

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2012:102

Partners upplevelse av att vårda sin livskamrat som
insjuknat i stroke
Ett förändrat liv

Karolina Winbom och Caroline Åström



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Examensarbetets titel:	Partners upplevelse av att vårda sin livskamrat som insjuknat i stroke: Ett förändrat liv
Författare:	Karolina Winbom och Caroline Åström
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Examensarbete SSK06
Handledare:	Thomas Eriksson
Examinator:	Susanne Knutsson

Sammanfattning

I Sverige är stroke den tredje vanligaste dödsorsaken och den vanligaste orsaken till funktionsnedsättning bland vuxna människor. Stroke är ingen enhetlig sjukdom utan ett samlingsnamn på den symptombild som utvecklas. Symptomen yttrar sig oftast genom svaghet i armar och ben, förvirring, försämrad balans och talsvårigheter. Rehabiliteringen efter insjuknandet påbörjas redan efter första dygnet på sjukhus och fortsätter sedan i hemmet efter utskrivning. I hemmet är det vanligt att vårdtagarens make/maka eller sambo väljer att bli informell vårdgivare. För att lyckas hantera den nya rollen är det av stor vikt att han/hon får den information och förberedelse som krävs för att kunna vårda den insjuknade. I tidigare forskning upplevdes vårdandet stressigt och tidskrävande vilket delvis kunde bero på brist på information och förberedelse från hälso- och sjukvården. Syftet med arbetet är att beskriva upplevelsen av att vårda sin partner som insjuknat i stroke. Arbetet var en litteraturstudie där kvantitativa och kvalitativa artiklar analyserades enligt Axelssons (2008) modell. Resultatet består av tre huvudteman: En ny livssituation, Ett behov av stöd och En fysisk och känslomässig påverkan samt sju underteman. I artiklarna framkom det att partners upplevde en förändrad livssituation och att rollen som vårdgivare och partner var svår att hantera vilket påverkade relationen. Det ökade ansvaret som kom med vårdrollen krävde mycket energi och den egna tiden var svår att finna. Vänner och familj visade sig vara ett viktigt stöd där ny energi kunde hämtas. Stödet från hälso- och sjukvården uppskattades men upplevdes i de flesta fall otillräcklig. I diskussionen diskuteras sjuksköterskans pedagogiska ansvar och dess funktioner i mötet med närstående. Vidare i diskussionen beskrivs sjuksköterskans förmåga att förmedla trygghet och vilken betydelse det har för hälsan samt belyses behovet av anhörigstöd.

Nyckelord: stroke, spouse, caregiver, carer, partner, experience

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Stroke	1
Behandling och rehabilitering	2
Informell vårdgivare	2
Sjuksköterskans bemötande och kompetens	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	4
METOD	4
Litteratursökning	4
Datanalys	5
RESULTAT	6
En ny livssituation	7
En förändrad relation	7
En anpassning av vardagen	7
Brist på egen tid	8
Ett behov av stöd	8
Ett behov av familj och vänners hjälp och omtanke	8
Ett behov av information och förberedelse från vårdsystemet	9
En fysisk och känslomässig påverkan	10
Fysisk påfrestning	10
Ständigt växlande känslor	11
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	14
Konsten att bevara intimitet relationen	14
Skapandet av ett individuellt liv.....	15
Att tillfredsställa behovet av stöd och undervisning	15
Samtalet en väg till trygghet	16
Positiva tankar en väg till hälsa.....	17
Vidare forskning	18
Kliniska implikationer	18
SLUTSATSER	18
REFERENSER	20
BILAGA I	

INLEDNING

Varje år insjuknar ungefär 30 000 människor i Sverige i stroke och för många av dem finns ett kvarstående behov av vård utanför sjukhusets väggar (Wergeland, Ryen & Olsen, 2009). I de flesta fall finns det någon person i den sjukes närhet som väljer att ta på sig rollen som informell vårdgivare i hemmet. Denna någon brukar vara en vän, maka/make, sambo eller vuxna barn. Livet förändras därmed inte endast för personen som drabbats av stroke utan även för personen som väljer att ta på sig vårdrollen (Brereton & Nolan, 2000). Enligt Terént (2007) kan det utan överdrift påstås att cirka var tionde svensk berörs av stroke på något sätt.

Hälso- och sjukvården har idag ett stort fokus på vårdtagaren och arbetar i största möjliga mån för att vården skall kunna utföras i hemmet (Josefsson & Ljung, 2010). Enligt Socialstyrelsen (2008) kommer hemmet få en allt större betydelse för vårdandet då det idag ses en utveckling mot att alltmer avancerad hälso- och sjukvård kan utföras i hemmet. Det som ibland tycks hamna i glömska är att det ansvar som följer med vårdrollen ställer stora krav på närstående redan innan dem lyckats hantera och anpassa sig till rollen som vårdgivare.

Då forskningen idag främst är inriktad på närståendes upplevelser av att vårda handlar denna litteraturstudie om partners upplevelse av att vara informell vårdgivare. Valet att ha fokus på partners istället för närståendes upplevelse baseras på författarnas tankar om att relationen till den sjuke har stor påverkan på hur den förändrade situationen upplevs. En mor/far, barn eller vän kan ha en nära relation till den som insjuknat men relationen skiljer sig från den som finns mellan två makar eller sambor. Att vara partners i ett förhållande innebär att det finns en intim och sexuell relation vilket författarna tror kan ge en speciell påverkan på upplevelsen. Andra faktorer som tros kan vara av betydelse är om det vid sidan av vårdrollen finns ett arbete att sköta och en familj att ta hand om. En ökad kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonal om hur partners upplever livssituationen efter en stroke är därför värdefull då den skapar möjlighet att utveckla närståendes delaktighet i vården.

BAKGRUND

Stroke

I Sverige insjuknar årligen cirka 30 000 människor i stroke och är därmed den tredje vanligaste dödsorsaken samt den vanligaste orsaken till funktionsnedsättning. De vanligaste riskfaktorerna för stroke är aterosklerotiska förändringar i hjärnans artärer, diabetes, hypertoni och vissa hjärtsjukdomar (Wergeland et al., 2009). Åldern spelar stor roll för risken att insjukna i stroke. I 35-44 års ålder är det ungefär 50 av 100 000 som varje år drabbas av stroke. I övre medelåldern 55- 64 år är motsvarande siffra 200 och hos äldre 75- 84 år är motsvarande siffra hela 2000 (Terént, 2007).

Stroke är ingen enhetlig sjukdom utan ett samlingsnamn för den symptombild som människan uppvisar när blodförsörjningen till delar av hjärnan helt eller delvis gått förlorad. Stroke kan uppstå p.g.a. en trombos, emboli eller blödning i en artär. Det som sker i hjärnan vid stroke är att cellerna i det drabbade området inte får tillräckligt med

syre och energi vilket leder till att cellerna dör. Symptombilden varierar beroende på vilken del av hjärnan som drabbas och hur omfattande skadorna är (Wergeland et al., 2009). De vanligaste symptomen vid stroke är plötslig svaghet eller domning i ansikte, arm eller ben vanligtvis på ena sidan av kroppen. Andra symptom som kan ses är förvirring, talsvårigheter, synnedbjudning, huvudvärk, nedsatt balans och medvetande (WHO, 2012).

Behandling och rehabilitering

På sjukhuset används i förstahand datortomografi för att fastställa om det föreligger en hjärninfarkt eller hjärnblödning och därefter fortsätter behandlingen utifrån röntgensvaren. Vid hjärninfarkt är behandlingens mål att lösa upp trombosen vilket vanligen görs medicinskt med hjälp av en trombolytisk behandling där proppen kemiskt löses upp. Vid hjärnblödning är målet med behandlingen att få blodet kring blödningen att levra sig vilket stoppar blödningen samt minskar eventuellt tryck som kan skada hjärnan. Vidare ser behandlingen olika ut beroende på orsak men målet med behandlingen är att återställa cirkulationen samt minska risken för återfall (Wergeland et al., 2009).

Efter en stroke är det viktigt med tidig mobilisering och rehabilitering för att stimulera hjärnan och förhindra komplikationer (Terént, 2007). Rehabilitering syftar till att återställa eller minska konsekvenserna efter förlusten av en färdighet och påbörjas redan efter första dygnet på sjukhus (Stibrant-Sunnerhagen, 2001). Rehabiliteringen består av ett multidisciplinärt samarbete mellan arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator, psykolog och logoped. Efter sjukhusvistelsen är det många patienter som behöver fortsätta med rehabilitering i hemmet och träningen bör därför anpassas till den enskildes boendemiljö och behov. Ett tidigt och nära samarbete med patient, anhörig och primärvård är nödvändig för att övergången från sjukhus till hem skall bli så trygg som möjligt (Wergeland et al., 2009).

Informell vårdgivare

I hemmet är det i de flesta fall vårdtagarens make/maka eller sambo som tar på sig rollen som informell vårdgivare då de ofta ser det som en plikt eller skyldighet att vårda sin livskamrat (Brereton & Nolan, 2000). Det känslomässiga stöd som partnern ger till den insjuknade under krisen är oerhört viktig för den framtida utvecklingen. Hälso- och sjukvårdspersonal bör därför inkludera partnern i vården då han/hon fungerar som en resurs som skapar motivation och trygghet hos vårdtagaren. Enligt Jahren-Kristoffersen, et al. (2005a) kan det vara en stor påfrestning att vara informell vårdgivare då mycket tid och energi tillägnas vårdandet. Tidsbristen som tillkommer med den nya rollen gör att andra aktiviteter kommer i andrahand och det ökade ansvaret kan i vissa fall bli överväldigande för partnern vilket riskerar hans/hennes hälsa. Det är därmed av stor vikt att informella vårdgivare får det stöd dem är i behov av från hälso- och sjukvården för att bevara upplevd hälsa. Wiklund (2003) beskriver hälsa som ett komplext fenomen och WHO (1946) definierar hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller svaghet. Wiklund (2003) beskriver också hälsa som relativ och det finns därför inga

exakta gränser för vad hälsa och ohälsa innebär. Det är därför viktigt att uppmärksamma upplevelsen av hälsa då den kan riskeras och ge uttryck på olika sätt samt vara svår att se till en början.

Fokus riktas mot partners upplevelse att vara informell vårdgivare på grund av att de ofta känner en plikt och hängivenhet till den sjuke. I en relation finns det ett gemensamt beslut att leva tillsammans och när livssituationen förändras kan det vara svårt för den ena partnern att ensam försöka upprätthålla förhållandet. Att vara en make/maka eller sambo innebär också att det finns en intim och sexuell relation till vårdtagaren. Dessa faktorer kan göra att upplevelsen skiljer sig från andra situationer där vän, mor/far eller barn är vårdgivare till den som insjuknat. I litteraturstudien definieras ”Partner” som make/maka eller sambo till den vårdtagaren.

Sjuksköterskans bemötande och kompetens

I en sjukdomskris är det viktigt att vårdpersonal hjälper partners att förstå och finna mening i det som skett. De kan behöva hjälp och stöttning med att förändra livsstil och inta en ny roll, särskilt då den förändrade livssituationen i en del fall kan vara svårare att hantera för vårdgivaren än för vårdtagaren (Jahren- Kristoffersen et al., 2005b). Att vårda en sjuk familjemedlem kan framkalla känslor av både belastning och tillfredställelse och sjukvårdspersonal måste därför reflektera kring hur partners upplever den nya situationen (Hellström & Carlander, 2010). Vid uppkomst av sjukdom och när livssituationen förändras ger det en påverkan på den sjukas livsvärld. När en make/maka eller sambo väljer vårda sin partner ger det även en påverkan på hans/hennes livsvärld då den nya rollen är en stor omställning i livet (Dahlberg & Segesten, 2003). Enligt Wiklund (2003) är livsvärlden den verklighet som vi lever i men avspeglar inte den fysiska verkligheten. Allt individen möter i världen i form av människor och ting erfars på ett unikt sätt av varje människa. I ett livsvärldsperspektiv betonas enligt Dahlberg och Segesten (2003) människors upplevelser och erfarenheter i det dagliga livet vilket omfattar människans livsvärld. Jahren- Kristoffersen, et al. (2005b) beskriver också att när människan förlorar kontrollen över livsvärlden får det konsekvenser för självkänslan och självrespekten. Det är därför av stor vikt hälso- och sjukvårdspersonal utgår från ett livsvärldsperspektiv i sitt arbete för att kunna möta både vårdtagaren och partners i deras upplevelse av situationen. För att få ta del av den andres upplevelser måste sjuksköterskan enligt Jahren- Kristoffersen, et al. (2006) lära känna personen i fråga och bör då lägga stor vikt på kommunikation och interaktion.

I många fall är de emotionella behoven som uppstår hos närstående svåra att uppmärksamma och sjuksköterskans utmaning består därför i att använda alla sina sinnen för att uppmärksamma det som inte uttalas men som ändå oroar motparten (Bergh, 2003). Genom närvaro och aktivt lyssnade ger sjuksköterskan den andre sin uppmärksamhet och visar att hon finns där för honom/henne (Jahren- Kristoffersen et al., 2006). Bergh (2003) beskriver också att ett ömsesidigt förtroende mellan båda parter är viktigt för att partnern skall känna sig delaktig i situationen. Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (1995) skall sjuksköterskan även i mötet med den andre utgå från en humanistisk människosyn, visa omsorg och respekt för autonomi, integritet och värdighet, tillvarata patient och närståendes erfarenheter och kunskaper samt föra deras talan vid behov.

PROBLEMFÖRMULERING

Att vårda sin partner efter en stroke innebär en stor omställning som kräver stort ansvar av den informella vårdgivaren. Många upplever den nya livssituationen som stressig och tidskrävande vilket skulle kunna bero på att stödet från hälso- och sjukvården brister. Hälso- och sjukvårdspersonal har idag ett ansvar att tillgodose närstående de kunskaper och färdigheter som krävs för att vara informell vårdgivare. För att information och stöd skall vara individanpassad bör sjuksköterskan försöka förstå och sätta sig in i hur partners upplever situationen utifrån hans/hennes livsvärld. Sjuksköterskan får då reda på hur hon på bästa sätt kan arbeta för att tillfredsställa de specifika behov som uttrycks. Genom att få sina behov tillgodosedda kan partners uppleva ett ökat välbefinnande i samband med vårdrollen.

Författarna har under utbildningen mött närstående till stokedrabbade i hälso- och sjukvårdsverksamhet och fått uppfattningen att det kan vara svårt att hantera rollen som informell vårdgivare. Forskning på området inriktar sig främst på närståendes upplevelser varför författarna har valt att istället fokusera på partners upplevelsen av att vara informell vårdgivare. Ett tydliggörande av de problem, behov och känslor som uppstår i samband med vårdrollen ger sjuksköterskan kunskap om hur hon kan arbeta för att främja hälsa och delaktighet hos informella vårdgivare.

SYFTE

Syftet var att beskriva upplevelsen av att vårda sin partner som insjuknat i stroke.

METOD

Arbetet är en litteraturstudie utifrån Axelssons (2008) modell om upplevelsen av att vårda sin partner som insjuknat i stroke där både kvantitativa och kvalitativa artiklar ingår. Enligt Axelsson (2008) innebär en litteraturstudie att lokalisera och sammanställa forskning som redan finns på ett område. Genom att göra en litteraturstudie lär man sig vad det innebär att söka ny kunskap och hur den kan värderas samt att sammanställa kunskapen på ett adekvat sätt för problemet. Kunskapen som framkommer under forskningsprocessen är nödvändig för att kunna utveckla den profession och verksamhet litteraturstudien riktar sig mot.

Litteratursökning

I arbetet inkluderades både kvalitativa och kvantitativa artiklar som fokuserade på upplevelsen av att vårda sin partner som insjuknat i stroke. Inklusionskriterier för artiklarna var att de skulle vara vårdvetenskapliga, peer reviewed och publicerade mellan åren 2000- 2010 samt vara utförda i länder med västerländskt samhälle. Med västerländskt samhälle avser författarna länder som liknar Sverige vad gäller sjukvårdens utveckling, kvalitet och förutsättningar.

Först gjordes en översiktlig artikelsökning i databasen Cinahl med ordet "stroke" (TX) för att få en uppfattning om storleken på forskningsområdet varvid det uppkom 47 601 artiklar. Därefter gjordes en ny sökning i Cinahl på sökorden "stroke" (TX) AND

”carers” (TX) vilket gav 135 träffar. Efter att ha läst igenom artiklarnas titel och abstract exkluderas ett stort antal artiklar då de flesta inte inriktade sig på partners utan närståendes upplevelse och därmed inte uppfyllde litteraturstudiens syfte. Det var därmed endast två artiklar (Blake, Lincoln & Clarke, 2001; Cecil, Parahoo, Thompson, McCaughan, Power & Campbell, 2009) som valdes ut då de var publicerade i Nordirland och Storbritannien samt besvarade studiens syfte. För att få fram fler artiklar gjordes en andra sökning på orden ”partners” (TX) AND ”stroke” (TX) vilket gav 166 träffar. Efter en likvärdig granskning vid första sökningen valdes tre artiklar ut (Banks & Pearson, 2004; Buschenfeld, Morris & Lockwood, 2009; Draper & Brocklehurst, 2005) då de var publicerade i Storbritannien och uppfyllde studiens syfte. En tredje sökning gjordes i Pubmed för att få ta del av innehållet i en annan databas. Först användes orden ”stroke”, ”carers” och ”spouse” i olika kombinationer men inget nytt material framkom som besvarades studiens syfte. Ett val gjordes därför att söka med nya ord varvid orden ”stroke” AND ”spouse” användes vilket gav 311 träffar. Av dem valdes tre artiklar ut (Tellier, Rochette & Lefebvre, 2011; Pettersson, Berndtsson, Appelros & Ahlström, 2005; Bäckström, Asplund, Sundin, 2010) då de var publicerade i Kanada och Sverige samt uppfyllde studiens syfte. Totalt valdes åtta artiklar ut för granskning, analys och skapandet av litteraturstudien (Bil I). Två av de åtta artiklarna (Draper & Brocklehurst, 2005; Blake, Lincoln, & Clarke, 2001) var kvantitativa och resterande sex var kvalitativa.

Vid kvalitetgranskningen av de åtta artiklarna användes Fribergs (2006) modell där ett antal frågor angående artiklarnas problem, metod, urval, teoretiska utgångspunkter, vårdvetenskaplig förankring, syfte, metod, analys, resultat och diskussion ingår. Modellen gick att tillämpa på både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Ingen av de artiklar som inkluderades i litteraturstudien bedömdes brista i kvalitet.

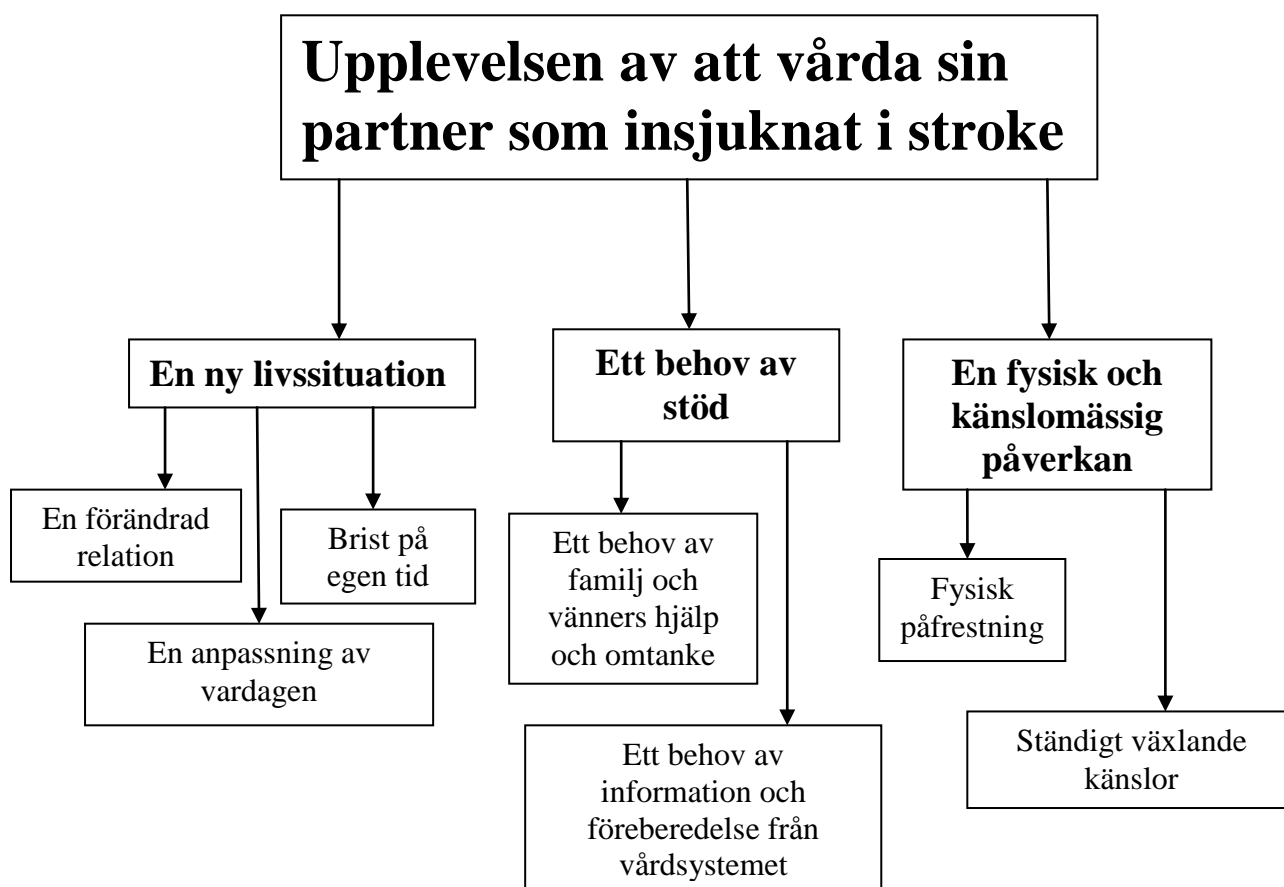
Datanalys

Litteraturstudiens artiklar analyserades enligt Axelssons (2008) modell för att bearbeta och analysera insamlad data. I den första delen av analysen lästes varje artikel noggrant igenom för att få en uppfattning över innehållet. Därefter skapades en tabell över varje artikels syfte, urval, metod och resultat (Bil I) vilket enligt Axelsson (2008) ger en översikt som är ett värdefullt hjälpmedel i den fortsatta analysen. I andra steget lästes artiklarna igenom ett flertal gånger och genom att upptäcka likheter och skillnader i texten identifierades sedan tolv underteman relaterade till studiens innehåll. Att utgå ifrån viktiga teman skapar enligt Axelsson (2008) en meningsfull struktur i resultatet. Med hjälp av färgpennor markerades varje tema med olika färger då Axelsson (2008) menar på att det underlättar överblicken över materialet. Efter färgmarkering blev det tydligt att vissa teman hade samma innehåll och slutresultatet blev därför endast sju underteman. Vidare i analysprocessen gjordes en ny genomgång av artiklarnas resultat för att se vad som hörde hemma var. Efter en ytterligare granskning av artiklarnas underteman och innehåll visade det sig att en del av hängde samman med varandra varvid de sorterades in i tre olika grupper. Varje grupp granskades sedan och så småningom växte tre huvudteman fram: Ny livssituation, Ett behov av stöd, En fysisk och känslomässig påverkan. Varje huvudtema representerade sedan ett antal underteman och dess innehåll. Enligt Axelsson (2008) skapas en litteraturstudie genom att gå från helhet till delar för att tillslut komma fram till en ny helhet.

RESULTAT

Resultatet beskriver hur det är att vårda sin partner som insjuknat i stroke. Detta presenteras i tre huvudteman: En ny livssituation, Ett behov av stöd och En fysisk och känslomässig påverkan. Dessa teman representerar sju underteman (Figur 1).

Figur 1. Sammanställning av resultat i form av huvud- och underteman.



En ny livssituation

En förändrad relation

Att vårda sin partner som drabbats av stroke innebar stora förändringar i livet vilket upplevdes påverka parets tidigare relation på olika sätt (Banks & Pearson, 2004; Buschenfeld et al., 2009; Bäckström et al., 2010; Pettersson et al., 2005; Tellier et al., 2011).

Partners upplevde ensamhet i förhållandet och med tiden växte avståndet till vårdtagaren. Förändringar i beteendet och den språkliga nedsättningen hos den sjuke var två avgörande orsaker (Bäckström, Asplund & Sundin, 2010). Det återfinns i studien av Banks och Pearson (2004) där informanterna uttryckte att den språkliga nedsättningen ledde till bristande kommunikation vilket i sin tur framkallade känslor av frustration. Frustrationen ledde till en uppgivenhet och en upplevelse av att leva i ett tomt och tråkigt förhållande (a.a.) Det förändrade beteendet gav känslor av irritation och den emotionella avsaknaden från vårdtagaren var svår att hantera. Beteendeförändringarna påverkade även sexlivet vilket försvårade upprätthållandet av intimitet och ömhet i relationen vilket upplevdes vara viktigt för att förhållandet inte skulle bli främmande (Bäckström et al., 2010). I en studie av Tellier, et al. (2011) återfinns också en avsaknad av sexliv vilket bl.a. orsakar att 50 % (n = 8) upplever förändring i sin roll som partner i relationen. Vikten av intimitet belyser även Buschenfeld, et al. (2009) där partners beskriver att stroke förändrar intimiteten i förhållandet och därmed kvalitén på relationen.

Enligt Buschenfeld, et al. (2009) upplevde partners att sjukdomen inte endast påverkat relationen negativt då relationen med tiden blev starkare och det ömsesidiga beroendet som utvecklades stärkte bandet mellan dem. Denna positiva effekt belyser även Petterson, et al. (2005) då de olika hjälpmedlen som fanns i hemmet genererade positiva känslor då de gjorde det möjligt för paret att fortsätta leva ett självständigt liv tillsammans.

En anpassning av vardagen

Vid hemkomst från sjukhuset upplevde partners förändringar i vanor, framtida planer och livet i sin helhet (Buschenfeld et al., 2009; Cecil et al., 2009; Petterson et al., 2005; Tellier et al., 2011).

I hemmet upplevdes tiden vara mer i fokus då vårdandet var tidskrävande och en noggrann planering krävdes för att utföra minsta aktivitet (Petterson et al., 2005). Detta återfinns i en studie av Cecil, et al. (2009) då informanterna beskriver att planeringen skedde en dag i taget då det var svårt att planera för långt in i framtiden. Buschenfeld, et al. (2009) beskriver också att planeringen av nya rutiner upplevdes utmattande och påfrestande samt uttryckte informanterna en känsla av att försvinna under alla krav som vårdgivare. Det stora ansvaret för vårdtagaren, familjen och hushållet tog på krafterna och vardagen var svår att orka med. Draper och Brocklehurst (2005) styrker detta då de fann att 51 % (n = 116) upplevde vårdandet begränsande.

I hemmet är den sjuke och vårdgivaren oftast i behov av olika hjälpmedel för att klara av att utföra vårdandet. Informanterna upplevde att hjälpmedlen påverkade vanor och rutiner både positivt och negativt. Till en början upplevdes de vara i vägen och inkräktande för att efter en tid integreras i vårdandet och hemmet. Hjälpmedlen beskrevs av vissa som en del av den egna kroppen och en nödvändighet för att kunna vårda den sjuke. Informanterna uttryckte också en glädje och tacksamhet över att hjälpmedlen fanns tillhands då de gjorde det möjligt att leva ett liv tillsammans. Det stora ansvaret över deras funktion i vardagen gav dock känslor av frustration, ångest och utmattning. Trots blandade känslor över hjälpmedlen beskrev många att fördelarna med dem överskuggade nackdelarna (Petterson et al., 2005).

Brist på egen tid

Informanterna upplevde vårdrollen som tids- och energikrävande (Bank & Pearson, 2004; Petterson et al., 2005). En del beskrev också att de inte ville lämna hemmet då det fanns en oro för att den sjuke skulle försämrans på något sätt (Buschenfeld et al., 2009).

Den tidskrävande planeringen som vardagen bestod av skapade mindre tid för sig själv vilket utvecklade en känsla av att vara bunden till hemmet (Petterson et al., 2005). I studien av Bank och Pearson (2004) kan man se liknande upplevelser då partners berättar om en önskan att få komma utanför hemmet och träffa andra människor. En svårighet att få tid till andra aktiviteter uttrycktes då arbete, familj och vårdandet krävde mycket tid. Informanterna uttryckte också i en annan studie av Tellier, et al. (2011) att det var svårt att orka med andra aktiviteter vid sidan om vårdandet. Att vårdandet uppfattades ta mycket tid och energi blir inte så förvånande då det i en studie av Blake, et al. (2001) visade att 51 % (n = 116) uppgav att vårdandet gav andra krav på deras egen tid.

Trots att det i flesta artiklarna (Banks & Pearson, 2004; Blake et al., 2001; Pettersson et al., 2005; Tellier et al., 2011) uttrycktes en önskan om tid för sig själv hade partners problem med att utnyttja tiden när de fick chansen. Buschenfeld, et al. (2009) menar på att den ständiga oron över att vårdtagaren skulle ramla eller försämrans gjorde att vårdgivaren istället för att utnyttja tiden valde att stanna hemma vilket skapade en känsla av isolering.

Ett behov av stöd

Ett behov av familj och vänners hjälp och omtanke

Partners upplevde ett stort behov av stöd i samband med vårdrollen och den hjälp som familj och vänner kunde bidra med varierade i olika grad (Banks & Pearson, 2004; Buschenfeld et al., 2009; Bäckström et al., 2010; Cecil et al., 2009).

En del ansåg att det största ansvaret för vården av den sjuke låg på dem själva men trots det uppskattades hjälp från familjen. De äldre barnen upplevdes vara ett stort stöd, dock kunde det vara svårt att be dem om hjälp då de ofta hade egna familjer att ta hand om (Cecil et al., 2009). Flera informanter upplevde att det var deras uppgift att upprätthålla

relationerna i familjen (Banks & Pearson, 2004; Bäckström et al., 2010). Buschenfeld, et al. (2009) beskriver dock att partners kunde uppleva det svårt att bevara de tidigare relationerna då vårdandet hade stor påverkan på hela familjen.

Det stöd som vänner kunde bidra med upplevdes vara både positivt och negativt av informanterna (Banks & Pearson, 2004; Buschenfeld et al., 2009; Bäckström et al., 2010; Cecil et al., 2009). Vissa partners valde att inte socialisera sig i vänskretsar då de kände att de ville bevara den sjukes värdighet inför andra. En del upplevde dock att det var i gemenskapen med andra som livet upplevdes normalt och en känsla av att inget förändrats infann sig (Bäckström et al., 2010). Banks och Pearson (2004) och Buschenfeld, et al. (2009) styrker detta då informanterna i dessa studier uttryckte ett behov av att komma ut och träffa andra människor samtidigt som det var svårt att gå tillbaka och leva som förut. Vänner som funnits i ens liv länge värderades högt då de alltid funnits där för att ge stöd och hjälp i svåra situationer (Cecil et al., 2009). Informanterna upplevde det även viktigt att hålla kontakten med vänner för ens egen hälsa och välbefinnande då en del ansåg att det vore svårt att hantera situationen utan dem (Bäckström et al., 2010; Cecil et al., 2009). Vissa vänner hade svårt att handskas med den sjukes funktionsnedsättning och att anpassa sig till den nya situationen vilket gjorde det svårt att behålla kontakten med dem. Andra ville hjälpa men de visste inte hur de skulle agera och speciellt svårt var det när vårdtagaren hade talsvårigheter. Känslor av frustration kunde då uppstå eftersom vännerna inte var tränade i hur man anpassade konversationen utan kunde ställa konstiga frågor och göra besöken för långa vilket gjorde vårdtagaren utmattad och ledsen (Cecil et al., 2009). Bäckström, et al. (2010) beskriver också att informanterna upplevde att det var deras uppgift att skydda vårdtagarens autonomi och integritet inför andra människor.

En del partners upplevde att ingen skulle förstå deras situation vilket gjorde att dem höll andra människor utanför. Känslan av att ingen fanns där för att hjälpa och förstå gav känslor av fysisk och emotionell isolering (Buschenfeld et al., 2009; Bäckström et al., 2010). Vissa upplevde det dock stöttande att gå till organisationer och träffa andra familjer i samma situation. Att jämföra sig med andra människor skapade en form av välbehag då paret i vissa situationer ansåg sig vara mer lyckosamma än andra familjer (Buschenfeld et al., 2009).

Ett behov av information och förberedelse från vårdsystemet

I samband med rollen som informell vårdgivare uttryckte partners ett behov av att känna sig förberedda inför den nya rollen. Informanterna beskriver också ett starkt behov av att få tydlig och individuellt anpassad information från hälso- och sjukvården (Banks & Pearson 2010; Cecil et al., 2009; Pettersson et al., 2004; Tellier et al., 2010).

Efter strokeinsjuknandet upplevde partners att livet förändrats över en natt utan minsta förvarning av vad stroke var samt vad det innebar att vårda någon med stroke. Det största problemet upplevdes vara brist på information från vårdpersonal om stroke i allmänhet, den insjuknades tillstånd och de möjliga konsekvenserna efter en stroke (Cecil et al., 2009). Detta återfinns även i en studie av Banks och Pearson (2004) där partners beskriver att om de ville få fram fakta om den sjukes tillstånd, utveckling och framtid fick de själva söka information då ingen vårdpersonal frivilligt informerade om

detta. Enligt Cecil, et al. (2009) var informationen inte endast viktig för att få en förståelse för vad som skett utan nödvändig för att kunna vårda den sjuke. En önskan om skriftlig information uttrycktes då det var svårt att ta in all muntlig information under stress. Informationsbroschyrer kritiserades dock då det fackmässiga språket upplevdes vara svårt att förstå samt att informationen inte var riktad till deras specifika situation.

Stödet från hälso- och sjukvården upplevdes ofta negativt då de ansåg att vårdpersonal hade svårt att förstå och se deras behov (Cecil et al., 2009; Tellier et al., 2011). Sjukvårdspersonal som visade att de verkligen ville lyssna och var informativa uppskattades dock (Cecil et al., 2009). Banks och Pearson (2004) fann att 1 av 36 partners sammankallades till vårdplanering för samtal om den sjuknes framtida vård i hemmet. De som inte medverkade i vårdplanering upplevde att sjukvårdspersonal exkluderade dem och att de hade liten påverkan på beslut om utskrivning. De kände även att de var dåligt förberedda inför hemgång och för att lyckas anpassa sig till den nya rollen som informell vårdgivare. Tellier, et al. (2011) styrker detta då informanterna beskriver att de hade velat träffa någon professionell person som berättar vad som kommer att hända vid hemgång. Enligt Cecil, et al. (2009) uttrycktes också en önskan om någon form av träning som erbjöd en inblick i vad som förväntades av dem samt hur de på bästa sätt kunde handskas med den nya rollen. Även Banks och Pearson (2004) belyser detta då partners i deras studie uttryckte en önskan om de under sjukhuset fått fler tips och råd om hur de kunde utföra vårdtagarens omvårdnad. Enligt Cecil, et al. (2009) var partners medvetna om möjligheten att få hjälp i hemmet i form av hemtjänst eller hemsjukvård men trots det var det svårt att ta emot då det upplevdes jobbigt att släppa in främmande människor i hemmet. De ansåg även att vårdpersonal i kommunen utförde alla uppgifter själva istället för att stötta vårdtagaren till att utföra uppgifterna på egen hand.

Hjälpen från sjukgymnaster och logopedier var generellt uppskattad. En del ansåg dock att vårdtagaren fick för lite, för kort eller för sent terapeutiskt stöd. Hjälpen från bostadsservice för anpassning av bostaden uttrycktes av de flesta vara fantastiskt och utmärkt (Cecil et al., 2009). Buschenfeld, et al. (2009) beskriver också detta då informanterna i studien belyser att service i olika former generellt uppskattades. Det upplevdes dock vara brist på organisationer där unga strokedrabbade kunde skapa meningsfulla relationer med andra i samma ålder. Enligt Petterson, et al. (2004) upplevdes också relationen till förskrivare av hjälpmedel ofta tillfredställande då dem ansågs duktiga på sitt arbete och känsliga för parets behov. I vissa fall kunde dock partners känna sig maktlösa gentemot förskrivaren och uppleva att behovet av emotionellt stöd bortsågs.

En fysisk och känslomässig påverkan

Fysisk påfrestning

Att vårda en annan människa upplevdes de en negativ påverkan på den fysiska hälsan (Blake et al., 2001; Cecil et al., 2009; Tellier et al., 2011). Bäckström et al., (2010)

beskriver också att en del partners medvetet satte sin hälsa åt sidan för att fokusera på den sjuke i första hand.

Enligt Cecil, et al. (2009) upplevde partners vårdbördan som ett hot mot deras fysiska hälsa. Den ständiga stressen uttryckte sig i form av fysiska symptom som t.ex. högt blodtryck. Vårdandet och förändring av tidigare rutiner upplevdes fysiskt påfrestande och tröttheten gjorde det svårt att orka med andra aktiviteter i vardagen. Detta kan relateras till en studie av Bäckström, et al. (2010) där partners satte sina behov och hälsorelaterade problem åt sidan för att fullständigt fokusera på vårdtagaren. Att det finns en uppenbar fysisk påverkan blir därför inte förvånande, inte minst då Tellier, et al. (2011) menar på att huvudvärk, energibrist och sömnsvårigheter med säkerhet kan relateras till vårdrollen. Blake, et al. (2001) kan även styrka detta då 22-25 % (n = 116) upplevde fysisk påfrestning och 41 % (n= 116) upplevde sömnsvårigheter i samband med vårdandet.

Ständigt växlande känslor

När ens partner insjuknar i stroke uppstår en mängd olika känslor mängd känslor, en del är positiva medan andra är negativa. Att vara informell vårdgivare till sin partner innebär en därför en ständig kamp av växlande känslor i vardagen (Banks & Pearson, 2004; Blake et al., 2001; Buschenfeld et al., 2009; Bäckström et al., 2010; Pettersson et al., 2005).

Enligt Banks och Pearson (2004) uttryckte partners en ständig närvaro av känslor som oro, rädsla, hopp och tro. De motstridiga känslorna kunde relateras till sjukdomen i sig, hälsan, framtiden och relationen. Även Bäckström, et al. (2010) beskriver att vardagen växlade mellan olika känslor då informanterna uttryckte att känslor av glädje, sorg, närhet och missmod kunde relateras till den nya rollen. Blake, et al. (2001) fann att 53 % (n=116) upplevde överväldigande känslor och att 39 % (n=116) upplevde psykisk påfrestning relaterat till vårdandet. Draper och Brocklehurst (2005) styrker detta då de menar på att psykisk sjuklighet kan relateras till rollen som informell vårdgivare.

Informanter uttryckte också en rädsla och oro över att vårdtagaren skulle försämrans i sin sjukdom eller dö (Banks & Pearson, 2004; Tellier et al., 2010). Buschenfeld, et al. (2009) beskriver dock att en del hade en tro om fortsatt förbättring hos vårdtagaren vilket skulle göra den framtida situationen lättare (a.a.). Den egna hälsan var också i fokus då de upplevde en oro över att i framtiden inte kunna vårda den sjuke och därmed behöva flytta från sitt nuvarande hem (Cecil et al., 2009; Tellier et al., 2011). Pettersson, et al. (2004) beskriver dock att en del partners vågade tro på sig själva och deras förmåga att klara av vårdandet i framtiden.

Enligt Buschenfeld, et al. (2009) kan det vara svårt för både vårdtagaren och vårdgivaren att återgå till arbetet efter en stroke vilket skapar finansiella bekymmer. Detta bekymmer återkommer även i studien av Blake, et al. (2001) som fann att 54 % av informella vårdgivare (n=116) upplevde finansiell påfrestning. Pettersson, et al. (2005) beskriver också att en del partners upplevde trötthet och utmattning av att både arbeta och vårda medan andra kände att arbetet gav dem en paus från vårdandet och en extra inkomst vilket skapade positiva känslor.

Bilden av att vara informell vårdgivare har visat sig vara ganska negativ då flera partners upplever att den förändrade relationen frambringar känslor av uppgivenhet, ensamhet och övergivenhet (Banks & Pearson, 2004; Buschenfeld et al., 2009; Bäckström et al., 2010). Buschenfeld, et al. (2009) beskriver dock att vissa informanter upplevde en känsla av välbefinnande av att vårda sin livskamrat. Att känna sig behövd och uppskattad av vårdtagaren skapade enligt Tellier, et al. (2011) en form av närhet i relationen vilket framkallade positiva känslor relaterat till vårdrollen.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med arbetet var att beskriva upplevelsen av att vårda sin partner som insjuknat i stroke. För att få ta av del deras upplevelse valdes det att göra en litteraturstudie utifrån Axelssons (2008) modell. En empirisk studie hade kunnat göras istället och troligtvis hade resultatet blivit liknande eller så hade eventuellt ny kunskap framkommit då intervjuer ger förstahandsinformation. Valet att göra en litteraturstudie känns i efterhand helt rätt då de artiklar som ingår i studien har skapat en tydlig bild och förståelse för hur det upplevs att vårda sin partner som insjuknat i stroke.

För att få fram artiklar till studien gjordes en första sökning i databasen Cinahl varvid ordet "stroke" (TX) användes. Ett tusental artiklar framkom och det visade sig därmed att forskningsområdet var stort men det kändes som att fokus främst låg på närståendes upplevelser. För att få fram artiklar relaterade till litteraturstudiens syfte gjordes ett antal noggranna sökningar i databaserna Cinahl och Pubmed med fokus på orden "partners", "spouse", "carers" och "stroke". Sex kvalitativa och två kvantitativa artiklar valdes då de alla besvarade studiens syfte. Det kändes relevant att ha med kvalitativa artiklar då fokus låg på partners upplevelse av att vårda. De kvalitativa artiklarna har gett kunskap om hur partners upplever den nya situationen samt hur den nya rollen påverkat deras livsvärld och hälsa. I efterhand uppkom funderingar på om resultatet kanske hade blivit tydligare om litteraturstudien endast bestod av kvalitativa artiklar då de kvantitativa artiklarna var svåra att tillämpa trots att de motsvarade syftet. De kvantitativa artiklarna är mer generella och visar inte den unika upplevelsen på samma sätt och har därför använts mer för att styrka de kvalitativa artiklarnas resultat. Att använda åtta artiklar har diskuterats mellan författarna och det beslutades vara tillräckligt då deras resultat ansågs stärka varandra tillfredställande. Vidare uppfattades det svårt att tillämpa fler artiklar då deras resultat grundades på närståendes upplevelser och inte partners.

Innan arbetet av litteraturstudien började fanns det ingen uppfattning om i vilken del av världen forskningen skulle vara gjord men i efterhand blev det tydligare att fokus skulle ligga på det västerländska samhället då författarna ville minimera inflytandet av kulturella och ekonomiska skillnader i resultatet. De åtta artiklar som valdes ut är därför från länderna Sverige, Storbritannien, Nordirland och Kanada. Hade resultatet baserats på artiklar i andra världsdelar som t.ex. Afrika, Sydamerika och Asien kanske partners upplevelser sett annorlunda ut då deras kultur och ekonomi skiljer sig från västvärldens. Författarna anser att länderna i artiklarna som valdes är ekonomiskt stabila länder. Genom att vara ett ekonomiskt stabilt land anser författarna att det finns en viss

utveckling och kvalitet inom hälso-och sjukvården samt att de flesta människor får tillgång till vård i olika former. Vid val att inte ha med kulturella skillnader reflekterade författarna över att ett flertal länder i andra världsdelar än de som valts har en annan tro och religion vilket kan påverka upplevelsen på ett annat sätt. En annan tanke var att en del länder i dessa världsdelar har en tradition om att när en närstående blir sjuk är det familjens uppgift vårda honom/henne i hemmet. Hade fokus riktats mot länder i Afrika, Sydamerika eller Asien hade troligtvis den negativa bilden av informell vårdgivare reducerats. Författarna anser att flertalet människor i dessa världsdelar är vana att klara sig själva utan hälso- och sjukvårdens hjälp till skillnad från de länder som inkluderats i litteraturstudien.

Det valdes också att arbetet inte skulle ha fokus på någon speciell tidsaspekt om när stroke inträffade och om upplevelserna skiljer sig över tid. En jämförelse i tid skulle kanske gett en mer positiv bild av att vårda då andra artiklar visat på att närstående efter en tid vänjer sig vid den nya livssituationen och förlikar sig med rollen som informell vårdgivare. I artiklarna fanns inget fokus på vilken grad av symptom den insjuknade hade, dock fanns det ett kvarstående behov av vård i hemmet. Om artiklarna haft fokus på skillnader i upplevelsen relaterat till vårdtagarens symptombild hade eventuellt resultatet blivit annorlunda. Författarna tror dock att upplevelsen skiljer sig beroende på vem som är vårdgivare, en del kanske har lättare för att hantera beteendeförändringar medan en annan har lättare att hantera fysiska handikapp. Det valdes att inte ha något fokus på symptom bilden då författarna ville få med alla olika faktorer som spelar in på upplevelsen av att vara informell vårdgivare.

Först fanns en önskan om att få med skillnaden i män och kvinnors upplevelser av att vårda men redan vid första sökningen framkom det att kvinnor utgjorde den största andelen i artiklarna. Det hade därför varit intressant om mer forskning koncentrerade sig på könsskillnader i upplevelsen av att vårda. Trots att männen i artiklarna var i minoritet inkluderas dem i arbetet då fokus var bestämt att ligga på både manliga och kvinnliga partners upplevelser av att vara informella vårdgivare.

Att använda sig av Fribergs (2006) modell vid kvalitetgranskning av artiklarna har gett en noggrann genomgång av artiklarna redan från början vilket underlättade vidare arbete med litteraturstudien. Ingen av de artiklar som inkluderats i studien anses brista i kvalitet.

Under själva analysdelen där Axelssons (2008) modell användes jämfördes artiklarnas resultat och det var relativt lätt att finna likheter och skillnader i partners upplevelser vilket underlättade sammanställningen av arbetet. Att gå från helhet till delar för att sedan skapa en ny helhet med hjälp av teman kunde till en början vara svårt men ju fler gånger artiklarna lästes tydliggjordes olika teman. I början av analysdelen skapades tolv underteman vilket efter vidare analys minskades till sju underteman p.g.a. att de var alldeles för lika i innehåll. I efterhand känns valet av sju underteman helt rätt då det med tolv underteman hade blivit ett flertal upprepningar av partners upplevelse i resultatet. Efter att underteman sorterats in i tre olika grupper var det relativt lätt att se vilket huvudtema som skulle representera varje grupp av underteman. Trots en klar bild av både under- och huvudtema har rubrikerna fått omarbetas ett flertal gånger för att på ett tydligt sätt förklara dess innehåll. Analysprocessen var inte helt lätt men i efterhand

känns det bra då Axelssons (2008) modell medverkar till en noggrann analys av artiklarnas resultat då helheten bryts ner för att sedan byggas upp till något helt nytt.

Resultatdiskussion

Konsten att bevara intimitet relationen

Att få undersöka partners upplevelse av att vårda sin livskamrat som insjuknat stroke har gett en ökad förståelse för vilken omställning det innebär att bli informell vårdgivare. I resultatet framkommer det hur svårt det kan vara att anpassa sig till en ny livssituation där fokus främst ligger på den sjuke. Bäckström, et al. (2010) beskriver att det pågår en ständig kamp mellan att vara informell vårdgivare och att behålla rollen som partner i relationen vilket ger en stor påfrestning på förhållandet. Det återfinns även i Coombs (2007) där partners upplevde att relationen förändrades i och med den nya rollen. De upplevde att rollen som partner tillslut tynade bort och det tidigare äktenskapet förvandlades till en vänskap vilket upplevdes vara den största omställningen. Utifrån resultatet bildas uppfattningen av att upplevelsen att vara vänner istället för partners till stor del grundar sig i den förändrade sexuella relationen. Bäckströms, et al. (2010) stödjer detta då hon beskriver att det förändrade sexlivet efter strokeinsjuknandet hade en stor inverkan på paret relation. Korpelainen, Nieminen och Myllyä (1999) fann även att 65 % (n=94) upplevde en minskad sexlust i samband med den nya vårdrollen. Då den sexuella attraktionen verkar ha stor betydelse för att bevara upplevelsen av att vara ett par har detta område valts att belysas.

Sjuksköterskan måste i samtalet med partnern våga beröra detta ämne och ge information om att de förändrade känslorna för den sjuke är något som är normalt i den nya situationen. Detta belyses även av Jahren- Kristoffersen, et al. (2005b) då hon menar på att sexuella svårigheter i samband med sjukdom och skada kan bli betydligt mindre om vårdtagaren och partnern får information om hur sjukdomen eller skadan påverkar sexuallivet. Det är dock lätt för sjukvårdspersonal att betrakta sexualiteten som en privatsak och sexuallivet blir därför svårt att ta upp i samtalet. En tanke som då uppkommer är att sjuksköterskan borde arbeta för att utveckla sin förmåga att vägleda och informera om detta känsliga ämne för att hjälpa paret att bevara intimitet i relationen. Då sjuksköterskan informerar om ämnet är det även viktigt att få en bild av vad de har för tankar och känslor kring situationen. På detta sätt får båda utrymme att berätta om sina bekymmer samt en möjlighet att tillsammans diskutera om hur de vill att relationen skall se ut. Genom samtalet får båda parter använda sig av sina inre resurser som Wiklund (2003) talar om då hon menar på att de inre resurserna i form av att reflektera över sina egna tankar och känslor är ett sätt att främja sin egen hälsa. Jahren- Kristoffersen, et al. (2005b) understryker att det är viktigt att sjuksköterskan försöker ta reda på vilka tankar och föreställningar paret har om sexualiteten och dess framtida funktion. Sjuksköterskan bör även inneha goda kunskaper om sexualanatomi och fysiologi för att kunna komma med konkreta förslag som gynnar deras sexualliv.

Skapandet av ett individuellt liv

Det ökade ansvaret och bristen på egen tid relaterat till vårdandet krävde en anpassning av vardagen vilket skapade känslor av överväldigande. Buschenfeld, et al. (2009) menar på att partners upplever en avsaknad av individuellt liv och Banks och Pearson (2004) talar om en önskan att få komma utanför hemmet och träffa andra människor. Coombs (2007) beskriver även att partners uttryckte att de förlorat sin fritid och frihet i samband med vårdrollen. Socialstyrelsen (1997) beskriver att det gemensamma för vårdgivarna är att de söker någon form av psykisk och fysisk avlastning, någon att samtala med om sina problem samt att få stöd och råd av. Denna någon har i olika grad visat sig vara svår att finna och det blir ytterst påtagligt att någon saknas då de närstående inte längre orkar med vården och därmed överväger särskilt boende för den sjuke. Här kan sjuksköterskan vara uppmärksam på hur partnern upplever sin hälsosituation och möta hans/hennes känslor och tankar. Enligt Dahlberg och Segesten (2003) är det viktigt att sjuksköterskan bekräftar den andres känslor för att han/hon skall känna sig sedd som en viktig och unik person vilket är en förutsättning i den vårdande relationen. I praktiken betyder det att sjuksköterskan ger tid för att lyssna och tror på det den andre har att delge samt att hon i mötet ger de råd och stöd den andre är i behov av.

Då det i resultatet visat sig att behovet av stöd är stort är det viktigt att närstående får upplysning av sjuksköterskan om att det finns möjlighet att träffa andra professioner som kan ge stöd samt att avlastning finns att få i form av anhörigstöd. Enligt Socialtjänstlagen 5 kap. 10 § skall Socialnämnden erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder (SOL, 2009:549). Genom att utnyttja anhörigstödet kan partners få möjlighet att leva ett eget liv utanför vårdrollen.

Det är även viktigt att uppmuntra partners till att behålla kontakten med familj och vänner samt att fortsätta med aktiviteter de tidigare utfört. Bäckström, et al. (2010) belyser att det är i gemenskapen med andra människor livet upplevs vara normalt och inget förändrats. Vidare talar Dahlberg och Segesten (2003) om att det är genom språket och dialogen med andra människor runt omkring oss som tillvaron ges mening. I de fall då fokus endast ligger på den sjuke och det egna livet läggs åt finns det en risk att partners förlorar sin identitet och självbild. Identiteten beskrivs som medvetenhet om att man är sig själv, en unik och egen individ (Jahren-Kristoffersen et al., 2005b).

Att tillfredsställa behovet av stöd och undervisning

Enligt Cecil, et al. (2009) upplevdes stödet från sjukvården ofta negativt då de ansåg att sjukvårdspersonal hade svårt att förstå och se deras behov. Brereton och Nolan (2000) fann i en undersökning att partners ofta tar på sig rollen som informell vårdgivare med endast lite information och insyn i vad som kommer ske. Deltagarna i studien beskrev att de inte insett vad det innebar att vara informell vårdgivare eller vilken påverkan det skulle komma att ha på deras liv. Detta visar på att sjuksköterskan behöver mer kunskap kring partners upplevelser av att vårda för att kunna ge det stöd och den information som eftersöks. Jahren-Kristoffersen, et al. (2005b) beskriver att vårdgivare som är bättre förberedda på omsorgsuppgifterna upplever mindre stress och har lättare att hantera den nya situationen. En tanke är då att sjuksköterskan redan tidigt på sjukhuset bör

informera om att rollen som informell vårdgivare innebär en stor omställning i vardagen och att livet kommer förändras men att det finns hjälp och stöd att få.

Enligt Brereton och Nolan (2000) har vårdgivare ett behov av att få bekräftelse på att de utför vården på ett adekvat sätt för att bli av med rädslan och oron över att dem skall försena vårdtagarens tillfrisknande. Att bekräfta en person innebär enligt Dahlberg och Segesten (2003) att visa att hon/han är sedd och viktig. Författarna anser att när vårdgivaren känner sig bekräftad och viktig leder det till ett ökat självförtroende. Den oro över vårdtagaren som beskrivs ger även en uppfattning om att det finns ett stort behov och efterfrågan av organisationer som inte endast förmedlar ut teoretisk information utan även praktisk undervisning. Det hade varit bra om det fanns någon form av utbildning i form av råd och tips om hur de närstående kan vårda och kommunicera med en sjuke på bästa sätt. Det skulle även vara av stor betydelse för den framtida vårdrollen om partners redan på sjukhuset fick lov att vara delaktiga i vårdtagarens vård. I samspelet med vårdpersonal skulle partnern redan från start kunna få undervisning i hur förflyttning, kommunikation och omvårdnad kan utföras på bästa sätt.

Enligt Bergh (2003) åligger ansvaret för undervisning på sjuksköterskan. Det är därför av stor betydelse att hon planerar sina pedagogiska arbetsuppgifter så att närstående har möjlighet att ta till sig både information och undervisning på den korta tid som finns att tillgå. Sjuksköterskans mål med undervisningen bör vara att förebreda, underlätta och skapa en form av trygghet för att både närstående och vårdtagare skall klara av den nyuppkomna situationen och framtiden. För att kartlägga partners kunskapsbehov kan sjuksköterskan ställa sig tre frågor: Är individen redo att lära? Hur lär sig individen? Vad är det individen vill lära sig om?

Samtalet en väg till trygghet

Banks och Pearson (2010) fann att en del partners varken kände sig delaktiga eller involverade i den sjukes vård. En tanke är då att sjuksköterskan bör ge partnern utrymme och bekräftelse vilket kan tänkas göras i form av samtal. Wiklund (2003) menar att ge utrymme och bekräftelse inte endast handlar om att uppmuntra och ge stöd utan att våga konfrontera på ett sådant sätt att den andre får perspektiv på sig själv och de möjligheter som erbjuds. Genom att reflektera över situationen tror vi att partnern kan bli medveten om hans/hennes förmåga att vårda samt få möjlighet att finna sitt eget unika behov av stöd. I mötet är det även viktigt att sjuksköterskan tänker på att förmedla en trygghet och ett förtroende samt försöker sätta sig in i vårdgivarens livsvärld för att de innersta tankarna och känslorna skall träda fram. Jahren- Kristoffersen, et al. (2005a) menar på att om man skall få möjlighet att hjälpa en person är det avgörande att man förstår hur personen upplever sin situation och vilka konsekvenser den har för hans eller hennes livsvärld. Trygghet i relationen skapas enligt Jahren- Kristoffersson, et al. (2005b) genom att sjuksköterskan visar att hon finns till hand samt uppmärksammar och ser personen hon har framför sig. Wiklund (2003) beskriver också att tryggheten uppnås genom att sjuksköterskan möter den andre på ett mellanmänniskt plan och inte utnyttjar sin maktposition. Stryhn (2009) skriver att i ett ömsesidigt beroendeförhållande är inte makten längre målet utan istället ett medel för att uppnå gemenskap där hänsyn tas till varandra. Bergh (2003) beskriver att fokus bör riktas mot den närståendes handlingar

vilket skapar förutsättningar för att sjuksköterskan och partnern skall kunna delge varandra sina tankar kring det som fokuseras. Hon talar även om att skapande av en förtroendefull relation kan leda till ett önskvärt samförstånd mellan parterna.

I resultatet beskriver Cecil, et al. (2010) att partners upplever en plikt och skyldighet att vårda den sjuke. En tanke är då att även detta kan diskuteras i samtalet så att partnern får möjlighet att känna att han/hon gjort ett val baserat på sina önskemål. Väljer partnern att inta rollen som informell vårdgivare är det viktigt att sjuksköterskan informerar om vilka känslor som kan uppstå av att vårda, vilket ansvar som följer med vårdandet samt hur andra kommer se på en som vårdare. I de fall då beslutet ser annorlunda ut måste självklart hon/han få av stöttning även i detta val.

Positiva tankar en väg till hälsa

I resultatet framkommer det att partners upplever blandade känslor relaterade till rollen som informell vårdgivare. Enligt Tellier, et al. (2011) frambringar vårdandet känslor av oro och rädsla över att den sjuke skall få en ny stroke eller dö. Det återfinns även i Greenwood, McKenzie och Clouds (2009) studie som beskriver att den ständiga oron över att den strokedrabbade skall ramla eller få ett nytt strokeanfall leder till att anhöriga har svårt att lämna hemmet. Tänk att leva med en ständig rädsla över att ens livskamrat och bästa vän kan dö eller försämrans när som helst. Det kan vara så att dessa tankar cirkulerar i huvudet hela tiden och endast i vissa stunder glöms bort. Enligt Greenwood, et al. (2009) upplevde anhöriga att orostankar för ett tag kunde försvinna i gemenskap med andra i samma situation som hade det värre än dem själva. Pierce, Thompson, Govoni och Steiner (2012) beskriver dock att en del anhöriga kände ständig oro trots lugnade ord från läkaren om att vårdtagaren mår väl.

En viss negativ bild har visats tillhöra vårdrollen. En tanke som uppstår är att det kan bero på att människor har lättare att tala om det som är negativt istället för det som är positivt. Tellier, et al. (2010) beskriver dock att en del partners upplevde positiva känslor av att vårda och Buschenfeld, et al. (2009) påpekar att ett ökat välbefinnande kan relateras till vårdrollen. Resultatet ger uppfattningen om att de positiva känslorna kan sammankopplas med känslan av att känna sig behövd och med minnena av personen som hon/han var innan sjukdomen. Positiva aspekter av den nya situationen beskrivs även av Greenwood, et al. (2009) som i en undersökning fann att vissa par såg positivt på framtiden då de förändrat sin livsstil till det bättre genom att stressa mindre och våga ta pauser i livet efter insjuknandet. Enligt Smith, Gignac, Richardson och Cameron (2008) belyser anhöriga vikten av att ha humor och tänka positivt för att finna styrka till att orka med vårdandet.

Stressen, ansvaret och oron som följer med rollen som informell vårdgivare kan utgöra en hälsorisk och bidra till sjukdom hos närstående (Hellström & Carlander, 2010). Ekman och Arnetz (2011) skriver också att psykosocial stress är en stor orsak till högt blodtryck som i sin tur kan leda till stroke. Enligt SSF (2007) ingår ICN:s etiska kod i sjuksköterskans arbete som uttrycker att arbetet skall utgå från att främja hälsa och inte endast lindra lidande. Därför anser vi att sjukvårdspersonal idag har ett stort ansvar att förmedla för både närstående och patient vikten av att inte utsätta sig för alltför stor stress utan våga stanna upp och reflektera över hur bra man egentligen mår. Ett fokus

måste också läggas på de positiva aspekterna av vårdandet. Sjuksköterskan bör därför uppmuntra, motivera och förklara för närstående att de gör ett bra arbete vilket vi tror kan öka deras självkänsla och deras tro på sig själva som vårdgivare.

Vidare forskning

För framtida forskning anser författarna att mer forskning kring ämnet behövs för att utveckla sjuksköterskans arbete i mötet med närstående. Det som kan vara intressant att se är om olika symptombilder hos den strokedrabbade har betydelse för hur den informella vårdgivaren upplever situationen. Ett annat fokus skulle kunna vara att se om könet har någon inverkan på upplevelsen, alltså om upplevelsen skiljer sig beroende på om den informella vårdgivaren är man eller kvinna.

Kliniska implikationer

- Våga tala om känsliga ämnen som berör patienten och den informella vårdgivaren exempelvis intimitet och sexualitet.
- Uppmärksamma och bekräfta partners i deras nya situation.
- Ge tillfälle för information och undervisning gällande vården kring patienten så att den informella vårdgivaren blir förberedd genom att få både teoretisk och praktisk träning i hur omvårdnad kan utföras.
- Uppmuntra och bekräfta det arbete den informella vårdgivaren utför.
- Ge tid till att samtala med partners om beslutet att vara informell vårdgivare.

SLUTSATSER

Resultatet i litteraturstudien visar på att det innebär en stor livsförändring att vara vårdgivare till en partner som insjuknat i stroke. Upplevelsen av en förändrad relation frambringas då den sexuella attraktionen och det ömsesidiga förhållandet avtar i samband med rollen som vårdgivare. Att planera vardagen steg för steg upplevs tidskrävande och att ta hand om en annan människa dygnet runt kräver en anpassning av vardagen. I resultatet framkommer det också att ett behov av stöd från familj och vänner samt vårdssystemet är viktigt då vårdandet upplevs svårt och påfrestande. Det är viktigt att det finns någon att prata med samt att få bekräftelse på att den vård de utför är adekvat för vårdtagaren. Vårdbördan upplevs även ge en fysisk och känslomässig påverkan. Sömnsvårigheter, huvudvärk och energibrist samt motstridiga känslor av oro, rädsla, tro och hopp relateras till vårdrollen. Resultatet visar på att den nya rollen påverkar partners livsvärld på olika sätt och riskerar deras framtida hälsa. Hälso- och sjukvårdspersonal har därmed ett ansvar att tillgodose närstående de kunskaper och färdigheter som krävs för att vara informell vårdgivare. Genom att sjuksköterskan försöker förstå och sätt sig in i vårdgivarens livsvärld får hon ta del av hans/hennes unika upplevelse av situationen. Att få ta del av en annan människas livsvärld ger en bild av personens individuella känslor och problem. Detta ger sjuksköterskan kunskap om vilka specifika behov personen har och hur hon på bästa sätt kan tillfredsställa dem.

För att främja hälsa hos informella vårdgivare bör sjuksköterskan i största möjliga mån försöka hjälpa partners med att bevara intimiteten i relationen och att skapa ett

individuellt liv utanför vårdrollen. Genom att sjuksköterskan tillfredsställer behovet av stöd och undervisning får partners bekräftelse på att den vård de utför är adekvat. Att låta närstående samtala om det som är svårt kan ge en form av trygghet vilket är en bra utgångspunkt i skapandet av en förtroendefull relation. I samtalet är det dock viktigt att inte endast ha fokus på det negativa utan försöka få fram och lyfta det som är positivt med att vårda. Genom att fokusera på det som är positivt reduceras de negativa aspekterna av vårdandet vilket kan vara ett steg mot målet upplevd hälsa.

Då det redan finns en del forskning om närståendes upplevelser av att vara informell vårdgivare är denna litteraturstudie inriktad på hur makar och sambor upplever situationen. Att få insyn i partners unika livsvärld ger sjuksköterskan kunskap om hur hon i den praktiska verksamheten kan vägleda dessa personer till delaktighet och upplevelse av hälsa.

REFERENSER

- Banks, P. & Pearson, C. (2004). Parallel lives: younger stroke survivors and their partners coping with crisis. *Sexual and Relationship Therapy*, 19 (4), 413-29. Doi: 10.1080/14681990412331298009.
- Bergh, M. (2003). Sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i mötet med närstående. Ingår i E. Pilhammar- Andersson, (red.), *Pedagogik inom vård och omsorg* (s.). Lund: Studentlitteratur AB
- Blake, H., Lincoln, N. & Clarke, D. (2001). Caregiver strain in spouses of stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 17 (3), 312-317. Doi: 10.1191/0269215503cr613oa.
- Brereton, L. & Nolan, M. (2000). 'You do know he's had a stroke, don't you?' Preparation for family caregiving- the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing*, 9 (4), 498-506. Doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00396.x
- Buschenfeld, K., Morris, R. & Lockwood, S. (2009). The experience of partners of young stroke survivors. *Disability and Rehabilitation*, 31 (20), 1643-1651. Doi: 10.1080/09638280902736338.
- Bäckström, B., Asplund, K. & Sundin, K. (2010). The meaning of middle-aged female spouses' lived experience of the relationship with a partner who has suffered a stroke, during the first year postdischarge. *Nursing Inquiry*, 17 (3), 257-268. Doi: 10.1111/j.1440-1800.2010.00490.x
- Cecil, R., Parahoo, K., Thompson, K., McCaughan, E., Power, M. & Campbell, Y. (2009). The hard work starts now': a glimpse into the lives of carers of community-dwelling stroke survivors. *Journal of clinical nursing*, 20 (11/12), 1723-1730. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03400.x
- Coombs, U.E. (2007). Spousal Caregiving for stroke survivors. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39 (2), 112-119.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2003) *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB
- Draper, P. & Brocklehurst, H. (2005). The impact of stroke on the well-being of the patient's spouse: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (2), 264-271. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01575.x.
- Ekman, R. & Arnetz, B. (2011). *Stress*. Stockholm: Liber AB
- Greenwood, N., MacKenzie, A., Wilson, N. & Cloud, G. (2009). Managing uncertainty in life after stroke: A qualitative study of the experiences of established and new informal carers in the first 3 months after discharge. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (8), 1122-33. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.02.011

- Hellström, I. & Carlander, I. (2010). *Närstående i hemsjukvården*. Ingår i E. Drevenhorn, (red.), *Hemsjukvård* (s. 75-88). Lund: Studentlitteratur AB
- Jahren– Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (2005a). *Grundläggande omvårdnad, del 1*. Stockholm: Liber AB
- Jahren– Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (2005b). *Grundläggande omvårdnad, del 3*. Stockholm: Liber AB
- Jahren– Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (2006). *Grundläggande omvårdnad, del 4*. Stockholm: Liber AB
- Josefsson, K. & Ljung, S. (2010). *Sjuksköterskans roll i hemsjukvården*. Ingår i E. Drevenhorn, (red.), *Hemsjukvård* (s. 15-31). Lund: Studentlitteratur
- Korpelainen, JT., Nieminen, P. & Myllylä, VV. (1999). Sexual functioning among patients and their spouses. *Stroke AHA*, 30 (4), 715-719. Doi: 10.1161/01.STR.30.4.715
- Petterson, I., Berndtsson, I., Appelros, P. & Ahlström, G. (2005). Lifeworld perspectives on assistive devices: Lived experiences of spouses of persons with stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12 (4), 159-169. Doi: 10.1080/11038120510031789
- Pierce, L., Thompson, T., Govoni, A. & Steiner, V. (2012). Caregivers' Incongruence: Emotional Strain in caring for persons with stroke. *Rehabilitation Nursing*, 37 (5), 258-66. Doi: 10.1002/rnj.035
- Smith, SD., Gignac, M.A.M., Richardson, D. & Cameron, J.I. (2008). Grand rounds: Differences in the experiences and support needs of family caregivers to stroke survivors: does age matter? *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15 (6), 593-601. Doi: 10.1310/tsr.1506-593
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005-105-1)*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2012-12-01 från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen. (1997). *Boken om stroke*. (SoS-rapport 1997:9) Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvård i förändring- En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2012-12-01 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf

SOL 2009:549. *Socialtjänstlag. Särskilda bestämmelser för olika grupper*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2012-12-03 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/#K5

SSF (2007). *ICN:s etiska kod*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 12-12-01 från <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Stibrant- Sunnerhagen, K. (2001). Hur planeras rehabilitering? Ingår i B. Norrving & A. Terént, (red.), *Strokeboken*. (s.62-69). Stockholm: Origo AB

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB

Tellier, M., Rochette, A. & Lefebvre, H. (2011). Impact of mild stroke on the quality of life of spouses. *International Journal of Rehabilitation Research*, 34 (3), 209-214. Doi: 10.1097/MRR.0b013e328343d540.

Terént, A. (2007). *Stroke, hur man förebygger och behandlar?* Västerås: ICA Bokförlag, Forma Publishing Group AB

Wergeland, A., Ryen, S. & Olsen, T-G. (2009). Omvårdnad vid stroke. Ingår i H. Almås, (red.), *Klinisk omvårdnad, del 2* (s. 779-801). Stockholm: Liber AB

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur

WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Genève. Hämtad 2012-10-22 från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WHO (2012). *Stroke, cerebrovascular accident*. *Health topics*. 2012-11-04 från http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/

BILAGA I (sammanställning av artiklar)

Titel, författare, år och land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
The hard work starts now: a glimpse into the lives of carers of community-dwelling stroke survivors <i>Cecil, et al., 2009, Nordirland</i>	Att undersöka de personliga erfarenheterna hos vårdare till strokeöverlevare och att få fram deras syn och åsikter av vad som utgör det huvudsakliga problem och bekymren hos personer i deras situation.	En del av en större studie kvalitativ studie. Data samlades in i två steg. Först i form av semistrukturerade intervjuer som sedan följdes upp av en fokusgrupp.	Urvalet bestod av 10 makar till strokedrabbade som var informella vårdgivare.	7 huvudteman: Information, kommunikation mellan vårdprofessionella, tillgång till terapi, förberedelse och träning för att vårda i hemmet, familj och vänner, egen hälsa och förmåga, oro om framtiden.

Titel, författare, år och land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
Lifeworld perspectives on assistive devices: Lived experiences of spouses of persons with stroke <i>Pettersson et al., 2005, Sverige</i>	Undersöka hur makar till personer med nedsatt förmåga efter stroke beskriver deras levda erfarenheter rörande hjälpmedel i det dagliga livet.	Data samlades in via intervjuer baserade på ett livsvärldsperspektiv. Deltagarnas personliga mening rörande hjälpmedlen och hur de interagerar i deras livsvärld beskrevs utifrån en hermeneutisk fenomenologisk ansats.	Urvalet bestod av 10 kvinnliga och 2 manliga makar/vårdgivare som bodde tillsammans med den strokedrabbade .	Fyra huvudteman: Levd kropp i relation till hjälpmedlen, Lev utrymme i relation till hjälpmedlen, Lev tid i relation till hjälpmedlen och Levt mänskligt förhållande i relation till hjälpmedlen

BILAGA

Titel, författare, år och land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
The experience of partners of young stroke survivors. <i>Buschenfeld et al., 2009, Storbritannien</i>	Utvidga kunskap genom att studera unga partners till strokeöverlevare åren efter stroke för att fånga bestående effekter och förändringar.	Semistrukturerade intervjuer i deltagarnas hem eller arbete som analyserades med en fenomenologisk ansats.	Urvalet bestod av 7 partners till strokedrabbade.	Två huvudteman: Anpassning och Coping

Titel, författare, år och land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
Parallel lives: younger stroke survivors and their partners coping with crisis. <i>Banks & Pearson, 2004, Storbritannien</i>	Syftet vara att undersöka hur en traumatisk händelse som stroke kan påverka den involverade personen och dess partner på olika sätt och hur det påverkar den efterföljande relationen.	En studie med långtidsperspektiv där data samlades in via intervjuer av både strokeöverlevare och dess partners. Första intervjun ägde rum 3-6 månader och andra 6-9 månader efter strotetillfället.	Urvalet bestod av 38 strokeöverlevande och 36 makar/partners.	Tre huvudteman: Första krisen, Behandling och realisation samt Anpassning.

Titel, författare, år och land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
Impact of mild stroke on the quality of life of spouses. <i>Tellier et al., 2011, Kanada</i>	Undersöka livskvaliten hos makar/partners efter en mild stroke.	En undersökande kvalitativ design. Makarna intervjuades tre månader efter strotetillfället med hjälp av öppna frågor.	8 makar/partners (6 kvinnor, 2 män) till personer som drabbats av mild stroke.	Sex huvudteman: Patient, Dagligt liv, Äktenskapligt förhållande, Återfall, Service och Hälsa.

BILAGA

Titel, författare, år och land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
<p>The meaning of middle-aged female spouses lived experience of the relationship with a partner who has suffered a stroke, during the first year postdischarge.</p> <p><i>Bäckström et al., 2010, Sverige.</i></p>	<p>Belysa innerbörden hos kvinnliga makars levda erfarenhet av ett förhållande med en partner som drabbats av stroke, första året efter utskrivning från rehabiliteringsklinik.</p>	<p>En longitudinal studie med en fenomenologisk hermeneutisk ansats. Tre narrativa intervjuer gjordes 1, 6 och 12 månader efter utskrivning.</p>	<p>Urvalet bestod av 4 medelålders kvinnor som var makar/partners till stokedrabbade.</p>	<p>Sju huvudteman: Rädsla att förlora relationen, Förlora identiteten, En kamp om att bevara äktenskapet, Känna sig ensam tillsammans, Sörja det förlorade äktenskapet i tystnad, Fångad i ett tomt äktenskap och Söka efter utrymme och välbefinnande.</p>

Titel, författare, år och land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
<p>The impact of stroke on the wellbeing of the patients spouse: an exploratory study</p> <p><i>Draper & Brocklehurst, 2005, Storbritannien</i></p>	<p>Undersöka vilken påverkan stroke har på patientens partner med speciell uppmärksamhet på psykisk sjuklighet och påfrestning av att vårda.</p>	<p>Kvantitativ ansats. Intervjuer i hemmet kring stroke, mängden stöd i hemmet och svårigheter de upplevt. De validerade instrument som användes var BI, GHQ-12 och CSI.</p>	<p>Urvalet bestod av 44 par där 31 av partners var kvinnor och 13 var män.</p>	<p>Partners visade sig ha en högre grad av psykisk sjuklighet än referensgruppen och en stor proportion av dem upplevde stress av att vårda. Detta visade sig inte vara proportionellt med den stokedrabbades grad av nedsatt förmåga. Partners till personer med språksvårigheter upplevde påfrestning i större grad än dem utan.</p>

BILAGA

Titel, författare, år och land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
<p>Caregiver strain in spouses of stroke patients.</p> <p><i>Blake et al., 2001, Storbritannien</i></p>	<p>Det primära syftet vara att fastställa noggrannheten av en logistisk regressions modell genom att förutse vårdare under påfrestning. Detta möjliggör en tidig identifikation av vårdgivare som troligtvis kommer lida av påfrestning senare.</p>	<p>Samlevande till strokepatienter registrerade på tre olika center identifierades via ett Patient administrering system. En prospektiv studie användes för att testa modellen som utvecklades i en tidigare forskning. De tidigare identifierade viktiga faktorer samlades i ett frågeformulär som postades till partners tre månader efter strotetillfället. Brevet inkluderade Caregiver strain index, General health questionnaire, Extended activities of daily living scale och positive and negative affectivity schedule. Caregiver strain index skickades sedan ut igen efter 6 mån.</p>	<p>Totalt var det från början 276 makar, utav dem svarade 130 på brevet efter 3 månader och 116 på brevet efter 6 månader.</p>	<p>Tre månader efter strotetillfället var 39 vårdgivare (34 %) under påfrestning vilket var signifikant med 40 vårdgivare (35 %) sex månader efter. Den förutsägande modellen som användes vid tre månader var 78 % korrekt i att förutsäga nivåerna av påfrestning vid sex månader.</p>

