

”Jag önskar att vården hade uppmärksammat mig.”

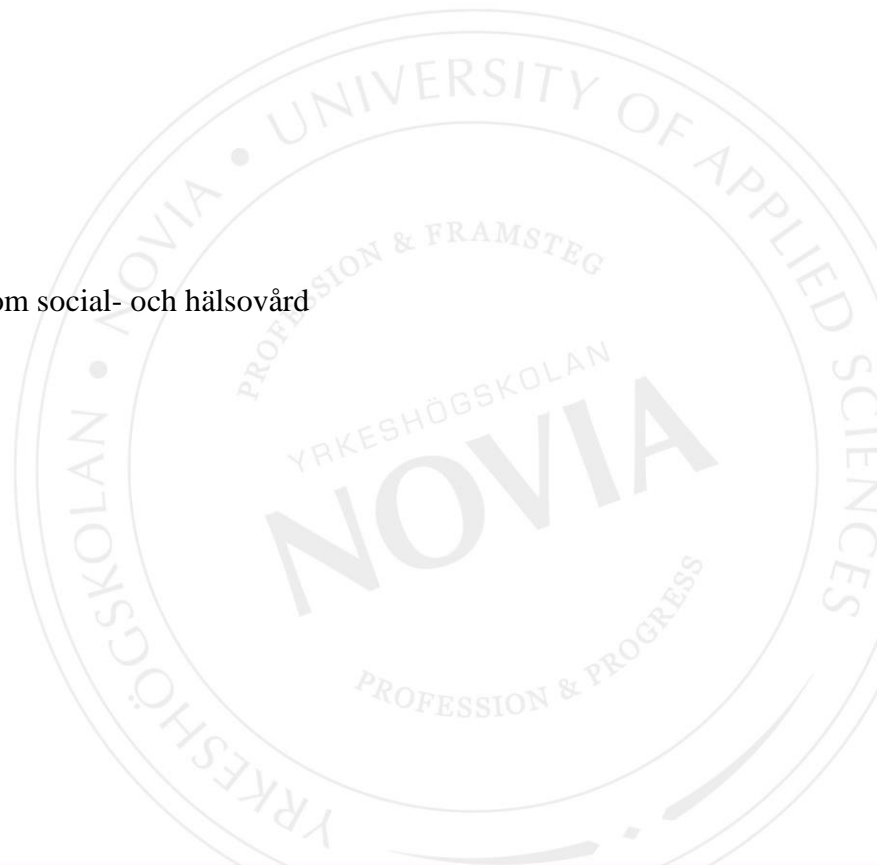
En kvalitativ enkätstudie om medberoendes upplevelser av vården

Amanda Wester

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildningen: Sjukskötare (YH)

Vasa, 2021



EXAMENSARBETE

Författare: Amanda Wester

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Psykiatrisk vård

Handledare: Marlene Gädda

Titel: "Jag önskar att vården hade uppmärksammat mig."

Datum 5.5.2021

Sidantal 29

Bilagor 2

Abstrakt

Syftet med det här examensarbetet är att få en bättre inblick i hur medberoende personer har upplevt vården eller det professionella stöd som de fått.

Jag valde att använda mig av en kvalitativ enkätstudie så att deltagarna skulle ha möjlighet att vara helt anonyma. Jag analyserade enkäterna med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Som krav för att få delta i studien hade jag att man skulle vara minst 15 år och vara medberoende på ett eller annat sätt. Som teoretisk utgångspunkt valde jag att använda mig av Erikssons (1994) teori om lidande.

Resultatet visar på att vården av medberoende inte är tillräcklig och att kompetensnivån bland vårdare gällande medberoendeproblematik är låg. De tio informanterna som deltog var i olika åldrar och var medberoende till olika personer i deras omgivning, men i de flesta frågor var informanterna av samma åsikt. Som slutsats av studien kan man konstatera att vården för medberoende inte är tillräcklig.

Språk: Svenska

Nyckelord: medberoende, psykisk ohälsa, missbruk

BACHELOR'S THESIS

Author: Amanda Wester

Degree Programme: Nursing, Vasa

Specialization: Psychiatric

Supervisor(s): Marlene Gädda

Title: "I wish that the healthcare had paid attention to me"

Date 5.5.2021

Number of pages 29

Appendices 2

Abstract

The aim of this thesis was to get a better insight into how people that are co-dependent have experienced the healthcare or professional support that they have gotten.

I chose to use a qualitative survey study so the participants would get the chance to be completely anonymous. I analyzed the surveys using a qualitative content analysis. The requirements to participate in this study was to be over 15 years old and to be co-dependent in one way or another. As the theoretical starting point I chose to use Erikssons' (1994) theory about suffering.

The results shows that the healthcare to co-dependent people isn't enough and that the knowledge about co-dependency among healthcare givers isn't enough. The ten participants who participated were in different ages and had different types of co-dependency, but the results shows that they are sharing opinions in many of the questions. A conclusion that can be drawn from this study is that the healthcare for people that are co-dependent isn't enough.

Language: Swedish

Key words: Co-dependency, mental illness, addiction

Innehållsförteckning

1.	Inledning	1
2.	Bakgrund	2
2.1	Medberoende och ordets betydelse	2
2.2	Beroende	3
2.3	Missbruk	4
2.4	Psykisk ohälsa	5
2.5	Hur ett medberoende uppkommer	5
2.6	Symtom och konsekvenser på medberoende	7
2.7	Behandling vid medberoende	8
3	Teoretisk utgångspunkt	11
3.1	Lidande	11
3.2	Medlidande.....	12
3.3	Lindra lidandet	12
4	Syfte och frågeställningar	13
5	Metod	13
5.1	Urval av informanter	13
5.2	Datainsamlingsmetod	13
5.3	Dataanalysmetod	14
5.4	Etiska överväganden.....	15
6	Resultat	15
6.1.1	Upplevelser av vården som medberoende	16
6.1.2	Skuld och skam	16
6.1.3	Okunskap bland vårdpersonal	16
6.1.4	Bristfällig vård	17
6.2	Utvecklingsbehov.....	18
6.2.1	Påverkan i vardagen	18
6.2.2	Utvecklingsförslag.....	19
7.	Diskussion	20
7.1	Metoddiskussion.....	20
7.2	Resultatdiskussion	21
7.3	Slutsats.....	23

1. Inledning

Medberoende är ett tillstånd som drabbar nära anhöriga till vanligen missbrukare eller personer med psykisk sjukdom. Medberoende är inte en diagnos utan ett psykiatriskt tillstånd. Selva, 2020, beskriver medberoende som ”ett specifikt relationsmissbruk som kännetecknas av starkt engagemang och extremt beroende — emotionellt, socialt och ibland fysiskt — till en annan person”. Att vara medberoende är alltså inte samma sak som att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa eller missbruk, utan det är när man som anhörig blir beroende av att ta hand om denna sjuka person och dennes egna liv sätts åt sidan.

I Finland är både psykisk ohälsa och missbruk av rusmedel ett samhällsproblem. Till dessa personer kan det i sin tur finnas medberoende inom familjen som också behöver hjälp och stöd för att få livet att fungera. (THL,2020) Medberoendet ett psykologiskt begrepp som betyder att människor känner extrema mängder beroende till vissa nära och kära i sitt liv och som känner sig ansvarig för deras känslor, handlingar och välbefinnande. (Selva, 2020)

Jag har valt att skriva mitt examensarbete inom psykiatri eftersom jag är intresserad att jobba med psykiatri i framtiden. Jag vill göra detta examensarbete för att skapa förståelse om hur personerna som är medberoende upplever den vård eller stöd som erbjuds dem. Jag personligen anser att det är ett ämne som vi inte så ofta diskuterar och behandlar tillräckligt mycket inom psykiatrivården och jag vill gärna undersöka om medberoende personer också uppfattar det så.

Jag tror att de flesta människor i vårt samhälle inte ens har en aning om att det finns ett begrepp som medberoende och vad det betyder. I dagens läge diskuteras mycket psykisk ohälsa, men sällan medberoende. Det skulle också vara av intresse att intervjua någon eller några professionella inom psykiatrin om medberoende och varför det får så liten plats inom psykiatrivården. Begreppet i sig kan vara lite svårt att sätta fingret på eftersom det förut betydde att man hade en missbrukare i familjen och i dagens läge är det mera av en personlighetsstörning. (Mindlers.se, 2021)

Jag har använt mig av en kvalitativ enkätstudie som datainsamlingsmetod för att på ett anonymt sätt kunna samla in upplevelser, erfarenheter och åsikter om vården. Jag har valt ut informanter som själva är eller har varit medberoende. Som dataanalysmetod har jag använt mig av innehållsanalys. Syftet med studien är att undersöka hur de medberoende har upplevt den vård och stöd de fick under sin period som medberoende. Resultatet av studien kan i sin tur uppmärksamma psykiatrivården om hur de medberoende har upplevt vården eller stödet de fått. Det gör att man i sin tur kan ändra på vård åt dessa klienter i framtiden och anpassa den bättre åt dessa klienter i framtiden.

2. Bakgrund

I bakgrunden vill jag först förklara vad termen ”medberoende” innebär eftersom termen lätt kan missuppfattas. Jag vill också ta upp basfakta om beroende, missbruk och psykisk ohälsa eftersom de alla är relaterade till medberoende. Jag kommer senare i kapitlet lyfta fram hur ett medberoende uppkommer, symtom och konsekvenser på medberoende och vilka typer av behandling man kan få som medberoende.

2.1 Medberoende och ordets betydelse

Termen ”medberoende” har funnits under en lång tid. Professionellt inom vården försöker man numera undvika termen eftersom den är något missvisande. Termen på finska ”läheisriippuvuus” beskriver bättre vad tillståndet innebär. Termen på engelska ”co-dependency” kan också vara lite av en tolkningsfråga. Förr användes termen för att beskriva en familj där det förekom alkohol eller drogmissbruk men termen har i dagens läge ändrats till det den står för idag. (Taitto, 2005)

Cermak (1986) ansåg att medberoendet skulle finnas med i nästa upplaga av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), där diagnoskriterier skulle lånas från alkoholberoende, beroende personlighetsstörning, borderline personlighetsstörning, histrionisk personlighetsstörning och även posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Idag pratar man mera om medberoendepersonlighet inom vården eftersom det mera beskriver vad det är, men det är alltså inte ännu en egen personlighetsstörning enligt DSM-4.

2.2 Beroende

Enligt Bengtsson (2020), pratar man numera mera om begrepp som ”beroendesjukdom” och ”beroendepersonlighet”. Detta är för att man i nutid tror att drogen är inte är det viktiga utan en person med beroende kan exempelvis byta från en drog till en annan. Hon skriver också att ”människor omkring den sjuka personen är tyvärr maktlös inför hans eller hennes beteenden” när hon beskriver hur ett beroende fungerar. Inom psykologin beskriver man beroende som personer med en inre tomhet. Beroendesjukdomar beror inte på avsaknad av moral eller etik. (Bengtsson, 2020)

Beroendesjukdomar är både psykisk och fysisk sjukdom. Hjärnans belöningssystem ändras och på så vis får hjärnan ett starkt behov av att använda det ämne man är beroende av igen. Dopaminutsöndringen i hjärnan ökar kraftigt och man upplever en stark känsla av välbefinnande. Droger och alkohol utsöndrar mera dopamin än vad som är möjligt via naturlig stimulering, därför är det också lättare att bli beroende av droger eller alkohol. Den välmående känslan kan istället upplevas som euforisk vid kemisk stimulans. (Drugsmart, 2015)

Bengtsson (2020) beskriver beroende som en familjesjukdom. Barn som växer upp i en familj där beroendesjukdomar förekommer har dubbelt så stor risk att själv insjukna i ett beroende jämfört med barn som inte har växt upp i en familj där beroende förekommit. Beroendesjukdomar (också medberoende) kan ha förekommit i flera generationer i släkten. Enligt Bengtsson (2020) har också många föräldrar till beroende eller medberoendepersoner en narcissistisk personlighetsstörning eller andra personlighetsstörningar.

Ett beroende kan uppstå av olika orsaker. Det kan bero på ärftliga, miljömässiga, fysiska, psykiska, sociala eller andliga faktorer. Ofta kan flera av dessa faktorer finnas med när man börjar utreda hur beroendet har uppkommit. Anknytning är också en viktig faktor vid beroendesjukdomar. Enligt Bengtsson har ofta beroendepersoner en otrygg anknytningsstil. Anknytningsstilarna formas ofta redan som barn. Om barnet växer upp med avsaknad av trygghet, dålig tillit i relationer eller en svag förmåga att handskas med sina känslor så kan barnets anknytningsstil i framtiden påverkas. (Bengtsson, 2020)

Nikotin-, alkohol-, drog-, läkemedel- och spelberoende klassas idag som beroendesjukdomar. Man kan även vara beroende av andra saker, exempelvis sex, shopping eller jobb, men dessa klassas inte som beroende sjukdomar. Beroende uppstår när man

använder ett ämne upprepade gånger. Genetiska faktorer spelar en roll hur känslig man är för att insjukna i ett beroende. Forskning behövs ännu för att kunna skilja vem som har större risk att utveckla beroendesjukdomar. Tolerans utvecklas när man använder ett ämne ofta och kroppen behöver större och större dos för att uppleva samma känsla av välbefinnande som tidigare. Några tecken på att man utvecklat ett beroende är att personen ofta tänker på det som hen är beroende av, personen smyger med det, personen upplever ett starkt sug, toleransutveckling, stark känsla av välbefinnande medan det utförs, abstinenssymtom eller att jobbet, familjen och fritiden påverkas av beroendet. Med dagens forskningsresultat är det ännu oklart om hjärnan kan återhämta sig helt och hållet från ett beroende eller missbruk. Cirka 80% av alla som försöker bli av med ett beroende trillar tillbaka redan inom det första året. (Hjärnfonden, u.å)

För att bli frisk från ett beroende så krävs avvänjning. Att sluta med ämnet man är beroende av på en gång kan orsaka svåra abstinenssymtom och kan till och med vara livsfarligt för en del patienter, till dessa patienter erbjuds substitutionsvård. Psykoterapi sätts även in som behandling eftersom beroendet också är psykiskt. Beroende kan i sin tur leda till missbruk då beroendet övergår i att det vardagliga livet påverkas. Beroende omfattar även tolerans och abstinenssymtom när man avstår från ämnet. (Hjärnfonden, u.å)

2.3 Missbruk

Enligt DSM-4 övergår beroendet i ett missbruk när ett av följande symtom är uppfyllda under en och samma 12 månaders period:

- Personen fortsätter bruka ämnet trots negativa konsekvenser för till exempel skola eller arbete.
- Personen använder drogen i situationer där man kan utsätta sig själv eller andra för skada, till exempel bilkörning.
- Personen får problem med rättvisan på grund av droger, till exempel blir arresterad flera gånger.
- Personen fortsätter använda drogen trots att hen får återkommande problem med relationer, till exempel gräl eller slagsmål. (Praktisk medicin, 2020)

2.4 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett omfattande problem i vårt samhälle och ett brett begrepp. Med psykisk ohälsa menar man både psykiska sjukdomar och andra psykiska besvär. Psykisk ohälsa kan vara allt från oro, ångest och sömnsvårigheter till svåra psykoser och självmord. Orsaker till psykisk ohälsa kan vara t.ex. förändrade livssituationer så som separationer eller dödsfall, stress, genetiska orsaker, fysisk sjukdom eller stor press. Symtom på tillfällig psykisk ohälsa vid t.ex. kriser kan vara sömnproblem och nedstämdhet. Livskriser kan också i vissa fall leda till psykiska sjukdomar så som depression eller ångestproblematik. (Psykosociala förbundet i Finland, u.å)

Det är normalt för alla människor att må dåligt ibland. Alla känner sig nere ibland och livet har bättre och sämre perioder, det är naturligt. Bakom naturlig nedstämdhet finns ofta en orsak, det kan vara någon typ av motgång i livet som sorg eller stora livshändelser. (Psykosociala förbundet i Finland, u.å)

Om man känner att man lider av psykisk ohälsa kan man kontakta en kurator, lärare, psykolog eller hälsocentralen för närmare utredningar. Några vanliga diagnoser man kan få om man lider av långvarig psykisk ohälsa är depression, bipolär sjukdom, PTSD, beroendesjukdomar, psykoser, Schizofreni, ångest och ätstörningar. (Psykosociala förbundet i Finland, u.å)

2.5 Hur ett medberoende uppkommer

Barndomstrauma ligger ofta till grund för medberoende. Barndomstrauma kan vara exempelvis missbruk inom familjen, psykisk ohälsa i familjen, fysiskt våld, sexuella övergrepp, misskötsel, brist på kärlek under uppväxten, skilsmässor, sjukdomar, dödsfall, olyckor eller krig. (Harris, 2014)

Enligt Mindler, 2020, är medberoende ett inlärt beteende som ofta grundar sig i beteendemönster man har från tidigare och även känslomässiga trauman kan leda till medberoende. Det är vanligt att vuxna som är medberoende har eller har haft svag relation till sina egna föräldrar, båda eller endera. Beteendemönster från barndomen kan vara svåra att jobba bort i vuxen ålder och beteendemönster är ofta någonting man inte är medveten om. Medberoendepersoner vet därför inte alltid att beteendet är sjukligt och att det finns ett begrepp som beskriver exakt vad de håller på med. (Mindler, 2020)

Man kan även utveckla ett medberoende när man har tagit hand om en person som varit fysiskt eller psykiskt sjuk en längre tid. Unga personer som utsätts för liknande situationer har lättare att fastna i medberoendeproblematik och har senare svårt att se sina egna behov. Dessa personer får mycket av sin självkänsla genom att hjälpa andra personer. Alla människor som lever med en sjuk familjemedlem utvecklar inte ett medberoende. (Mindler, 2020)

Enligt barnkonventionen är man barn tills man fyller 18 år. Barndomstrauma kan bero på våld i hemmet. FN definierar våld som fysiskt våld, psykiskt våld, skador, övergrepp, vanvård, försummelse, misshandel och utnyttjande som våld.

Även mobbning, skilsmässor och upprepade flytter kan anses som trauma för ett barn. Enligt en studie som genomförts har 85% av alla ungdomar i gymnasiet någonsång under sitt liv upplevt någon form av potentiellt traumatiserande händelse, där vanligaste traumat var stölder, inbrott, rån eller olyckor. Alla dessa händelser leder inte till traumareaktioner. (S. Bidö, M. Mannheimer, P. Samuelberg, 2018)

Barn som växer upp i traumatiska förhållanden utsätts för konstant stress. Detta påverkar inte bara barnets psykiska hälsa utan det påverkar även hjärnans tillväxt, immunsystemet, hormontillväxt och DNA. Trauma i barndomen påverkar också belöningssystemet, impulssystemet och hjärnans reaktionsförmåga. (Harris,2014)

Personer som upplevt trauma i barndomen har större risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar, astma, lungcancer, diabetes, autoimmuna sjukdomar, psykisk ohälsa, missbruk och självmord. (Harris, 2014)

Barn som upplever brist på kärlek under barndomen eller annars upplever otrygghet kommer också senare i livet att fortsätta söka sig till dysfunktionella relationer då personen förknippar kärlek och tillhörighet med otillräcklighet och dysfunktion. (Harris,2014)

2.6 Symtom och konsekvenser på medberoende

Att vara medberoende medför ofta konsekvenser i det egna livet. Symtomen förnekas ofta av den medberoende och är inte så lätta att tolka för personen när man befinner sig i situationen. Alla medberoende har inte samma symtom på medberoende. Symtom kan vara följande:

- Dåligt självförtroende. Den medberoende har ofta dåligt självförtroende och låg självkänsla. Känslan av att du inte är tillräckligt bra eller att jämföra dig med andra är tecken på låg självkänsla.
- Depression och ångest.
- Stress. Att vara medberoende innebär också ofta att man är konstant stressad och nervös på grund av att man ofta har en person man tar hand om.
- Svårt att visa och hantera känslor. Tomhetskänslor kan förekomma när den medberoende inte har någon att ta hand om. Den medberoende söker sig därför ofta snabbt vidare till andra människor att ta hand om.
- Svårigheter att säga nej. Det är okej att vilja behaga någon du bryr dig om, men de medberoende tror oftast inte att de har något annat val.
- Stort kontrollbehov. Kontrollen gör att den medberoende känner sig säker och trygg.
- Dras till destruktiva personer och hamnar därför lätt i destruktiva förhållanden.
- Har ett behov av att bli omtyckt och accepterad av andra.
- Har ett behov av att ta hand om andra. Personer med medberoendepersonlighet hittas också därför ofta inom vårdbranschen.
- Har ett behov av att vara i ett förhållande. Det är vanligt att den medberoende dras till destruktiva personer och därför hamnar i destruktiva förhållanden.
- Förnekar ens egna behov, tankar och känslor. Ofta har de svårt att veta vad de själva tänker, känner och fokuserar istället på andras tankar och känslor. Samma sak gäller vid egna behov.

- Har problem med att ha andra människor för nära inpå, både fysiskt och psykiskt. Sexuell dysfunktion förekommer ofta. Att vara öppen och nära en annan människa i ett intimt förhållande kan vara svårt på grund av skam och rädslan att bli lämnad. Det kan vara svårt för den andra partnern att förstå varför ens partner inte har behov av närhet.
- Har svårt att skilja på kärlek och medlidande.
- Har en stor rädsla för att bli övergiven. En medberoende har ett behov av att andra människor ska tycka om att dem. På detta sätt känner de sig också okej med sig själva.
- Dessa personer är ofta väldigt trogna och empatiska personer.

Dessa symptom leder till känslor av ilska, vrede, depression, hopplöshet och förtvivlan. När känslorna blir för mycket kan personen känna sig känslomässig avdomnad, en känsla som den medberoende sedan lätt fastnar i. Att leva med en medberoende personlighet är slitsamt för personen och leder ofta till symptom som missbruk av alkohol eller droger, panikångest, utbrändhet, våldsamhet, självmordstankar och ätstörningar (Mental Health America, u.å). Den största konsekvensen av medberoendet är att den medberoende blir upptagen med att ta hand om andra och glömmer att ta hand om sig själva, vilket resulterar i en störning av identitetsutvecklingen (Selva, 2020)

2.7 Behandling vid medberoende

Behandling på medberoende är olika från person till person. Behandlingen ser väldigt annorlunda ut beroende på vilken relation och vilket typ av destruktivt beteende det är frågan om. (Mindler, 2020)

Ofta kan det vara en bra lösning att bryta det pågående medberoendet. För att bryta beteendet och inse att det är sjukligt krävs förståelse om varför man fungerar på detta sätt. För att få förståelse över varför man tänker, känner och fungerar som man gör kan terapi vara en bra behandlingsmetod. En början på att ta sig loss från ett medberoende kan vara att försöka hitta egna hobbies där man inte gör saker gemensamt eller spendera mera tid med personer som inte är båda parternas gemensamma nära. Den andra partnern borde också bli medveten om att hans beteende är destruktivt. (Mindler, 2020)

Pixneklieken i Malax erbjuder anhörigstöd åt personer som drabbats av medberoende. På Pixnekliniken erbjuds enskilda samtal, familjesamtal och arrangerade veckoslut med fokus på att lära sig ta hand om sig själv. På anhörigräffarna diskuteras bland annat obehagliga situationer, förnekelse, drogperioder och personlighetsförändringar. (Pixnekliniken, u.å) För vissa personer med medberoende kan KBT vara ett bra alternativ till behandling. (Linton, Flink, 2020)

Jag har valt att skriva en del av arbetet om KBT som behandling av medberoende.

KBT står för kognitiv beteendeterapi. KBT används för att hantera problem med depression, ångest, smärta, stress, paniksyndrom, ätstörningar, beroendesjukdomar och även medberoende. KBT går ut på att förändra klientens beteende för att börja må bättre på något vis. Det kan handla om att man har så svår social fobi att man inte vågar gå utanför lägenheten, eller att man är så nedstämd att man inte längre vill leva. Att fastna i dåliga vanor gör ofta bara problemen värre och KBT kan vara ett verktyg för att bryta dessa vanor. (Linton, Flink, 2011)

KBT börjar så fort man träffar klienten. Första steget i processen är att skapa en god relation till klienten och kartlägga problemet. Man behöver också tillsammans med klienten komma fram till vad som är målet med behandlingen. När man lagt en bra grund går man vidare till att använda verktyg som exempelvis problemlösning, beteendeaktivering, exponering och medveten närvaro. När slutet av terapin närmar sig behöver man använda andra verktyg som minimerar risken för återfall och att främja fortsatta framsteg. (Linton, Flink, 2011)

Linton och Flink (2011) har delat upp KBT i 12 verktyg. Dessa ser ut som följande:

Verktyg 1. Inled ett gott samarbete. För att KBT ska fungera krävs en motiverad klient. Genom att skapa känslor av hopp och engagera klienten till att göra sina uppgifter och träna aktivt på uppgifter som ges kommer man lättare fram till framgångsrika resultat. För att behandlingen ska ha förutsättningar att lyckas bör man ha bra kommunikation och klienten ska alltid erbjudas att byta terapeut om så önskas.

Verktyg 2. Psykoedukation. Det innebär både att ge klienten information om de psykologiska och medicinska besvär hen lider av och att förstå orsaker och hitta lösningar till dessa problem. Man bör även uppmärksamma klienten om att skapa en bild av hur psykologiska aspekter kan påverka problemen.

Verktyg 3. Mål utifrån värderingar. I steg 3 funderar man tillsammans vilka värderingar klienten har. Man sätter även upp mål och funderar på vilka steg man behöver göra för att komma dit. Värderingar och mål är viktigt för att hålla klienten engagerad i sin behandlingsprocess. Sätt upp delmål, utvärdera och uppmuntra klienten att belöna sig själv när delmålen är uppnådda.

Verktyg 4. Hemuppgifter. För att behandlingen ska ha effekt behöver man översätta innehållet i terapisesionen till beteendeförändringar i livet. Genom att ge klienten olika hemuppgifter kan klienten öva dessa på egen hand.

Verktyg 5. Problemlösning. Dålig förmåga att lösa problem är kopplat till olika typer av psykiska problem. Klienten behöver lära sig att systematiskt hantera svårigheter. Att lösa problem kräver tid, ansträngning och färdigheter.

Verktyg 6. Avslappning. För att kunna anstränga oss och prestera behöver vi också kunna slappna av. Hård träning, fysiskt eller psykiskt, kräver också att man kan slappna av mellan träningarna. Man går tillsammans med klienten igenom olika avslappningsövningar som hen kan ha nytta av.

Verktyg 7. Beteendeaktivering. En vanlig reaktion när människor inte mår bra är att dra sig tillbaka och bli mindre aktiva. Detta blir lätt en ond cirkel som gör att man blir mera trött och mindre aktiv. Beteendeaktivering handlar om att försöka bryta sådana dåliga beteendemönster. Aktivitetsnivå är starkt kopplat till både fysisk och psykisk hälsa.

Verktyg 8. Beteendexperiment. En annan vanlig reaktion när människor inte mår bra är begränsning på olika sätt, det är också svårt att prova nya saker och gå nya vägar. Att våga experimentera med sitt beteende kan leda till positiva saker. Klienten behöver våga utmana sina tankar och beteenden.

Verktyg 9. Exponering. Om klienten går i KBT p.g.a. en fobi eller rädsla är verktyg nr. 9 väldigt vanligt att använda sig av. Exponering innebär att klienten stegvis närmar sig sin rädsla. Det är viktigt att lyssna på klienten och ta det i klientens takt. Det är inte meningen att KBT ska vara obehagligt och ångestfyllt.

Verktyg 10. Medveten närvaro. Många klienter behöver lära sig att leva i nuet och uppleva det som sker omkring. Om en person ofta uppfattas som glömsk, oredig och saknad av kontroll kan det ofta ske på bristande i medveten närvaro.

Verktyg 11. Förebygga och hantera motgångar. Motgångar är en naturlig del av livet. Att ha kunskap om hur man hanterar motgångar i livet är till fördel för klienter med beteendeproblematik.

Verktyg 12. Vidmakthålla framsteg. Det är viktigt att klienten försöker vidmakthålla de framsteg som gjorts under terapin när terapin avslutas. Klienten får hjälp med hur hen kan göra för att uppfylla detta.

3 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt har jag valt att använda mig av Erikssons (1994) teori om lidande. Som medberoende kan man utsättas för lidande på olika sätt. Enligt Lundell S. och Söderlund A. (2014) lider ofta de medberoende i tysthet. De uttrycker lidandet som att ”bakom varje alkoholist eller missbrukare står anhöriga som lider i det tysta ... som ofta hamnar i en medberoendeställning till den de älskar.” Jag ansåg därför att denna var en relevant teori till min studie. Jag valde även att ta upp om medlidande och att lindra lidande eftersom jag ansåg att det var relevant till mitt ämne.

3.1 Lidande

Lidande finns skriftligen uttryckt redan i bibeln, så begreppet är gammalt men används fortfarande idag. Begreppet lidande är väldigt brett. På 40-talet pratade man ofta om lidandet med andra ord, exempelvis ångest, smärta eller sjukdom. Lidande innebar plåga på något sätt. I nutid pratar man också om att lidande kan innebära att man försonas. Lidandet kan vara en kamp där människan plågas av starka känslor av skam eller förnedring. (K. Eriksson, 1994)

”Lidandet är en kamp mellan det onda och det goda, mellan lidandet och lusten.” enligt Kati Eriksson. Det kan vara svårt att hitta ett förhållningssätt till lidandet. Eriksson beskriver ofta lidandet som ”lidandets universum” eftersom det är ett så brett spektrum. En återkommande fundering hos människan är varför. Varför blev det som det blev, varför mår jag som jag mår. Som människa har man ett behov av att förklara världen man lever i. Eftersom varje människa drabbas av någon typ av lidande under sitt liv så kommer hon också att ställa sig frågan varför? Ibland kan personen hitta ett svar, ibland inte. En del hanterar

lidandet genom att avlägsna lidandet, och försöka distrahera sig med någonting. Andra kämpar med att lindra lidandet på något sätt, och en del försöker finna mening i lidandet. Hur man hanterar lidandet varierar från person till person. (K. Eriksson, 1994)

3.2 Medlidande

Medlidande är kort sagt, att lida med den andre. Att lida med en annan är inte samma sak som att själv lida. Begreppet utgör ett av vårdvetenskapens och vårdandets grundbegrepp. Inom vårdande ses medlidande som ”en etisk akt där människan som vårdare har mod att ta ansvar för den andre (patienten).” enligt K. Eriksson, 1994. Medlidande förutsätter att man har mod, mod att ta ansvar och mod att offra någonting av sig själv. Medlidande kan också kallas barmhärtighet. Oförmåga för medlidande kunde förr ses som en stor synd. Barmhärtighet och människokärlek finns också beskrivet i bibeln och har varit ett begrepp ända sedan dess. (K. Eriksson, 1994)

3.3 Lindra lidandet

Även om lidandet utgör en del av ett normalt liv vill inte människan lida och försöker på olika sätt undvika det genom att lindra lidandet på olika sätt. Vanliga sätt är att man försöker eliminera lidandet, försöker höja sig över lidandet, förnekar att lidandet finns och försöker fly eller springa undan det, försöker finna en mening med lidandet eller helt enkelt försöker genomlida lidandet i smärta. (K. Eriksson, 1994)

Oberoende hur man uppfattar sitt lidande och vad man tror kan ha orsakat lidandet så försöker människor undvika det. Förr var det vanligt att man offrade saker för att köpa sig fri från lidandet och på så sätt kunde man förhindra det onda. Offertanken finns fortfarande kvar hos den moderna människan fast i andra former. De flesta människor kan känna igen sig i att man har varit beredd att offra någonting för att få må bättre, för att få lindring av sitt lidande. (K. Eriksson, 1994)

Lidande utgör en känsla av hopplöshet och för att kunna lindras behöver vi en känsla av hopp igen. Att lindra lidandet genom tröst är någonting som ofta används, medvetet eller omedvetet. Genom tröst kan man hitta både livsleda och livshopp. (K. Eriksson, 1994)

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur de medberoende har upplevt den vård och stöd de fick under sin period som medberoende. Resultatet av studien kan i sin tur uppmärksamma vården om hur de medberoende har upplevt vården eller stödet de fått. Det gör att man i sin tur kan ändra på vård åt dessa klienter i framtiden och anpassa den bättre. För att få konkreta förslag på vad som kunde förbättras handlar min andra frågeställning om förbättringsförslag från informanterna.

Frågeställningar som jag tänker använda mig av är följande:

- Hur upplevs vården som medberoende?
- Vilka utvecklingsförslag har de medberoende att dela med sig av till vården?

5 Metod

Som metod har jag använt mig av en kvalitativ enkätstudie. Enkäten (Bilaga 1) omfattar den medberoende personens upplevelser av vården som erbjöds, vårdens sätt att stöda och hjälpa och vårdens sätt att informera om vad medberoende är.

Kvalitativ metod innebär att man samlar in information som beskriver ett ämne, exempelvis tankar och erfarenheter. En kvalitativ enkät är inte så strukturerad utan målet är att fördjupa sig i ett visst ämne genom att ta del av människors upplevelser och attityder. Genom att använda en kvalitativ enkätstudie får man djup förståelse av frågorna. (SurveyMonkey, u.å)

5.1 Urval av informanter

Informanterna som deltog ansåg själva att de är eller varit medberoende. Målet var att få ihop cirka 15 informanter. Jag sökte informanter via sociala kanaler och sände enkäten till personer som själva öppet vill berätta om sina erfarenheter. Eftersom frågorna är väldigt personliga har jag valt att göra en enkät istället för intervju så att informanterna själva kan sitta ner och skriva och fundera på sina svar i lugn och ro.

5.2 Datainsamlingsmetod

Som datainsamlingsmetod har jag valt att genomföra en kvalitativ enkätstudie där jag väljer ut informanter som själva är eller har varit medberoende. En enkätstudie kan användas som

ett alternativ till en intervjustudie för att ta reda på människors uppfattningar om olika saker. Enkätstudier kan genomföras antingen till pappers eller via datorn. (Region Plus, 2017)

Enkäter används för att ta reda på exempelvis åsikter, erfarenheter, synpunkter eller attityder. Man kan antingen välja ut en specifik grupp eller ha ett slumpmässigt valda antal människor att svara på enkäten. I mitt fall har jag valt att endast ha en specifik grupp att svara på enkäten. Fördelar med enkäter är att deltagarna kan svara på frågorna helt anonymt och i sin egen takt. Eftersom ämnet kan anses som jobbigt och privat har jag valt att deltagarna får möjligheten att vara helt anonyma. (Region Plus, 2017)

Deltagarna sökte jag via sociala kanaler. Personerna fick en kort informationstext och även informationsbrevet (bilaga 2). I informationsbrevet berättade jag blanda annat vem jag var, vad jag studerade och vad jag undersökte och varför. Jag tog även upp informationen om att alla deltagare är anonyma. Informanterna är 10 kvinnor i olika åldrar. Informanterna är medberoende till olika personer i sin närhet. Några är medberoende till sin partner, någon till sina barn och någon till en förälder. Det finns även informanter som är medberoende till flera personer i sin omgivning, exempelvis både en förälder och sin partner. Av informanterna är 40% av dem medberoende till sina barn, 30% av dem är medberoende till en förälder och resterande 30% är medberoende till partner, vän eller flera personer i deras närhet. För att skydda deltagarnas integritet så ges ingen information om dem.

Enkätfrågorna baserade sig på frågeställningarna i min studie. Frågeställningarna, enkätfrågorna och informationsbrevet skickades in till min handledare för godkännande innan jag började söka deltagare till studien.

5.3 Dataanalysmetod

Kvalitativ innehållsanalys följer tre steg. Det första är datainsamling, där jag valt att använda enkäter. Det andra är att analysera informationen man fått via datainsamlingen. Att analysera data innebär att man granskar svaren man fått och plockar ut data man anser är viktig. Det tredje steget är att tolka materialet och få det överskådligt (Trost, 2010)

Som dataanalysmetod har jag använt mig av kvalitativ innehållsanalys. Jag har valt att använda mig av en kvalitativ innehållsanalys eftersom jag har velat få fram deltagarnas erfarenheter gällande vård de har fått. Genom en kvalitativ innehållsanalys kan man bearbeta informationen som deltagarna gett mig. Jag kan även analysera och tolka svaren som jag har fått. (Trost, 2010)

Då jag tagit emot alla enkäter så började jag läsa igenom och analysera materialet. Jag plockade ut citat ur texterna som jag ansåg var viktiga i olika frågor. Jag började dela in olika frågor till olika underrubriker för att få ett mera strukturerat och lättare överskådligt resultat.

5.4 Etiska överväganden

Forskningsetikens syfte är att värna människors lika värde, integritet och självbestämmande hos dem som är informanter i mitt arbete. Att inte utnyttja, skada eller såra människor som deltar som informanter är den etiska utmaningen vid examensarbeten. En av de grundläggande etiska utgångspunkterna är att urvalet av deltagare ska vara rättvist. Utifrån detta är det viktigt att inte utsätta svaga grupper av människor för forskning endast för att de är lätta att använda som informanter. Etiskt godkännande kan krävas från högskolan eller från den regionala etiska nämnden. (Trost,2010)

Enligt Carlson (2017) är det viktigt att komma ihåg att informanterna kan uppleva situationen som obehaglig eller påträngande. Det är på skribentens ansvar att informera informanterna om att alla frågor är frivilliga och att man har rätt att avbryta när som helst om man vill. Inga informanter ska kunna identifieras när studien presenteras. Begrepp som ”deltagare 1” och ”deltagare 2” kan användas för att beskriva de olika informanternas upplevelser.

Jag skrev ett informationsbrev och satte det högst upp i enkäten. I informationsbrevet tog jag med information om vem jag var, varför jag gjorde denna studie och vem jag ville ha med som deltagare. Jag informerade även där att alla deltagare är fullständigt anonyma. Mina egna kontaktuppgifter och min handledande lärares kontaktuppgifter hittas också i informationsbrevet. De informanter som hörde av sig och därav valde att inte längre vara anonyma ska också få en länk till arbetet när det är publicerat så att de får ta del av arbetet.

6 Resultat

I detta kapitel har jag behandlat resultatet av min studie. Resultatredovisningen innehåller två huvudkategorier baserade på mina två frågeställningar. Huvudkategorierna är ”Upplevelser av vården som medberoende” och ”Utvecklingsbehov” och citat som jag har plockat direkt ur enkäterna hittas med kursiverad stil under vardera kategori.

Mina frågeställningar var ”hur upplevs vården som medberoende” och ”vilka utvecklingsförslag har de medberoende att dela med sig av till vården.” Med dessa

frågeställningar som utgångspunkt skapade jag en enkät med huvudsakligen öppna frågor. Jag har 10 deltagare i min studie som har fyllt i enkäten elektroniskt och sänt in den. Alla deltagare är anonyma.

6.1.1 Upplevelser av vården som medberoende

Min första frågeställning ”hur upplevs vården som medberoende” vilket var byggstenen i hela min studie. Frågorna i enkäten gällde egna erfarenheter så som känslor och tankar som är relaterade till medberoendet. Frågorna behandlar också bemötandet av vårdpersonalen, första kontakten till vården och vilken typ av vård som har erbjudits när de väl kommit i kontakt med vården. Frågorna behandlar också hur de upplever att informationen och psykoedukationen som erbjuds var och om denna information var tillräcklig. Jag har i detta avsnitt delat in resultatet i tre underkategorier: Skuld och skam, okunskap bland vårdpersonal och bristfällig vård.

6.1.2 Skuld och skam

Även om alla informanter var medberoende på olika sätt och till olika personer så var känslorna kring ämnet väldigt lika. De flesta har svarat att de känner eller har känt någon typ av skuld eller skam. De flesta uttrycker även en stor oro över både situationen och personen de är medberoende till. Ungefär hälften av informanterna beskriver också känslor av ensamhet. Lite mindre än hälften av deltagarna nämner också att de på ett eller annat sätt tappat bort sig själva i medberoendet.

”Offrat hela mitt mående fysiskt och psykiskt”

”Besvikelse, hopplöshet, sårbarhet och förtvivlan”

”.. dåligt samvete för vad jag gjort, inte gjort, borde göra och inte borde göra.”

6.1.3 Okunskap bland vårdpersonal

Bland informanterna har alla varit medberoende i flera år innan de kommit fram till att de varit medberoende. Hälften av informanterna har varit medberoende i över 10 år innan de

fått veta att de är medberoende. Resterande hälften har varit medberoende mellan 4-10 år innan de fått ett begrepp för sin situation, sina känslor och sitt beteende. Alla informanter har uppgett att informationen gällande medberoende från vårdens sida är för liten. Ord som informanterna har beskrivit informationen de fått av vårdens sida är:

''Mycket svag''

''Obefintlig''

''Dålig''

När jag ville ta reda på vilken information de fått om medberoende från vårdens sida svarade även här alla informanterna kort och gott samma sak, nämligen:

''ingenting''

En informant hade sedan fått möjlighet att delta i en medberoendekurs som hen värdesatte väldigt högt och ansåg var väldigt lärorik och nödvändig i situationen. Två informanter hade fått rådet att vända sig till socialen för att få stöd därifrån.

'' Vården uppmanade mig att vända mig till socialtjänsten gällande medberoendet. ''

''Jag sökte vård för mitt medberoende och fick som svar att vänta mig till socialen. Samma gällde mina barn. ''

6.1.4 Bristfällig vård

Jag ville även ha reda på vilken typ av stöd eller vård de medberoende har blivit erbjudna och varför. Orsaken till hur mina informanter kommit i kontakt med psykiatri är mycket varierande. Ungefär hälften har kommit i kontakt med vården pga själva medberoendet, ofta med hjälp via vänner eller kollegor. Andra hälften av informanterna har kommit i kontakt med psykiatri på andra sätt (som också är relaterade till medberoendet). Det har bland informanterna varit pga depression, utmattning eller suicidförsök.

Bemötandet från vårdens sida är viktigt i alla typer av sjukdomar och tillstånd. När informanterna väl fått kontakt med vården så ville jag ta reda på vilken typ av vård de erbjudits. Hälften blev erbjudna samtalsstöd eller på egen hand ordnat samtalsstöd via

exempelvis företagshälsovård. Två blev erbjudna att delta i en ”anhörigvecka”. En informant blev erbjuden medicinering i form av antidepressiva och sömnmedicinering, och resten blev inte erbjudna vård trots att de redan av en eller annan orsak varit i kontakt med vården angående sitt medberoende.

” Jag fick tillslut samtalsstöd, blev dock inte erbjuden utan sökte själv hjälp.”

” Jag fick en anhörigvecka, i övrigt inget. Jag ordnade själv samtalsterapi via jobbets företagshälsovård”

” Jag blev erbjuden medicinering så som antidepressiva och sömntabletter. ”

6.2 Utvecklingsbehov

Utvecklingsbehovet gällande vården av medberoende verkar vara stort. Vid medberoende påverkas ofta hela livet och vardagen mycket. Det är ofta svårt att hitta ut ur medberoendet eftersom det blir ett beteende man har haft ofta en lång tid. Jag bad informanterna berätta lite om hur de upplever att de påverkas av sitt medberoende i vardagen. Många av informanterna beskriver sitt medberoende som en sjukdom och en lång process för tillfrisknande. Symtomen och de negativa effekterna av medberoende påverkar alla informanter i vardagen.

6.2.1 Påverkan i vardagen

Eftersom alla informanter är medvetna om sin medberoendeproblematik är det också någonting som de alla jobbar på. Många beskriver sin vardag som kaotisk och att deras mående beror på andra personers mående. Flera av informanterna är även medvetna om att de måste lära sig att sätta gränser och att det är de själva som är viktigast i deras liv, och ingen annan. Två av informanterna har bristfälligt socialt liv och påverkas så mycket av sitt medberoende så att vardagen inte fungerar.

'' Nu tar jag hand om min sambo, men jag har sökt hjälp och planerar att lämna förhållandet eftersom det är ohållbart och jag behöver fokusera på mig själv, lära känna mig själv osv.. Hela mitt liv har jag tagit hand om andra så det känns läskigt då jag inte vet vad jag tycker om, vem jag är, osv.''

'' Jag har mycket ångest, dåligt samvete, svårt att lita på mig själv men även en ilska att jag inte fick lära mig om medberoende tidigare.''

''Just nu är det kaos, tror att allt är mitt fel... igen. Vet ju att det inte är så. Mår kass.''

6.2.2 Utvecklingsförslag

Utveckling och utvecklingsförslag från klienter är alltid viktigt inom vården. Jag ville ta reda på vad informanterna hade upplevt som positivt och negativt med vården de erbjudits eller vården de fått för sitt medberoende. Ungefär hälften upplever att det bästa stödet har kommit från vänner, familj eller kollegor. De informanter som fått delta på anhörigveckor värdesätter dem väldigt högt.

'' Det bästa var att få höra att man inte är ensam.''

Det negativa med vården som erbjöds har varit ganska olika för olika informanter. Det som kommer fram som gemensamt är att de anhöriga inte syns och inte erbjuds vård. Andra negativa saker som framkommer av informanterna är att om man vill gå kursen inom medberoende kostar det pengar och att uppföljningen av vården inte heller fanns.

'' Vården erbjöds allt för sent och det fanns ingen uppföljning.''

''Trots att pappa var in på diverse kliniker under åren var det ingen som då erbjöd familjen något stöd.''

''Om man ville gå fler kurser fick man betala själv.''

Jag bad även informanterna att komma med konkreta utvecklingsförslag för vård av medberoende eftersom alla var överens om att vården behöver utvecklas. De flesta informanter är av den åsikten att vårdpersonalens kunskaper behöver utvecklas för att få en fungerande vård för medberoende. De som fått samtalsstöd skulle även önska snabbare tider. De flesta informanter är också överens om att vården uppmärksammar anhöriga och medberoende för lite i vården och att man blir lämnad utan hjälp. Många beskriver att de kämpat länge med olika vårdinstitutioner och vårdpersonal innan de fått någon hjälp. En person önskar även att vården skulle tagit mera ansvar gällande barnen som var med i bilden och att de från vårdens sida också skulle gjord orosanmälan till socialen.

''Jag önskar att jag hade fått info och kunskapen tidigare. Då skulle jag kanske kunnat förstå bättre.''

''Stödet måste sättas in i ett tidigt skede då världen faller samman för en.''

''Jag vill att vården ger oss större utrymme i processer där våra anhöriga tex åker på behandling. Det skulle borda finnas ett behandlingshem för medberoende också.''

7. Diskussion

I diskussionskapitlet diskuteras metoden jag valt för min studie och studiens resultat utgående från mina två frågeställningar. Jag kommer också i detta kapitel att jämföra resultatet med den fakta jag tagit upp i bakgrunden och min teoretiska utgångspunkt.

7.1 Metoddiskussion

Detta kapitel kommer att fungera som en kritisk granskning av min val av datainsamlingsmetod. Som datainsamlingsmetod använde jag mig av enkäter. Jag funderade fram och tillbaka på om jag skulle använda intervjuer eller enkäter som

datainsamlingsmetod. Fördelar med enkäter ansåg jag var att informanterna kunde vara helt anonyma och det kan ofta vara lättare att dela med sig av jobbiga saker bakom en skärm istället för att berätta det för någon öga mot öga. Fördelar med intervjuer istället är att man får en diskussion kring ämnet och får en bättre inblick i personens upplevelser kring medberoendet. I och med att en pandemi härjade i landet under den tid som jag har skrivit detta arbete valde jag tillslut att använda mig av elektroniska enkäter.

Jag valde att dela söka informanter via sociala kanaler. Det gick relativt fort innan 10 personer hade svarat på enkäten. Det optimala skulle vara att könsfördelningen bland informanterna skulle vara annorlunda, eftersom mina informanter nu består av endast kvinnor. Det verkar vara svårare att få tag i män som är villiga att ställa upp i enkätstudien. Jag var i alla fall nöjd med mina tio informanter, även om alla var kvinnor. Åldersfördelningen bland informanterna är bättre, det finns informanter i olika åldrar och i olika skeden av livet.

För att kunna utforma enkäten behövde jag vara tillräckligt påläst inom ämnet. Jag skrev bakgrunden innan jag började utforma min enkät. Jag behövde också två frågeställningar i studien för att kunna utforma en enkät och veta vilka frågor jag ville ha svar på. Enkätfrågorna är baserade på frågeställningarna men jag valde också att ta med bakgrundsfakta om informanten så som ålder, kön och vem hen är medberoende till för att skapa ett bredare perspektiv av informanten i fråga. Informanterna var öppna med sina åsikter och svarade enkelt och rakt på mina frågor vilket underlättade för mig senare i resultatanalysen. En stor del av resultatanalysen var förväntad enligt vad jag tidigare skrivit om i bakgrunden. Resultatet är enligt min personliga åsikt hjärtskärande eftersom detta verkar vara en grupp människor som hamnar i kläm, glöms bort eller att det helt enkelt inte finns kunskap om vad medberoende riktigt är bland vårdpersonalen.

7.2 Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen diskuteras resultatet i samverkan med bakgrundsmaterialet och den teoretiska utgångspunkt som jag har valt att använda i studien. I början av resultatet kommer vi enligt studien fram till att skuld och skam är en gemensam känsla bland personer som är medberoende. Enligt Selva (2020), är det hela symtombilden som kan leda till skuld och skamkänslor. Symtomen kan exempelvis vara dåligt självförtroende, stort kontrollbehov och rädsla att bli övergiven. Enligt Selva (2020) är det exempelvis dessa saker som leder till

skuld och skamkänslor. Det är även vanligt att exempelvis utmattning, ätstörningar, depression eller ångestsjukdomar förekommer hos dessa personer.

Enligt informanterna förekommer en stor okunskap om medberoende hos vårdpersonal. Informanterna upplever också att utvecklingsbehovet är stort kring just medberoendeproblematik. För det medberoende blir detta ett lidande, eftersom de upplever sig inte blir hörda, sedda eller förstådda av vårdpersonalen. Jag vill belysa att hälften av informanterna har kommit i kontakt med vården först i det skedet då de själva varit så sjuka i sitt medberoende att de behövde hjälp, varav en av dem var i första kontakt med vården efter ett suicidförsök. De andra hade drabbats av depressioner eller utmattningssyndrom, vilket enligt Sleva (2020) är vanligt hos medberoende. Medberoendet i sig kan beskrivas som ett lidande, men att inte bli hörd eller sedd av vårdpersonal när man ber om hjälp förvärrar nog lidandet ytterligare. Människor hanterar lidandet på olika sätt. Lidande utgör en känsla av hopplöshet (Eriksson, 1994), vilket också framkommer i resultatdelen av studien. För att kunna komma över känslan av hopplöshet behöver vi något som ger oss hopp igen (Eriksson, 1994). Hoppet kan se ut på olika sätt i olika relationer, men ofta är det lögner och små stunder då det är bättre som ger hopp hos den medberoende enligt resultatet. Lögnerna leder i sin tur till besvikelse och känsla av hopplöshet igen, tills nya lögner och små stunder av hopp visar sig igen enligt resultatet.

Enligt resultatet är det en kamp att vara medberoende och ofta offras hela den medberoendes personlighet och egna liv till en annan person. Detta framkommer också i Selvas (2020) artikel där han beskriver att den största konsekvensen av medberoende är att den medberoende blir så upptagen med att ta hand om andra och glömmer att ta hand om sig själv, vilket resulterar i en störning av identitetsutvecklingen. Enligt mental Health America (u.å) är det så slitsamt att leva med en medberoendepersonlighet att det ofta leder till symptom som missbruk av alkohol eller drogen, panikångest, utbrändhet, våldsamhet, självmordstankar eller ätstörningar, lite samma saker som Selva (2020) också beskrev i sin artikel.

Som sista del i enkäten valde jag att lämna en tom ruta och bad informanterna om att ge råd till andra personer som också är medberoende. Jag har valt att sätta in några av de citaten nedan.

''Det är inte ditt fel, det är inget att skämmas över och det finns hjälp att få.''

''Tillsammans är vi starka! Du är lika mycket värd som alla andra.''

'' Glöm inte bort dig själv, för att kunna vara ett bra stöd och fortsätta orka så måste man prioritera sig själv.''

''DU är viktig. Ta emot all hjälp du kan få. Ge aldrig upp.''

Jag tycker att det speglas väldigt tydligt i dessa citat vad jag har skrivit om i bakgrunden. Bland annat beskriver Selva (2020) att medberoende personer har ett behov att ta hand om andra, de förnekar ens egna tankar och känslor och har svårigheter att skilja på kärlek och medlidande.

Resultatet skulle jag tolka som kritiskt, eftersom alla deltagare i studien har samma åsikter kring vården som erbjöds. I enkäten hade jag en fråga där jag ville ta reda på vilken typ av vård eller stöd som de medberoende erbjöds. Alla svarade samma sak, nämligen ingenting. Även om deras anhöriga varit inne på anstalter och olika behandlingar till och från, så verkar kommunikationen till anhöriga vara mycket svag. Man kan ju tycka att det vore ett ypperligt tillfälle att därifrån kunna plocka upp medberoendeproblematik genom att ha god kommunikation till anhöriga, men resultatet i studien tyder på att det inte fungerar så. Det är också skrämmande att resultatet pekar på att alla deltagare har varit medberoende mellan 4-20 år innan de fått veta att det finns ett sådant tillstånd.

7.3 Slutsats

Syftet med studien var att få en bättre förståelse för vilken typ av vård som behövs för medberoende, genom att ta reda på hur de upplevt vården de fått och vad de skulle vilja utveckla i vården. I bakgrunden valde jag att förklara olika begrepp för att läsaren lättare ska förstå vad medberoende är och inte är. Jag valde även att ta upp termer som beroende, missbruk och psykisk ohälsa och förklara dem lite närmare, eftersom de alla är relaterade till medberoende. Mina frågeställningar gjorde jag utgående från det jag ville undersöka, nämligen hur medberoende har upplevt vård de har fått. För att kunna ha praktisk nytta av studien ville jag även undersöka vilka utvecklingsförslag som fanns bland de medberoende gällande vården, som också blev min andra frågeställning i studien.

Min första frågeställning om hur de upplevt vården som erbjudits fick tyvärr väldigt dystra svar. Många hade inte blivit erbjudna utan fått kämpa länge för att få någon vård alls, medan hälften hade utvecklat andra tillstånd som följd av sitt medberoende som krävde vård, exempelvis utbrändhet eller depression. Alla deltagare var kort och gott sagt missnöjda och besvikna på vården gällande medberoendeproblematik. Däremot var de som fått vård i form av anhörigveckor eller dylikt nöjda med den vården, men de hade inte blivit erbjudna det utan att själv vara hjälpsökande i sitt tillstånd.

Min andra frågeställning gällande utvecklingsförslag gällande medberoendeproblematik fick lite varierande förslag. Det alla var överens om var att vården skulle behöva erbjudas från vårdens sida istället för att man ska behöva jaga den. Alla var också överens om att kunskapen bland vårdpersonalen gällande medberoendeproblematiken är för låg och att vård behöver sättas in i ett tidigt skede. Andra förslag som kom in var kortare köer till samtalsstöd och det kom även in två förslag om att det borde finnas ett skilt behandlingshem för medberoendeproblematik.

Jag skulle gärna ha haft med mera fakta om vårdpersonalens nivå av kunskap om medberoende, men jag hittade ingen källa som jag tyckte var tillräckligt bra att använda. Det skulle vara viktigt att upplysa detta perspektiv i kommande studier inom ämnet, och exempelvis utföra en studie utifrån sjukvårdspersonalens perspektiv för att undersöka om resultatet är detsamma. Jag skulle också gärna se en studie i framtiden där man undersöker varför det är så många som är medberoende i väldigt många år utan att veta att det finns ett sådant tillstånd. Jag lyfte delvis upp det i min enkät för att upplysa om att det ofta är vanligt att personer är medberoende utan att veta om det, men det skulle vara intressant och nödvändigt att göra en djupare studie i ämnet. Förslagsvis skulle det också vara intressant att dela in studien mera och inte undersöka alla medberoenden eftersom medberoende kan se väldigt olika ut beroende på fall till fall. Exempelvis har en dotter på 12 år ett helt annat medberoende till sin alkoholiserade far än en 35 årig småbarnsmamma och hennes medberoende till sin drogmissbrukande fästman. I denna studie har jag valt att undersöka alla medberoende. Resultatet blev dock väldigt lika varandra, oberoende vem som svarade på enkäten. Det skulle också vara intressant att undersöka vilken typ av behandling som skulle vara mest effektiv på medberoendeproblematik, och i vilket skede den ska sättas in för att vara mest effektiv.

Studien har varit betydelsefull att få genomföra för mig både för min professionella utveckling och min personliga utveckling. Jag upplever att min studie har ett viktigt syfte och jag hoppas att vårdpersonalen kan ta till sig det resultat jag har kommit fram till och börja fundera på vården kring medberoendeproblematik, speciellt inom öppenvården där problemet verkar vara som värst enligt resultatet.

Referenser

Bengtsson H. Beroendeboken, 2020 kap.1. s. 9, 13, 16-17

Bidö S., Mannheimer M. & Samuelberg P. Traumatisering hos barn, 2018. Kap 1 s, 21, 23,

Cermak, T.L. (1986). *Diagnostic Criteria for Codependency*. Journal of Psychoactive Drugs, 18(1), s.15-20

Drugsmart.com *fakta om beroende och missbruk*, 2015 [Online]
<https://www.drugsmart.com/> [Hämtad 20.9.2020]

Eriksson Kati, 2018. Vårdvetenskap. Vetenskapen om vårdandet om det tidlösa i tiden. s. 314, 330-331, 333, 363, 364, 375-376,

Harris N.B., 2014. *Childhood trauma's devastating impact on health*. TEDMED. [Online]
<https://www.tedmed.com/> [Hämtad 29.9.2020]

Henricson, M., 2017 (RED.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* Kap 3, s. 70-88

Hjärnfonden.se, *Beroende* u.å. [Online] <https://www.hjarnfonden.se/> [Hämtad 29.9.2020]

Institutet för hälsa och välfärd, *Alkohol, tobak och beroenden*, 2020
<https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv> [Online] [Hämtad 20.9.2020]

Kraft, D., blogg. Detkänsligabarnet.se [Online] <http://xn--detknsligabarnet-ynb.se/about/>
[Hämtad 9.9.2020]

Kylmänen, P., 2020. *Lääkeriippuvaisen potilaan hoito* Terveysportti.fi, Sairaanhoitajan käsikirja.[Online] <https://www.terveysportti.fi/> [Hämtad 9.9.2020]

Lancer, D., 2018. Psychcentral.com *Symptoms of codependency* [Online]
<https://psychcentral.com/> [Hämtad 1.9.2020]

Linton, S.J., Flink, I., 2011. *12 verktyg i KBT*. Natur Kultur Akademisk

Lundell S., Söderlund. A. Medberoendepodden. Produktion: SVT, 2014. [Online] [Hämtad 20.12.2020]

Mental Health America. (u.a.). *Co-Dependency*. [Online] <https://www.mhanational.org/>
[Hämtad 15.9.2020]

Mindler.se 2021, medberoende. [Online] <https://mindler.se/medberoende/> [Hämtad 1.3.2021]

Marks, A.D.G., Blore, R.L., Hine, D.W., Dear, G.E., 2012. Development and validation of a revised measure of codependency. *Australian Journal of Psychology*, 64(3), s. 119-127.

Nyberg, F., 2016. *Att må dåligt – en orsak till missbruk och beroende?* I publikationen socialmedicinsk tidskrift, s. 53-60, vol 93, Vol 1.

Pixnekliniken.fi, *Medberoende* [Online] <https://www.pixnekliniken.fi/> [Hämtad 24.9.2020]

Praktiskmedicin.se *Missbruk/beroende*, 2020 [Online] <https://www.praktiskmedicin.se/> [Hämtad 27.22.2020]

Psykosociala förbundet i Finland *vad är psykisk ohälsa?* [Online] <https://www.fspc.fi/> [Hämtad 24.9.2020]

Region Plus ”Metod enkät”, 2017. [Online] <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=22660&nodeId=45034> [Hämtad 23.12.2020]

Salva, J., 2020. *Codependency* Positivepsychology.com [Online] <https://positivepsychology.com> [Hämtad 15.9.2020]

<https://sv.surveymonkey.com/mp/quantitative-vs-qualitative-research/>

Strömsten Lotta, Mind.se, *skam och psykisk ohälsa*, 2017. [Online] <https://mind.se/aktuellt/skam-och-psykisk-ohalsa/> [Hämtad 15.1.2021]

Taitto, A., 2005. Paihdelinkki.fi, *Missbruk I familjen – medberoende* [Online] <https://paihdelinkki.fi/sv> [Hämtad 1.9.2020]

THL.fi, institutet för hälsa och välfärd. *Alkohol och drogberoende*, 2019 [Online] <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv> [Hämtad 20.9.2020]

Trost, J., 2010. *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur, s. 25, 123-128, 147

Bilaga 1

Informationsbrev

Bästa deltagare!

Mitt namn är Amanda Wester och jag studerar till sjukskötare vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Jag skriver mitt examensarbete om medberoende och undersöker med hjälp av en enkät hur medberoende har upplevt vården eller stödet de fått från professionella.

Som vård/stöd räknas exempelvis samtalsstöd med terapeut eller kurator, behandling för andra psykiska besvär till följd av medberoendet (depressioner, ångesttillstånd..) anhöriggrupper eller annat. Eftersom medberoende inte är en diagnos så är det upp till deltagarna själva att bedöma om de är medberoende eller inte.

Jag har valt att använda mig av enkäter eftersom ämnet är ganska privat och man får vara fullständigt anonym på detta sätt. Man får även sitta ner och fundera i lugn och ro på egen hand. I mitt examensarbete kommer jag att nämna er deltagare som "deltagare 1", "deltagare 2", osv..

Det är frivilligt att delta i enkäten och materialet kommer att förstöras efter att mitt examensarbete är presenterat våren 2021. Jag kommer eventuellt ta med citat från enkäterna i mitt examensarbete. Målet är att hitta ca 15 deltagare. Kontaktuppgifter hittas nedan.

Tack för din medverkan!

Amanda Wester

0505541833

Amawes@edu.novia.fi

Handledande lärare

Marlene Gädda

0447805341

Marlene.gadda@novia.fi

Bilaga 2

Enkätfrågor

Bakgrund

1. Kön?

Man/Kvinna/Vill ej ange

2. Ålder?

15-25 år

25-35 år

35-50 år

50-65 år

65+ år

3. Beskriv kort hur du har upplevt ditt medberoende med egna ord.
(Känslor, tankar, erfarenheter..)

4. Till vem är/var du medberoende?
(Förälder, barn, partner, syskon..)

5. Hur länge skulle du uppskatta att du var medberoende innan du fick veta att det fanns ett sådant tillstånd?

6. Av vilka skäl sökte du dig till att få professionell hjälp?
(Ångest, via närståendegrupper, depression, andra orsaker..)

7. Hurudan upplevde du att informationen var angående medberoende som tillstånd?

8. Vilken info fick du från sjukvården angående medberoende?

9. Upplevde du att informationen var tillräcklig?

10. Vilken typ av vård/stöd erbjöds du som medberoende?
(Terapier, medicinering..)

11. På vilket sätt upplever du att du påverkas av ditt medberoende?

12. Vad tyckte du var positivt med vården/stödet du erbjöds?

13. Vad tyckte du var negativt med vården/stödet du fick?

14. Vad skulle du vilja ändra på gällande vården/stödet av medberoende?

15. Vilket råd skulle du vilja ge åt en annan person som också är medberoende?

