.00920

ICN, International Council of Nurses (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Jeffery, D. & Warm, A. (2002). A study of service providers' understanding of self-harm. *Journal of mental Health*, 11(3), 295-303. doi:10.1080/09638230020023679

\*Karlsson, R. (2013). *Livet nästa*. Stockholm: Sivart förlag.

Karman, P., Kool, N., Poslawsky, E. & Van Meijel, B. (2015). Nurses' attitudes towards self-harm: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 65–75 doi: 10.1111/jpm.12171

Kihlgren, M. Engström, B. & Johansson, G. (2009). *Sjuksköterska med uppdrag att leda*. Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1 uppl., s. 69- 93). Lund: Studentlitteratur.

Kool, N., Van Meijel, B., Van der Bij, J., Koekkoek, B. & Kerkhof, A. (2015). Psychometric properties of the Dutch version of the Attitude Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 334–341. doi: 10.1111/inm.12131

Lindgren, B-M. (2014). Självskadebeteende. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa* (2 uppl., s. 247-261). Lund: Studentlitteratur.

Lindgren, B-M. & Hällgren-Granheim, U. (2015). Meanings of caring for people who self-harm as disclosed in narratives of dialectical behaviour therapy professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 371–378. doi: 10.1111/jpm.12196

Lindgren, B-M., Wilstrand, C., Gilje, F. & Olofsson, B. (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 284-291. doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00712

McAllister, M. (2003). Multiple meanings of self-harm: a critical review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 177-185. doi:10.1046/j.1440-0979.2003.00287.x

McAllister, M., Moyle, W., Billett, S. & Zimmer-Gembeck, M. (2008). I can actually talk to them now': qualitative results of an educational intervention for emergency nurses caring for clients who self-injure. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2838–2845. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02540.x

McHale, J. & Felton, A. (2009). Self-harm: what's the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 732-740. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01600

Mackay, N. & Barrowclough, C. (2005). Accident and emergency staff's perceptions of deliberate self-harm: Attributions, emotions and willingness to help. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 255–267. doi:10.1348/014466505X29620

\* Nielsen, J. (2005). *När hjärtat gråter*. Borås: Recito.

Ousey, C. & Ousey, K. (2012). Management of self-harm wounds. *Nursing Standar*, 27, 58-66. doi:104433428

Overland, S. (2010). *Självskadande beteende*. Lund: Studentlitteratur.

Patterson, P. & Whittington, R. (2007). Measuring nurse attitudes towards deliberate selfharm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 438–445. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01102.x

Perseius, K-I. (2012). *Att tämja en vulkan. Om emotionell instabilitet och självskadabeteende*. Lund: Studentlitteratur.

Persson, C. & Sundin, K. (2012). Fenomenologisk hermeneutisk tolkningsmetod- ett dialektiskt förhållningssätt. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1 uppl., s. 373-386). Lund: Studentlitteratur.

Perboell P.W., Hammer N.M., Oestergaard B. & Konradsen H. (2014) Danish emergency nurses' attitudes towards self-harm - a cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 23, 144-149. doi: 10.1016/j.ienj.2014.07.003

Priebe, G. & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1 uppl., s. 31-50). Lund: Studentlitteratur.

\*Pålsson, B. (2008). *Känn pulsen slå*. Stockholm: Forum.

\*Pålsson, B. (2004). *Vingklippt ängel*. Stockholm: Forum.

Santa Mina, E. E., Gallop, R., Links, P., Heslegrave, R., Pringle, D., Wekerle, C. & Grewal, P. (2006). The Self- Injury Questionnaire: evaluation of the psychometric properties in a clinical population. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 221-227. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00944

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2 uppl., s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.

Skott, C. (2012). Berättelser - narrativ analys och tolkning. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1 uppl., s. 237-247). Lund: Studentlitteratur.

SFS 1960: 729. *Lagen om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 15 april, 2016, från [https://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1960729-om-upphovsratt-\\_sfs-1960-729/](https://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1960729-om-upphovsratt-_sfs-1960-729/)

SFS 1982:763. *Hälso - och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 5 april, 2016, från [http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982763/?bet=1982:763](http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982763/?bet=1982:763)

Simm, R., Roen, K. & Lancaster, D. A. (2008). Educational professionals' experiences of self-harm in primary school children: 'You don't really believe, unless you see it'. *Oxford Review of Education*, 34, 253–269. doi:10.1080/03054980701663967

Socialstyrelsen. (2004). *Vad vet vi om flickor som skär sig?*. Hämtad 5 april, 2016, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10427/2004-12341\\_200412341.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10427/2004-12341_200412341.pdf)

Stiftelsen Allmänna Barnhuset. (2004). *Unga som skadar sig själva. En belysning av forskningsläget*. Stockholm: Edita.

Straarup Söndergaard, P. (2008). *När livet gör ont- om självskadebeteende bland unga*. Stockholm: Gotiha Förlag.

Svenska BUP föreningen (2014). *Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende - Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin*. Hämtad 6 oktober, 2016, från [http://www.svenskabupforeningen.se/bibliotek/kunskapsoversikter\\_PM/behandlings\\_PM/Sjalvskade%20rekommendationer.pdf](http://www.svenskabupforeningen.se/bibliotek/kunskapsoversikter_PM/behandlings_PM/Sjalvskade%20rekommendationer.pdf)

Toftthagen, R., Talseth, A.G., Fagerström, L. (2014). Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Patients Suffering from Self-Harm. *Nursing Research and Practice*. doi. 10.1155/2014/905741

Van Bogaert, P., Timmermans, O., Mace-Weeks, S., Van Heusden, D., Wouters, K. & Franck, E. (2013). Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events—A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1123-1134. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.12.009

Vetenskapsrådet. (2016). *Etikriktlinjer*. Hämtad 19 oktober, 2016, från <http://www.vr.se/forskningsfinansiering/sokabidrag/allmannavillkorforansokan/etikriktlinjer.4.29b9c5ae1268d01cd5c8000955.html>

\*Välitalo, E. (2008). *Flickan som gud glömde*. Stockholm: Forum.

Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (1 uppl., s. 481-497). Stockholm: Författarna och studentlitteratur.

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

Willman, A. (2009). Hälsa och Välbefinnande I A-K. Edberg. & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder hälsa och ohälsa* (1 uppl., s. 38). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A. (2013). Kärnkompetensen evidensbaserad omvårdnad. I J. Leksell. & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetens* (1 uppl., s. 193-200). Stockholm: Liber AB.

Wilstrand C., Lindgren B.-M., Gilje, F. & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 72–78. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01045

\*Åkerman, S. (2004). *Zebra flickan*. Falun: Författarhuset.



Tabell över självbiografiska böcker

Författare (År)	Titel	Handling
Karlsson, R. (2013)	<i>Livet nästa</i>	I denna berättelsen får läsaren följa Ramona som växt upp i en orolig familj där missbruk och fysiska övergrepp ingår. Med tidens gång faller Ramona in i ett självskadebeteende, ätstörning och psykisk ohälsa. I boken skildrar Ramona sina möten inom vården och läsaren får följa hennes hårda väg genom livet mot ett liv där hon kan leva med sin psykiska ohälsa.
Nielsen, J. (2005)	<i>När hjärtat gråter</i>	En bok som handlar om att finna hopp i livet bland ensam, självskadebeteende, svek och hat. Vi får följa Janna som berättar om hennes vardag med mobbning, sin sjukdom och när hon mister sin mamma i cancer. Om självskadebeteendet som eskalerar till ett flertal självmordsförsök för att övervinna sitt liv på grund av svek från familj, vänner och den psykiatriska vården.

Författare (År)	Titel	Handling
Pålsson, B. (2008)	<i>Känn pulsen slå</i>	I denna berättelsen får läsaren följa Berny och hennes resa genom barnpsykiatri och vidare till vuxenpsykiatri. Hon skildrar sina upplevelser av vården som hon upplever brister och sviker henne gång på gång. Berny dyker djupare och djupare i sitt missbruk av droger, alkohol och hennes självskadebeteende eskalerar. Det är först när hon har sin pojkvän Jonas och ligger på botten som hon får upp ögonen för att hennes liv är värt att leva.
Pålsson, B. (2004)	<i>Vingklippt ängel</i>	Berny är en tjej som redan som ung får kämpa med depressioner, psykoser, tvångstankar och missbruk. Hon blir placerad på behandlingshem med ett flertal försök till självmord och en inre kamp med demoner. En bok som skildrar olika perspektiv från vården där hon diagnostiseras med varierande psykiska sjukdomar. Hon berättar om kampen att varje dag försöka bli frisk.

<b>Författare (År)</b>	<b>Titel</b>	<b>Handling</b>
Välitalo, E. (2008)	<i>Flickan som gud glömde</i>	En berättelse som handlar om Emelie och hennes kamp mot sin ångest och sina demoner inombords. Vid 14 års ålder börjar Emelie med sitt självskadebeteende. Hon beskriver sin resa ur sitt självskadebeteende och delar med sig av sina upplevelser av mötena med vården. En tung berättelse men som visar att om man själv tar ansvar över sitt mående, kan man komma tillbaka.
Åkerman, S. (2004)	<i>Zebraflickan</i>	I zebraflickan berättar 18-åriga Sofia om sin kamp genom att frigöra sig från den inre demonen som påverkat henne till ett självdestruktiv beteende. Det blir en ständig kamp mellan liv och död där vårdpersonalen mister hoppet om henne. Boken skildrar Sofias tankar, känslor och skamkänsla över sig själv, men också rädsla för att bli övergiven och frisk. Zebraflickans randiga sönderskurna armar av självhat har satt prägeln på henne men lyckan uppstår tillslut när hon upptäcker att världen inte är som hon befarat.

## Sökningsmatris över självbiografiska böcker

<b>Databas Datum</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Granskade titlar och boksammanfatt ningar</b>	<b>Valda självbiografier</b>
Högskolan Skövde katalog  30/5-16	Självskaadebeteen de* biografier*	6	6	1
Libris  30/5-16	Beteende* biografi*	42	42	1
Libris  30/5-16	Psykiska sjukdomar* biografi* ungdomar*	9	9	3
Libris  30/5-16	biografi* och psykiatri* och psykiska sjukdomar*	49	49	1

## Analysmatris

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kategorier</b>
<p>Han försöker inte tvinga mig att sluta med något. Han försökte förstå varför jag gör det jag gör. Han respekterar mig (Pålsson, 2004, s. 73).</p>	<p>Han försöker förstå varför jag gör det jag gör.</p>	<p>När vårdpersonal visar förståelse</p>
<p>Jag skrek på hjälp. Och jag skämdes över att jag var så desperat. Men ingen lyssnade på mig, ingen hörde mig (Pålsson, 2004, s. 9)</p>	<p>Jag skämdes över att jag var så desperat, men ingen lyssnade på mig, ingen hörde mig</p>	<p>När vårdpersonal inte visar förståelse</p>
<p>Han fick mig för första gången på mycket länge att känna förtroende för en vuxen person. Jag kände enorm trygghet när han jobbade. Han tröstade mig när jag grät, skrattade med mig när jag var glad och fanns alltid vid min sida (Välitalo, 2008, s 33)</p>	<p>Han fick mig att för första gången känna förtroende för en annan vuxen person.</p> <p>Han tröstade mig när jag grät, skrattade med mig när jag var glad och fanns alltid vid min sida.</p>	<p>Möten som skapar förtroende</p>
<p>Det var tydligt att jag behövde hjälp långt innan jag fick den. Men ingen lyssnade (Pålsson, 2004, s. 16)</p>	<p>Jag behövde hjälp, men ingen lyssnade.</p>	<p>Möten som skapar lidande</p>

<p>Jag vill inte ha den hjälp de erbjuder, jag vill varken ha miljöterapi, social träning eller individualterapi. Jag orkar inte ge de fler chanser. Behandling har misslyckats. Personalen har misslyckats (Pålsson, 2004, s. 216)</p>	<p>Jag vill inte ha den hjälp de erbjuder. Jag orkar inte ge det fler chanser.</p>	<p>Möten som skapat negativ inställning</p>
---	--	---