



Examensarbete, 10 poäng  
Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6

## Hur partnern till den som insjuknat i stroke upplever sin livssituation

- en litteraturstudie

Författare: Sara Andersson  
Sofie Wrede

Justerat och godkänt

Datum: 2007-05-29.

Handledare: Gunilla Ramstedt

Examinator: Mats Persson Lintrup  
Mats Persson Lintrup

Ej avsedd för publikation

## **Blekingen Tekniska Högskola**

Sektionen för hälsa, HAL

Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6

Examensarbete 10 poäng

### **Hur partnern till den som insjuknat i stroke upplever sin livssituation.**

Författare: Sara Andersson & Sofie Wrede

Handledare: Gunilla Ramstedt

Examinator: Mats Persson Lintrup

## **SAMMANFATTNING**

**Bakgrund:** Stroke är västvärldens tredje vanligaste dödsorsak. Varje år får ungefär 30 000 människor stroke i Sverige. När någon insjuknat i stroke berörs även deras partner. **Syftet** med studien var att belysa hur partnern till den som insjuknat i stroke upplevde sin livssituation utifrån väsentlig litteratur. **Metod:** I studien användes latent innehållsanalys som analysmetod för de kvalitativa artiklarna som var inspirerad av Graneheim och Lundman (2003). För de kvantitativa artiklarna har Polit och Hunglers (1997) manifesta analysmetod använts. **Resultatet** visade vad som påverkade partnerns livssituation. Det framkom att partnern tog på sig ett stort ansvar för den vårdande rollen och hemmets alla uppgifter som upplevdes påfrestande. Vid förbättring hos den som insjuknat i stroke upplevde partnern välbefinnande. Partnern kände sig otillräcklig och upplevde social isolering, ensamhet och rädsla för att lämna den som insjuknat i stroke ensam. Existentiell oro och ovisshet upplevdes och kunde leda till fysiska problem. **Slutsatser:** Vi fann att partnerns upplevelse följde en viss struktur över tiden, att det direkt efter hemkomst var en tung och komplex situation som upplevdes men med tiden accepterade de händelsen och såg det positiva med tillvaron.

Nyckelord: Cerebrovaskulär sjukdom, stroke, upplevelse, partner, livskvalitet och Sverige.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INTRODUKTION</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Stroke.....	1
Livsvärld.....	2
Subjektiv kropp .....	2
Fenomenet upplevelse .....	3
Livskvalitet .....	3
Coping.....	3
Vård i hemmet .....	4
Katie Eriksson – referensram.....	4
<b>SYFTE</b> .....	<b>6</b>
<b>METOD</b> .....	<b>6</b>
Datainsamling .....	6
Urval .....	7
Analysmetod.....	7
<b>RESULTAT</b> .....	<b>8</b>
Förändrad livssituation.....	8
Positiva upplevelser .....	10
Negativa upplevelser .....	11
Oro .....	13
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>14</b>
Metoddiskussion .....	14
Resultatdiskussion .....	15
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>19</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>20</b>
<b>Bilaga 1</b>	
Artikelsökning .....	23
<b>Bilaga 2</b>	
Artikelöversikt.....	24
<b>Bilaga 3</b>	
Exempel av analysarbetet av kvalitativa artiklar .....	27
<b>Bilaga 4</b>	
Exempel av analysarbetet av kvantitativa artiklar .....	28

## INTRODUKTION

Vi väljer att belysa hur partnern till den som insjuknat i stroke upplever sin livssituation. Begreppet partner i studien är make, maka eller sambo till den som insjuknat i stroke.

Vi tror att det kan vara en komplex situation att vara partner till någon som insjuknat i stroke och därför vill vi uppmärksamma partnerns livssituation. Vi önskar att skapa en djupare förståelse för partnerns livssituation och erhålla kunskap och insikt om innebörden av deras situation som färdig sjuksköterska.

## BAKGRUND

### Stroke

Beteckningen slaganfall är den rekommenderade terminologin av Svenska Läkarsällskapets språknämnd. Den engelska benämningen av stroke har fått ett stort genomslag även i svenskt språkbruk och bör vara en lika välkänd term och båda termerna används idag lika mycket (Riks-Stroke, 2004).

Socialstyrelsen definierar stroke:

*Hastigt påkommande tecken till fokal eller global neurologiska bortfallssymtom som varat längre än 24 timmar eller lett till döden dessförinnan med säkerställd eller förmodad vaskulär genes:*

(Socialstyrelsen: 1997, s. 30)

Beteckningen cerebrovaskulär sjukdom är ett bredare samlingsbegrepp och innefattar förutom slaganfall och transitorisk ischemisk attack även sinustrombos som inte orsakar neurologiska bortfall och cerebral kärlsjukdom (Hedner, 2003).

### Epidemiologi

Stroke är en av de allvarligaste sjukdomarna och är en av de främsta orsakerna till svåra och långvariga funktionshinder hos vuxna. Varje år får ungefär 30 000 människor stroke i Sverige (Riks-Stroke, 2004). Det är framförallt äldre människor som insjuknar och det leder ganska ofta till döden och medelåldern bland dem som insjuknar i stroke är 75 år. Av dem som insjuknar är 20 procent under 65 år och den gruppen som ökar mest av dem som insjuknar. I Sverige är medelåldern vid insjuknandet i stroke fyra år högre för kvinnor. De som är 80 år och äldre i samhället är två tredjedelar av de personer som haft stroke kvinnor. Under 80 år är det fler män än kvinnor som insjuknar i stroke (Socialstyrelsen, 2005). I västvärlden är stroke den tredje vanligaste dödsorsaken. Dödlighet i stroke har dock minskat kraftigt tack vare utveckling inom akut medicinsk vård och specifik omvårdnad. Förekomsten av svåra handikapp efter en stroke har också minskat på grund av kvalificerad rehabilitering. Risken att insjukna i stroke kan påverkas av ålder, ärftlighet och olika fysiologiska faktorer som högt blodtryck, höga blodfetter, olika hjärtsjukdomar, diabetes samt av olika levnadsvanor som tobak och hög konsumtion av alkohol. Vi har ofta vanor med oss hemifrån som kan påverka risken att insjukna mer eller mindre grad (Ericson & Ericson, 2002).

### *Patofysiologi*

Stroke är ett samlingsnamn på de hjärnskador som orsakas av blodpropp eller blödning i hjärnan. Skadan visar sig som en plötslig förlust av olika funktioner som styrs från hjärnan. Den plötsliga förlusten uppstår antingen då ett blodkärl brister i hjärnan eller då ett blodkärl täpps till av en blodpropp. Det kan också vara att en blodpropp följer med i blodkärlet som leder till hjärnan, halspulsådern eller pulsådern som löper kring nackkotorna som blodproppen fastnar i (Jekander, 2003).

Funktionsnedsättningar kan uppstå i samband med insjuknandet i stroke. Det innefattar oftast både fysiska och psykiska störningar. De neurologiska funktionsnedsättningarna har vanligen mer oroande följder och utgör oftast ett svårare motstånd i rehabiliteringen än vad de fysiska funktionsnedsättningarna gör. Innebörden och storleken av funktionsnedsättningen varierar beroende på var hjärnskadan uppstår och hur stor skadan är. Den präglas också av den insjuknade individens personliga karaktär såsom talförmåga, grundläggande personlighetsegenskaper, emotionella reaktioner samt sociala kraven utifrån. Omfattningen av funktionsnedsättningarna kan vara vanskligt att fastställa. Det kan vara att den som insjuknar i stroke också insjuknar i depression eller passivitet efter insjuknandet och det kan ge ett vilseledande intryck av mer neurologiska funktionshinder än vad det egentligen är. Stödet från anhöriga och sjukvårdspersonal är därför en viktig komponent i återhämtandet från funktionsnedsättningarna eftersom det ofta innebär en stor omställning i livskvaliteten för den som insjuknar i stroke (Nyman & Bartfai, 2000).

### **Livsvärld**

Livsvärlden är den levda världen. Den är beroende av hur individen erfar sin hälsa, sitt lidande och välbefinnande. Det går inte att fånga en beskrivning av det verkliga "objektiva" utan bara människans upplevelse. Livsvärlden är världen som den uppfattas av individen. Den består av minnen, vår vardagsvärld, som innebär upplevelsen av den dagliga oreflekterade vardagen samt av förväntningar om framtiden (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

*Livsvärlden är den verklighet som vi dagligen lever i och ständigt, om än medvetet, tar för given. Livsvärlden är således något mer och annat än summan av fysiska fakta: (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg: 2003, s. 24).*

### **Subjektiv kropp**

Tillgång till livet får människan genom sin levda kropp. Varje förändring i kroppen medför en förändring av tillgång till världen och till livet. Kroppen är konstant och genom den nås resten av världen och genom detta så skapas kontakt med andra människor. Det blir tydligt när en människa insjuknar i någon sjukdom eller annat lidande. Alla förändringar i den subjektiva kroppen medför en förändring av en tillgång till ett liv både på gott och ont. Den subjektiva kroppen är på samma gång både fysisk, psykisk, existentiell och andlig. Den är fylld av minnen, livssituation, visdom och upplevelser (Dahlberg et al., 2003).

I teorin om den subjektiva och levda kroppen kan en förlorad kroppsfunction upplevas annorlunda och förstås som något i grunden helt annorlunda än att förlora något materiellt (Dahlberg et al., 2003).

*Om jag lägger armen här på bordet framför mig så kommer armen som "ting" att ligga mellan datorn och kaffekoppen. Men aldrig nånsin skulle jag betrakta dessa tre ting framför mig på samma sätt. Jag kan vända ryggen åt både datorn och kaffekoppen, och lämna dem där på bordet, men så kan jag aldrig göra med min levande arm:* (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg: 2003, s. 42)

### **Fenomenet upplevelse**

Upplevelse är något som människan varit med om och som berört. Det är något som uppfattas och värderas på ett känslomässigt plan. Upplevelser som känslor, sinnestillstånd och företeelser mäts med hjälp av olika skalor där objektens upplevda storlek uppskattas med siffror (Nationalencyklopedin, 2007).

### **Livskvalitet**

Begreppet livskvalitet förekommer ofta i akademiskt och dagligt liv. Det finns ingen enhetlig definition av begreppet livskvalitet. WHO definierar livskvalitet:

*Individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. (The WHOQOL group: 1995, s.1405)*

Definitionen visar att livskvalitet är en subjektiv upplevelse och det finns inte någon total enighet i ordets betydelse och hur det skall mätas. Livskvalitet relaterar till hälsa genom fysisk, psykologiskt, socialt fungerande och välmående. Hälsorelaterad livskvalitet är snäv eftersom den fokuserar på mätning av komponenter som relaterar till hälsa istället för generell livskvalitet och tar inte hänsyn till faktorer som boende, finansiell status samt miljön. Mäts den globala hälsan blir det en rättvisare bild av livskvaliteten hos en människa. Global livskvalitet kan innebära begrepp som nuvarande livskvalitet, psykologiskt välmående, boendet, psykosomatisk hälsa, relationer till grannar, ekonomisk situation, sociala relationer och aktiviteter, nära relationer samt livssyn (Jakobsson, Hallberg Rahm & Westergren, 2004).

Välbefinnande är en betydelsefull komponent i begreppet livskvalitet. Faktorn som har störst betydelse för hälsan är fysiskt välbefinnande som fås genom fysisk aktivitet. Känsla av välbefinnande upplevs vid frånvaro av sjukdom och när individen känner sig nöjd med sin kropp. God mental hälsa är också en viktig del för livskvaliteten, det upplevs då individen är fri från stress. Välbefinnandet påverkas negativt av mycket ansvar och press (Berglund, Claesson & Kröldrups, 2006). Livskvalitet har en betydande funktion för individens livssituation. Livskvaliteten påverkas av livssituationen (Nordenfelt, 1991).

### **Coping**

Begreppet coping härstammar från verbet cope som betyder "klara det eller palla för" (Engelsk-svensk ordbok, 1983). Coping berör känsloreaktioner och är ett försök att klara stressfulla krav och hantering av de krav som anstränger eller överstiger de resurser personen har genom tänkande och uppförande. Coping består av två olika ändamål som är problemfokusering och att känslufokusering. Problemfokuserad coping är direkta och

aktiva strategier för problemlösning och hantering av svåra situationer. Detta görs genom att objektivt analysera situationen, orsaken till problemet, definition och avgränsning samt försök att ändra situationen eller att förhindra att den uppstår igen. Känslofokuserad coping är en strategi för att vilja förändra upplevelsen av situationen med att förringa betydelsen av allvaret, använda ironi och humor, arbeta, tröstata och att undvika situationen (Lazarus & Folkman, 1991).

### **Vård i hemmet**

Hopp är av en betydande funktion som påverkar motivation, målmedvetenhet och anpassning till den förändrade livssituationen. Om de inblandade parterna är mer hoppfulla upplever de därmed en högre livskvalitet trots att de kommer att leva med funktionshinder i framtiden. Andra faktorer som påverkar livssituationen är den friska partners arbetsituation. Detta påverkade i sin tur hur mycket tid som kan ges åt den som insjuknat i stroke. Om det är mannen i förhållandet som insjuknar i stroke och förlorat någon funktion faller det sig mer naturligt att kvinnan tar ansvar för den vårdande rollen än om det hade varit tvärt om. Kvinnan hamnar ibland i konflikt med mannen angående de skiftande roller som kan uppstå när partnern insjuknar i stroke som sedan leder till stress och utbrändhet. Det är viktigt att vara lyhörd för familjens förmåga att hantera konsekvenserna då någon förlorat en kroppslig funktion (Bluvol & Ford-Gilboe, 2003).

Vårda en partner i hemmet är väldigt tungt och slitsamt för ”vårdarens” kropp. Omkring 40 procent av dem som vårdar sin partner i hemmet har det rapporterat att de fått somatiska symtom på grund av det tunga arbetet. Stress är också ett problem som partnern kan insjukna i (Sit, Wong, Clinton, Li & Fong, 2004).

De som vårdar någon i hemmet anser att information och råd om hur vårdandet bör gå till väga, från professionella vårdtagare är mycket dåligt. Många som vårdar någon i hemmet upplever en känsla av att vara fångar i sitt eget hem trots att partnern själv tagit eget initiativ och ansvar för den vårdande rollen. De upplever också att de inte kan planera händelser i förtid, de får vänta och se hur situationen ser ut när det är dags för händelsen (Sit et al., 2004).

### **Katie Eriksson – referensram**

#### *Hälsa*

Hälsa är en helhet som är relativ och exakta mått på hälsan går inte att ange. Den är individuell och personlig. Varje människa är sin egen referens och när individen mår bra så föreligger optimal hälsa (Eriksson, 1988).

Hälsa innebär att vara hel och att uppleva sig som en hel människa. Uppleva sig som hel innebär att uppleva ”helighet”, att känna en vördnad för sitt eget liv, för sig själv som människa och som någonting unikt. Begreppet hälsa härstammar från fornsvenskans ”hel” och betyder även ”heil”, ”helig” och ”frälsning”. För att människan ska uppleva sig som ”helig” är förutsättningen att individen har kontakt med innersta kärnan, med sin andlighet och religiositet (Eriksson, 1984).

Motsatsen till hälsa är inte sjukdom, människan kan ha hälsa trots sjukdom och kan känna sjukdomssymtom utan att vara sjuk. Hälsa och lidande utesluter inte varandra, utan lidandet

är en del av hälsan. Hälsa utgår från olika aspekter där tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande interagerar med varandra. Hälsan är individuell och kan förklaras av medfödda faktorer som är beroende av dess omständigheter. Hälsa beskrivs som en del i människans liv, och som en rörelse mellan olika nivåer i termer av görande, varande och vårdande. Definitionen är inte likadan inom kultur och samhälle då de ser hälsa på skilda sätt. Hälsan är beroende av tid och rum, individen och kunskap (Eriksson, 1986).

#### *Livslidande*

Lidande är ett begrepp som kan liknas med något som plågar människan. Det förekommer överallt och alla människor kommer någon gång i sitt liv i kontakt med lidande (Eriksson 1994).

Lidandet är inte ett abstrakt begrepp, utan det är den lidande människan av hela dess livskvalitet som är vårdvetenskapens centrala del. Begreppet medlidande utgör ett av vårdandets grundbegrepp och uttrycker hur medlidandet utgör källan till det sanna vårdandet. Medlidandet förutsätter mod, mod att ta ansvar och att offra någonting av sig själv (Eriksson, 1994).

Lidande har en biologisk, psykologisk och en existentiell aspekt. Lidandet berör hela människan och vår upplevelse av oss själva i världen. Lidandet hör samman med mänskligt liv. Lidande och kaos är för nyskapande och för livsprocessen då det pekar mot behovet av förändring (Eriksson, Bondas-Salonen, Herberts et al., 1995).

*Vi vet att mänskligt lidande av olika slag kan bli outhärdligt och att vår förmåga till att uppleva hälsa kan brista. Ett lidande som upplevs outhärdligt förlamar oss och hindrar oss från att växa. Hälsa förutsätter att vi upplever vårt lidande uthärdligt. En människa som erfart lidande som hon upplevt som outhärdligt kan samtidigt uppleva hälsa: (Eriksson, Bondas-Salonen, Herberts et al.:1995, s. 17)*

Livslidande är det lidande som är relaterat till allt vad det innebär att leva. Människans själsliga lidande är mestadels från upplevelser av förnedring, skuld och skam som kan orsakas av sjukdom eller dåligt bemötande. Hot mot den egna existensen eller oförmågan att genomföra det människan vill kan innebära ett livslångt lidande. Lidande kan orsakas av att bli utestängd från den mänskliga gemenskapen. Ensamheten blir en plåga om individen tvingas till den mot sin egen vilja (Eriksson, 1994).

#### *Caritasmotivet*

Caritasbegreppet innebär att i vårdandet, förmedla tro, hopp och kärlek genom ansning, lek och lärande. Caritativ vård innebär att i en anda av kärlek, tro och hopp förmedla barmhärtighet som innebär att hjälpa människan med det individen behöver. Uttrycksformerna kan variera men den innefattar ett inre motiv av att verkligen vilja den andra väl. Vi vårdar därför att det finns en mening i vårdandet (Eriksson, 1993).

Livet uppfattas som en helhet genom tro, hopp och kärlek och inbegriper även den andliga dimensionen. Tron - utgör drivkraften, hopp - innebär att individen ännu inte gett upp och framtidstro samt kärlek - att vilja någon annan väl och att utföra en kärleksgärning. Detta



skapar utgångspunkten för allt vårdande (Eriksson, 1987).

Det finns skillnader mellan professionell och naturlig vård. Den naturliga vården kan varje människa utföra, det är en kärlekshandling som är ett sätt att bry sig om. Den professionella vården innefattar inte den naturliga vården om den utförs utan tro, hopp och kärlek.

Ansande, lekande och lärande är grundelement i vårdandet. Ansande står för det kärleksfulla och en bekräftan av den andres existens. Det innebär att tillgodose de fysiska behoven samt att ge närhet och kroppsligt välbehag. Lekandet är ett naturligt beteendemönster som är ett sätt att uppnå hälsa och genom lekandet kan individen öva, skapa och önska. Leken kan bidra i anpassningen till den nya livssituationen. Lärandet innebär att främja utvecklingen mot självständighet och mognad (Eriksson, 1993).

## **SYFTE**

Syftet med studien var att belysa hur partnern till den som insjuknat i stroke upplever sin livssituation.

## **METOD**

### **Datainsamling**

Litteratursökningen började med att lämpliga sökord söktes som överensstämde med syftet i studien. Databasen Svensk MeSH användes för översättning från svenska till engelska för att få fram de bästa sökorden. Sedan gjordes en litteraturoversikt för att erhålla kunskap inom det valda ämnesområdet.

MeSH-termer som användes i sökningen och ledde fram till våra artiklar var cerebral vascular accident, spouses, och Sweden. När enbart en MeSH-term användes blev sökresultatet för stort för att hantera. Därefter gjordes nya sökningar då MeSH-termer kombinerades i olika konstellationer för att specificera sökningen. När detta hade gjorts valdes sedan relevanta artiklar ut som var av både kvalitativ och kvantitativ utgångspunkt och som stämde överens med syftet. Det har även sökts artiklar i tidskriften *Vård i Norden* och då användes sökordet stroke. Sökord som användes var *cerebral vascular accident*, *stroke*, *spouses* och *Sweden*. Se bilaga 1 och bilaga 2.

Artiklarna som söktes hade anknytning till vårdvetenskap och om hur partnern till den som hade insjuknat i stroke upplevde sin livssituation i databaserna Academic Search Elite, CINAL, och Medline.

Academic Search Elite är en databas med ett brett utbud som innehöll olika vetenskapliga tidskrifter inom ämnena humaniora, samhällsvetenskap, teknik och naturvetenskap (Gustavsson, 2007).

CINAL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health) är en databas som innehöll vetenskapliga tidskrifter, monografier och doktorsavhandlingar inom omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi (Forsberg & Wengström, 2003).

Medline är en bred databas som innehöll vetenskapliga tidskriftsartiklar som täckte över områdena medicin, omvårdnad och odontologi (Forsberg & Wengström, 2003).

På biblioteket i Lund, Kristianstad och på Blekinge tekniska högskola har relevant litteratur hittats som stämde överens med syftet i studien.

### **Urval**

Vi valde att avgränsa studien på enbart partnern till den som insjuknat i stroke för att begränsa omfånget på studien eftersom tiden var begränsad.

Inklusionskriterier för de utvalda artiklarna i studien var vetenskapliga artiklar som både hade kvantitativ och kvalitativ utgångspunkt. Artiklarna skulle vara publicerade från 1999 och framåt. De avsåg att vara peer reviewed samt ha anknytning till syftet i studien och vara skrivna på svenska eller engelska. Undersökningarna skulle vara genomförda i Sverige och beröra hur partnern till någon som insjuknat i stroke upplevde sin livssituation efter hemkomsten från sjukhuset. Exklusionskriterier som användes i artiklarna var barn, utanför Sverige och äldre artiklar än åtta år.

### **Analysmetod**

Vi analyserade sju artiklar var av fyra artiklar analyserades med en latent innehållsanalys och tre artiklar med en manifest analys (Graneheim & Lundman, 2003; Polit & Hungler, 1997).

Det kvalitativa förhållningssättet var att forskarna försökte se situationen som om den alltid vore ny och strävade efter en helhetsförståelse av en unik situation. Kvalitativ ansats fokuserade på att tolka och skapa mening och förståelse i människans subjektiva upplevelse av omvärlden. Inom den kvalitativa forskningen betonades förståelsen av människans upplevelser av ett fenomen i sitt sammanhang (Forsberg & Wengström, 2003).

Bearbetning av data av de fyra kvalitativa artiklarna genomfördes med stöd av en latent innehållsanalys, inspirerad av Graneheim och Lundman (2003). Tillvägagångssättet i analysförfarandet bestod av fyra steg. Hela texten (analysenheten) lästes igenom flera gånger för att skapa en känsla för helheten. Meningar eller fraser som innehöll relevant information för syftet plockades ut. Omgivande text togs med så att kontexten kvarstod, detta kallades meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kondenserades i mindre och mer koncentrerade meningar där kärnan i de meningsbärande enheterna behölls. De kondenserade meningsenheterna kodades och grupperades i kategorier som återspeglade det centrala budskapet i artiklarna. Dessa kategorier utgjorde det latent innehåll. Meningsbärande enheterna skulle höra till en relevant kategori och inga meningsbärande enheter skulle kunna hamna i mer än en kategori.

Tillvägagångssättet i studiens analysmetod var att de fyra kvalitativa artiklarna lästes upprepade gånger för att skapa en känsla för sammanhanget som motsvarade studiens syfte. Meningarna i de kvalitativa artiklarna som belyste studiens syfte bäst markerades sedan med överstrykningspenna. De meningsbärande enheter som hade markerats med överstrykningspennan skrevs ned på ett blankt papper. De meningsbärande enheterna bröts sedan ned i mindre och mer koncentrerade enheter där kärnan fortfarande bevarades och

fick därmed fram kondenserade meningar. Koder togs sedan ut ur de kondenserade meningarna som beskrev det centrala budskapet i artiklarna. Koderna studerades sedan för att grupperas i subkategorier och huvudkategori som stod i relation till syftet. Se bilaga 3. Huvudkategorierna och subkategorierna användes som huvudrubriker och underrubriker i resultatet nedan.

I kvantitativ ansats betonades att kunskap som erhöles borde vara allmängiltig och inte begränsas till vissa speciella förhållanden. En vetenskaplig undersökning skulle vara reproducerbar och kunde upprepas av andra forskare. I en studie med kvantitativ ansats kunde forskare utgå från befintliga teorier och principer för att sätta in forskningsprojekt i sitt sammanhang. Utifrån den teoretiska ansatsen formulerades några frågeställningar och ibland prövningsbara hypoteser. Forskarens roll var att förhålla sig objektiv till deltagarna och från ett utifrånperspektiv genomföra mätningar med standardiserade instrument. De kvantitativa artiklarna lästes flera gånger för att få en känsla för sammanhanget (Forsberg & Wengström, 2003).

Vi blev inspirerade av Polit och Hungler (1997) vid den manifesta analysen av kvantitativa artiklarna. Deras analysmetod gick ut på att författarna skulle skapa en uppfattning och förståelse om det som skulle analyseras. Sedan skulle ord eller teman som var specifika för analysen plockas ut och räknas samman. Analysmetoden visade frekvensen av förekommande ord eller teman. Resultatet kunde sammanställas i en tabellform som visade orden eller teman och antalets förekomst i analysdelen.

Vi började med att skapa en förståelse av datan genom att läsa artiklarna flera gånger var för sig. Ord som symboliserade de kvalitativa artiklarnas huvudkategorier under de kvantitativa artiklarnas resultatdel markerades med en överstykningspenna, en färg för varje huvudkategori. Sedan räknades alla ord som föll under respektive huvudkategori ihop och fördes in i en tabell som visade de olika kvantitativa artiklarna och de olika kvalitativa huvudkategorierna. Se bilaga 4.

I resultatet skrevs de kvalitativa meningarna ihop till en förstående och sammanhängande text. Efteråt plockades utvalda meningar från de kvantitativa artiklarna och tabeller in i resultatet för att styrka det kvalitativa analysarbetet.

## **RESULTAT**

Vi väljer att redovisa vårt resultat efter fyra huvudkategorier: *förändrad livssituation*, *positiva upplevelser*, *negativa upplevelser* och *oro* med tillhörande underkategorier som gjorde resultatet lättöverskådligt. Alla resultat i nedanstående redovisning var tolkade och översatta av oss.

### **Förändrad livssituation**

#### *Förändrade roller och rutiner*

Partnerns tidigare levda vardag och rutiner påverkades i både positiva och negativa riktningar. Det uttrycktes genom frustration, utmattning och ängslan över vardagen (Pettersson, Berndtsson, Appelros & Ahlström, 2005). Delaktigheten som paret tidigare

haft röjdes i samband med den nya livssituationen vilket följdes av nödvändiga rollbyten så som de självklara uppdelningarna i ett hushåll som innebar att en del uppgifter föll naturligt på mannen och på kvinnan. Vid rollbyten så omkullkastades dessa naturliga uppgifter och det kom att påverka båda parternas välbefinnande (Lindquist & Dahlberg, 2002; Nilsson, Axelsson, Gustafson, Lundman & Norberg, 2001).

*Men vissa saker, det är ju så att det delas upp i ett äktenskap att det där sköter du och det där sköter jag, men... det blir lite väl mycket när man får ta den andra partens... del också va?*  
(Lindquist & Dahlberg: 2002, s. 6)

Partnern tog på sig ett stort ansvar för hemmets alla uppgifter för att kunna skapa en så bra livssituation som möjligt och upplevde då en ensamhet av det tunga ansvaret som ibland blev mycket påfrestande. Det kunde ta sig i uttryck i både fysiologiska och psykologiska påfrestningar (Lindquist & Dahlberg, 2002; Nilsson et al., 2001; Pettersson et al., 2005).

### *Coping*

Den nya livssituationen och handlingsförmågan påverkade parternas välbefinnande. Förmågan till att hantera och bemästra livet påverkades också av den förändrade livssituationen (Forsberg-Wärleby, Blomstrand & Möller, 2004). Känslan av sammanhang påverkade på samma sätt förmågan att bearbeta situationen och individerna med låg känsla av sammanhang hade särskilda svårigheter att bearbeta sin situation (Nilsson et al., 2001). Partnern var i behov av ensamhet för att kunna bearbeta känslorna över det som hänt (Lindquist & Dahlberg, 2002). Bearbetning av känslor efter hemkomst från sjukhuset upplevde partnern som mycket stressande och de kände även en okunskap och oförmåga till att hantera och bearbeta den nya livssituationen. Parternas emotionella hälsa förbättrades i samband med att den förändrade livssituationen blivit hanterbar (Forsberg-Wärleby et al., 2004).

*Spouses individual life situations and coping abilities seem to be of relatively increasing importance for their continued well-being:*  
(Forsberg-Wärleby, Blomstrand & Möller: 2004, s. 430)

Hjälpmedlen upplevdes som en utmaning att leva tillsammans med för partnern och det gjorde att parternas subjektiva kropp, i samspel med upplevd tid, miljö och relationer med andra människor påverkades (Pettersson et al., 2005).

*When the partner with stroke has become disabled and needs both assistive devices and daily help, this represents a challenge to the lived body of the spouse's:* (Pettersson, Berndtsson, Appelros & Ahlström: 2005, s. 162)

### *Behov av stöd och information*

Partnern kände ett behov av professionell hjälp för att bearbeta den nya livssituationen och behövde stöd och hjälp för att hantera de praktiska konsekvenser som uppstod. De kände även ett behov av kunskap om innebörden av funktionsnedsättningar hos den som insjuknat i stroke (Forsberg-Wärleby et al., 2004; Lindquist & Dahlberg, 2002). Mycket stöd från anhöriga minskade risken för att bli utbrändhet (Nilsson et al., 2001).

*Partners that were at low risk at burnout can be related to much support given by relatives: (Nilsson, Axelsson, Gustafson, Lundman & Norberg: 2001, s.)*

*Tabell 1 Frekvens av förändrad livssituation från kvantitativa artiklar*

Huvudkategori	Forsberg-Wärleby, G., Möller, A. & Blomstrand, C. (2002a).  Spouses of first-ever stroke patients: their view of the future during the first phase after stroke.	Forsberg-Wärleby, G., Möller, A. & Blomstrand, C. (2002b).  Spouses of first-ever stroke victims: sense of coherence in the first phase after stroke.	Larson, J., Franzén-Dahlin, Å., Billing, E., Von Arbin, M., Murray, V., & Wredling, R. (2005).  Predictors of quality of life among spouses of stroke patients during the first year after the stroke event.
<b>Förändrad livssituation</b>	6	10	3

Partnerns livskvalitet minskade avsevärt då den andra insjuknat i stroke men förbättrades på sikt (Larson, Franzén-Dahlin, Billing, Von Arbin, Murray & Wredling, 2005). Partnern var ängslig över det ökande ansvaret och de nya påtvingade uppgifterna samt färre tillfällen för aktiviteter samtidigt som deras copingkapacitet påverkade framtidsutsikten. Känsla för sammanhang verkade vara en viktig del för partnerns copingkapacitet efter en kritisk händelse (Forsberg-Wärleby et al., 2002a, 2002b)

### **Positiva upplevelser**

#### *Hopp*

Tecken på förbättring hos den som insjuknat i stroke ingav hopp och optimism om framtiden för båda parterna och partnern hade en förhoppning om att framtiden kommer att bli lättare (Lindquist & Dahlberg, 2002; Pettersson et al., 2005).

*Så jag tror att det här går bra, jag har nog tänkt det hela tiden innerst inne, inte riktigt bra kanske det räknar jag inte med, ...//... Han blir nog inte den samma kanske, men jag tror att han kommer att gå, åtminstone med käpp: (Lindquist & Dahlberg: 2002, s. 6)*

#### *Trygghet och självständighet*

Hjälpmedlen ökade självständigheten hos den som insjuknat i stroke och avlastade därmed partnern. Hjälpmedlen ingav trygghet för båda parterna och underlättade det dagliga livet och det sammanförde parterna i särskilda aktiviteter som hade en stor betydelse för det dagliga livet (Pettersson et al., 2005).

*This mug means I don't have to get up in the night if he wants to take a painkiller or something. Before, I was always having to get up for that, but now he can take a tablet on his own and doesn't need me to help him at all. It may not seem much, but it's a big thing to me:* (Pettersson, Berndtsson, Appelros & Ahlström: 2005, s. 165)

### Välbefinnande

Välbefinnandet hos partnern ökade då den som insjuknat i stroke visade förbättring och anpassning till den nya livssituationen. Partners psykologiska välbefinnande påverkades av en djup kännedom, omhändertagandet och av fysiska och psykiska funktionsnedsättningar hos den som hade insjuknat i stroke (Forsberg-Wärleby et al., 2004; Nilsson et al., 2001).

*Spouses well-being increased due to improvement in the ability of the stroke patients and adaptation to the new life situation:* (Forsberg-Wärleby, Blomstrand & Möller: 2004, s.436)

Tabell 2 Frekvens av positiva upplevelser från kvantitativa artiklar

Huvudkategori	Forsberg-Wärleby, G., Möller, A. & Blomstrand, C. (2002a).	Forsberg-Wärleby, G., Möller, A. & Blomstrand, C. (2002b).	Larson, J., Franzén-Dahlin, Å., Billing, E., Von Arbin, M., Murray, V., & Wredling, R. (2005).
	Spouses of first-ever stroke patients: their view of the future during the first phase after stroke.	Spouses of first-ever stroke victims: sense of coherence in the first phase after stroke.	Predictors of quality of life among spouses of stroke patients during the first year after the stroke event.
<b>Positiva upplevelser</b>	12	19	9

Partners upplevelse av positivt välbefinnande, allmän hälsa och livskraft var påtagligt förknippat med känslan av sammanhang. Partnern trodde att hopp om full tillfrisknad hade en stor inverkan på deras syn av händelsen (Forsberg-Wärleby et al., 2002a, 2002b)

### Negativa upplevelser

#### Hopplöshet och förtvivlan

Partnern kände en förtvivlan över den förändrade livssituationen och upplevde ovissheten som bland de svåraste känslor att bära inom sig och ansåg att tillvaron var raserad och att framtiden kändes dyster. De upplevde även en känsla av hopplöshet och kände sig bunden till hemmet och fick därmed en minskad egentid (Lindquist & Dahlberg, 2002; Pettersson et al., 2005).

*It may be that the rhythm of family life changes, the spouse's own time diminishes and becomes fragmented, and the spouse feels too tied to the home: (Pettersson, Berndtsson, Appelros & Ahlström: 2005, s. 164)*

#### *Rädsla och sorg*

Partnern upplevde att båda blev isolerade på grund av rädslan för att insjukna igen och kände även en rädsla av att inte kunna ge all den hjälp och stöd som den andra behövde samt en känsla av att vara otillräcklig. Partnern kände en sorg över den de förlorade funktionerna hos den som insjuknat i stroke och över det som hänt (Lindquist & Dahlberg, 2002).

*Man är rädd att man inte ska kunna klara av det så man blir tvungen att göra. Och det har ju att göra med att man inte känner sig stark väl va. Man orkar inte: (Lindquist & Dahlberg: 2002, s. 6)*

#### *Ensamhet*

Ensamheten kunde vara plågsam för partnern och beskrevs som total hjälplöshet och övergivenhet. Känslan av ensamhet upplevdes inte bättre när vännerna försökte stötta och lindra känslan av ensamhet (Lindquist & Dahlberg, 2002). Partnern upplevde en social isolering, ensamhet och rädsla för att lämna den som hade insjuknat i stroke ensam (Pettersson et al., 2005).

*So there we were, just shut in. And it was like that for three and a half months, didn't go outside the door... we just couldn't go out, because there was no way I could leave him on his own at all: (Pettersson, Berndtsson, Appelros & Ahlström: 2005, s. 165)*

Partnern upplevde att det fanns en begränsad möjlighet med umgänge på grund av symtomen hos den som insjuknat i stroke samt att det blev ett begränsat urval av aktiviteter som skapade ensamhet och social isolering (Lindquist & Dahlberg, 2002).

Tabell 3 Frekvens av negativa upplevelser från kvantitativa artiklar

Huvudkategori	Forsberg-Wärleby, G., Möller, A. & Blomstrand, C. (2002a).	Forsberg-Wärleby, G., Möller, A. & Blomstrand, C. (2002b).	Larson, J., Franzén-Dahlin, Å., Billing, E., Von Arbin, M., Murray, V., & Wredling, R. (2005).
	Spouses of first-ever stroke patients: their view of the future during the first phase after stroke.	Spouses of first-ever stroke victims: sense of coherence in the first phase after stroke.	Predictors of quality of life among spouses of stroke patients during the first year after the stroke event.
Negativa upplevelser	2	5	7

Många av partnerna kände sig ensamma och upplevde sociala begränsningar och de hade även en rädsla för att den som insjuknat i stroke skulle insjukna av ytterligare en stroke eller av andra medicinska komplikationer. Låg känsla av sammanhang skapade en negativ syn på livet (Forsberg-Wärleby et al., 2002a, 2002b; Larson et al., 2005).

## Oro

### Existentiell oro

Den nya livssituationen präglade partners upplevelser av existentiell oro och ovisshet som kunde leda till fysiska problem och sömnproblem (Lindquist & Dahlberg, 2002)

*Jo, det har det gjort och likadant när jag ska sova, två och tre timmar sen vaknar jag...//... det är bara en insomningstablett. Men jag sover mycket sämre jag tror jag vart vaken en tre, fyra gånger i natt:*  
(Lindquist & Dahlberg: 2002, s. 6)

### Oro inför framtiden

Partnern hade funderingar kring att den som insjuknat i stroke åter skulle insjukna av en stroke och därmed bli ytterligare beroende av hjälpmedel. De kände även en osäkerhet inför de krav och arbetsuppgifter som kom att ställas i den nya livssituationen (Lindquist & Dahlberg, 2002; Pettersson et al., 2005)

*Spouses' worries about the future is a heavy burden for them. They worry about their partner's becoming worse and thereby more dependent on assistive devices, and about their own capacity to help, mentally and physically:* (Pettersson, Berndtsson, Appelros & Ahlström: 2005, s. 164)



## Stress

Partnern upplevde stress och frustration då den som insjuknat i stroke var ensam hemma och kände att den inte hade kontroll över situationen. Partnern var stressad över riskerna att skada sig eller behov av hjälp med någonting under tiden partnern var borta från hemmet (Pettersson et al., 2005).

*Spouses try to ensure that their partners will not hurt themselves during the spouses' time away, but frustrating uncertainty remains.*  
(Pettersson, Berndtsson, Appelros & Ahlström: 2005, s. 165)

Tabell 4 Frekvens av oro från kvantitativa artiklar

Huvudkategori	Forsberg-Wärleby, G., Möller, A. & Blomstrand, C. (2002a).	Forsberg-Wärleby, G., Möller, A. & Blomstrand, C. (2002b).	Larson, J., Franzén-Dahlin, Å., Billing, E., Von Arbin, M., Murray, V., & Wredling, R. (2005).
	Spouses of first-ever stroke patients: their view of the future during the first phase after stroke.	Spouses of first-ever stroke victims: sense of coherence in the first phase after stroke.	Predictors of quality of life among spouses of stroke patients during the first year after the stroke event.
<b>Oro</b>	0	0	0

Förmågan av egen-vård och att kommunicera hos den som insjuknat i stroke hade en stor inverkan på partnerns syn av deras framtida liv tillsammans (Forsberg-Wärleby et al., 2002a).

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa hur partnern till den som insjuknat i stroke upplever sin livssituation. Vi valde att begränsa studien och inrikta oss på partnern till den som insjuknat i stroke eftersom tiden var begränsad. Majoriteten av artiklarna som fanns att tillgå var av kvantitativ ansats inom vårt ämne. Latent innehållsanalys blev inte det enda alternativet som vi använde oss av eftersom att det inte fanns så många artiklar med kvalitativ ansats som metod inom det aktuella ämnet som vi räknat med från början. Litteratursökningen resulterade i fyra kvalitativa och tre kvantitativa artiklar. Inspirationen till den latent innehållsanalysen av de kvalitativa artiklarna hämtade vi från Graneheim och Lundman (2003) och den manifesta analysmetoden av de kvantitativa artiklarna var inspirerad av Polit och Hungler (1997).

Vi gjorde delar av analysarbetet var för sig och detta kan ha stärkt objektiviteten för analysarbetet. Huvudkategori och subkategori visade sig vara ungefär densamma vid sammanställningen. Med de kvantitativa artiklarna gjorde vi en tabell där vi räknade alla ord som handlade om huvudkategorierna som vi fick fram i de kvalitativa artiklarna. I resultatet redovisades frekvensen av huvudkategorierna med tabeller och meningar ifrån de kvantitativa artiklarna.

Vi kände att analysarbetet blev mer intressant genom att kvalitativa artiklar användes eftersom det är från personer som oftast öppet får berätta om deras upplevelse av livssituationen. Det kändes inte lika spännande att studera olika mätvärden på upplevelser, eftersom upplevelse är individuellt och svårt att sätta variabler på.

Vi upplevde att resultatet var bra och relevant men att materialet blev tunt eftersom det mestadels baserades på de kvalitativa artiklarna. Datan av de kvantitativa artiklarna var väldigt svårförstådd på grund av för lite kunskap i statistik och att det engelska språket var avancerat. Vi ansåg att det samtidigt var en fördel att använda kvalitativa och kvantitativa artiklar i studien då resultatet blev mer tillförlitligt. Den kvantitativa datan gav möjlighet att styrka eller dementera resultatet av den kvalitativa datan genom att visa frekvensen av förekommande ord som handlade om förändrad livssituation, positiva upplevelser, negativa upplevelser och oro. I vårt resultat upptäckte vi att resultatet av de kvalitativa och kvantitativa artiklarna var mycket lika, vilket stärkte vårt resultat. Resultat från de kvalitativa artiklarna som det framkom mycket av hade hög frekvens i de kvantitativa artiklarna och tvärt om. Det som vi ansåg vara svårt med att använda både kvalitativa och kvantitativa artiklarna var att de använde sig av olika termer. Orden som skulle tas ut från den kvantitativa datan kunde vara svåra att upptäcka. Det var även svårt att sammanställa de olika data i resultatet och samtidigt göra studien lättförståelig. Den största vikten lade vi på kvalitativa artiklarna eftersom vi kunde gå mer på djupet med hjälp av den latent innehållsanalysen.

Sex av artiklarna var skrivna på engelska, det gjorde att det fanns en risk för feltolkning i samband med översättningen, om feltolkningar skulle förekomma kunde det påverka resultatet negativt. De studier som var gjorda på engelska var skrivna av svenska författare och ändå var engelskan väldigt svårförstådd. Valet av inklusionskriterier underlättade urvalet av artiklarna samtidigt som urvalet blev begränsat i antal. Studien gjordes utifrån partnerns perspektiv vilket gjorde att urvalet blev mycket begränsat.

En av artiklarna som användes i resultatet hade ett annat perspektiv på ämnet i dess studie, hur partnern upplevde livssituationen med hjälpmedel i hemmet. Vi inkluderade den i vårt resultat för den ansågs ha anknytning till vårt syfte.

### **Resultatdiskussion**

Litteraturstudiens syfte var att undersöka livssituationen hos partnern till den som insjuknat i stroke, då vi ansåg att det är viktigt att förstå partnerns situation som färdig sjuksköterska. Analysarbetet utmynnade i fyra huvudkategorier: *förändrad livssituation, positiva upplevelser, negativa upplevelser* och *oro*.

Resultatet visade att stroke var en sjukdom som kan ge den som insjuknat i stroke och dess

partner en *förändrad livssituation* av det liv de tidigare haft vilket kunde ge uttryck i frustration, utmattning och ångslan. Partnern kunde snabbt kastas in i rollen som informell vårdgivare och det kunde för många upplevas som besvärligt (Pettersson et al., 2005). Många parter upplevde att balansen i relationen förändrades. De kände oro, skuld och tvivel över om de kunde klara av att vara både partner och vårdare och att kunna skilja på dessa roller. När rollförändringarna kändes påtvingade upplevde partnern, stress, hjälplöshet och frustration. Den nya livssituationen påverkade partnerns välbefinnande samt hur de skulle bemästra situationen (Forsberg-Wärleby et al., 2002b). Detta resultat bekräftade Anderson, Linto och Stewart-Wynne (1995) i sin undersökning genom att stroke var ett tillstånd som inträffade snabbt och oförberett, med konsekvenser som påverkade hela individens och partnerns livssituation. Tillståndet kunde leda till stora förändringar i livet och förlorade sådant som tidigare varit viktigt som meningsfullt innehåll i vardagen och den stora möjligheten till socialt umgänge. Utifrån partnerns perspektiv var innebörden att vårda någon som var beroende av vård, ett tungt ansvar att bära som ledde till känslor att inte räcka till. Det var inte bara den som insjuknade av stroke som påverkades av sjukdomen utan även partnern och dess integritet och livskvalitet som löpte stor risk att försämrans. Vidare beskrev Han och Harley (1999) i sin undersökning att det inte var en lätt uppgift att vara en vårdande partner. De kunde ställas inför problem när den som insjuknade kom hem från sjukhusvistelsen till följd av kognitiva funktionsnedsättningar, personlighetsförändringar och emotionella problem. Dessa problem upplevdes som en stor påfrestning i det dagliga livet. Löwenadler och Persson (1995) beskrev att det inte var lätt att vårda sin partner när den insjuknat i stroke. Rollerna förändrades för båda och de kunde ha olika uppfattningar om vem som hade den vårdande rollen. Rollförändringarna upplevdes slitsamt för partnern. Det var viktigt enligt Han och Harley (1999) att partnern visste hur den som insjuknat i stroke måste för att veta hur den kunde stötta i tillfrisknandet. Parallellt från detta resultat till referensramen Katie Eriksson (1993) kan alla enligt henne utföra en naturlig vård, det är en kärlekshandling som är ett sätt att bry sig om en annan människa.

Resultatet beträffande kategorin *positiva upplevelser* ökade partnerns välbefinnande när den som insjuknat i stroke visade förbättring och anpassning till den nya livssituationen. Partnerns psykologiska välbefinnande påverkades också av tillståndet hos den insjuknade (Forsberg-Wärleby et al., 2004). Känslan av sammanhang var viktig för partnerns upplevelse av hur det framtida livet kom att gestalta sig. Det var viktigt att sjuksköterskan stöttade partnern i att få en känsla av meningsfullhet, begripbarhet och hanterbarhet för att förstå vad som hände och vilka konsekvenser det kunde bli (Forsberg-Wärleby et al., 2002a). Tecken på förbättring hos den som insjuknat i stroke ingav hopp och optimism om framtiden (Lindquist & Dahlberg, 2002). Partnern hade en förhoppning om att framtiden kom att bli lättare. Hjälpmidlen ökade självständigheten hos den som insjuknat i stroke och var en avlastning för partnern. Hjälpmiddel skapade även trygghet och självständighet för båda parter vilket underlättade det dagliga livet (Pettersson et al., 2005). Detta resultat styrktes av Bluvol och Ford-Gilboe (2003) som kom fram till i sin undersökning att hopp påverkade partnerns motivation, målmedvetenhet och anpassning till den förändrade livssituationen. Om de inblandade var mer hoppfulla upplevde de en högre livskvalitet trots att de kom att leva med funktionshinder i framtiden. Även RustØen (1993) styrkte resultatet då hon uppgav att hopp, mening, gemenskap och identitet var värden som var betydelsefulla komponenter för hur människor upplevde välbefinnande och livskvalitet. För

att vända svåra upplevelser till mognad, utveckling och ökad livskvalitet fodrades egen insats, ett konstruktivt nätverk och en positiv miljö. Hur individen själv upplevde sitt liv var centralt och det var endast den enskilde som kunde bedöma om livet hade ett värde. Lazarus och Folkman (1991) uppgav i sin undersökning att många partner trots den svåra livssituationen fick en förändrad livssyn och kunde hitta nya vägar för att orka fortsätta. Det kunde vara en stund för sig själv eller att få göra något spontant utan att alltid behöva planera. Bara en kort tids lättnad från ansvaret gjorde att partnern kunde klara sig en lång tid. Allt eftersom tiden gick kunde partnern uppleva livstillfredsställelse och bygga upp ett nytt liv tillsammans med den som insjuknat i stroke. Efter en tid i hemmet började partnern att inse och försöka acceptera att livet förändrats. De lärde sig att acceptera och hitta egna copingstrategier. RustØen (1993) skrev att det inte alltid var lidande som utgjorde hinder för upplevd livskvalitet. Lidande kunde vara positivt genom att individen efter en svår period i livet satte större värde på de goda dagarna. Efter sjukdom sade många att sjukdomen varit en svår upplevelse, men att de trots allt vuxit genom erfarenheten. De blev mera medvetna om sig själva och sitt liv och uppskattade sådant som de kanske tidigare räknat som självklart. Bland annat hände det att individen kom närmare sin familj och vänner i en sådan situation. Att insjukna i sjukdom påminde individen om vad som var viktigt i livet. Om vi upplevde att vår livstid var begränsad, ställer vi oss ofta frågor om hur vi lever livet idag och hur den tid vi har kvar bör användas. Sjukdom var en av många faktorer som påverkade en människas livskvalitet. En och samma sjukdom kunde bemästras av den ena människan men fick den andra människan att helt ge upp. Det var andra faktorer hos oss själva än sjukdomen som bidrog till att bestämma vår livskvalitet.

Antonovsky (1991) skrev att den mänskliga tillvaron var full av påfrestningar som motgångar, krav och konflikter som måste lösas. En del individer klarade svåra påfrestningar med hälsan i behåll och denna motståndskraft berodde på vår känsla av sammanhang. Det innebar i vilken utsträckning som vi upplevde tillvaron som meningsfull, begriplig och hanterbar. Desto mer känsla av sammanhang som individen besatt desto större var förmågan att hantera de utmaningar i livet som därmed skapade en större möjlighet att uppleva en fortsatt mening i livet. Denna känsla byggdes upp redan i barndomen och inverkade på vår hälsa. Känsla av sammanhang definieras som:

*En global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomgripande och varaktig men dynamisk tillit till att ens inre och yttre värld är förutsägbar, och att det finns en hög sannolikhet för att saker och ting kommer att gå så bra som man rimligen kan förvänta sig. (Antonovsky: 1991, s.13)*

Vi ansåg att folk i allmänhet verkade tro att det är en jobbig och svår situation att hamna i om dess partner skulle insjukna i stroke. Vårt resultat visade att livssituationen till en början var en påfrestande och komplex situation för båda parter men att den på sikt förändrades eftersom de då kunde se det positiva med den nya situationen. Den förändrade livssituationen upplevdes olika beroende på vad individen bar med sig sedan tidigare. Detta styrks i bilaga 4 av de kvantitativa artiklarna då positiva upplevelser var mest representerat i tabellen.

Beträffande *negativa upplevelser* kunde partnern uppleva ensamheten som plågsam och

beskrev den som total hjälplöshet och övergivenhet (Lindquist & Dahlberg, 2002). Partnern upplevde social isolering och rädsla för att lämna den som insjuknat i stroke ensam (Pettersson et al., 2005). Anderson et al. (1995) styrkte det i sin undersökning genom att partnern kände ett utanförskap och upplevde att ingen såg deras behov. Detta underminerade självförtroendet och skapade en känsla av otillräcklighet. Rollerna i äktenskapet blev annorlunda när partnern fick ta över uppgifter som tidigare utförts av den som insjuknat i stroke. Den äktenskapliga lyckan minskade och det sociala livet inskränktes. I resultatet framkom även att behoven hos den som insjuknat i stroke orsakade begränsningar i sociala livet och förändring i relationen till sin partner. Partnern kunde inte träffa vänner och släkt som tidigare och fritidsaktiviteterna minskade dramatiskt. De upplevde att de inte hade någon tid för sig själv, speciellt möjligheten till spontana aktiviteter försvann. Detta skapade slitningar i förhållandet och en känsla av att inte räkna till (Forsberg-Wärleby et al., 2002b). Partnern upplevde sig stressad i den nya situationen och det gjorde att det inte fanns tid till att bearbeta sina känslor kring händelsen. En annan förändring som upplevdes var att de ständigt måste vara uppmärksamma, dels för att de kände att de inte riktigt kunde lita på att den som insjuknat i stroke kunde klara sig själv och dels av rädsla för återinsjuknande (Forsberg-Wärleby et al., 2002a). Detta resultat kunde vi knyta an till Eriksson (1994) som påstod att en förändrad livssituation kunde innebära ett livslidande för både den som insjuknat och dess partner och den plågsamma ensamhetskänslan som innebar ett lidande.

I resultatet framkom att partnern upplevde ensamhet och social isolering. Vi ansåg att det kanske var en psykisk ensamhet som partnern upplevde eftersom det fanns strokeföreningar som anordnade träffar där den fysiska ensamheten då kunde tillfredställas. Alla använde sig kanske inte av föreningarnas sociala hjälp, men det verkade som att deltagarna i studien hade släkt och vänner som stöttade och då borde den fysiska ensamheten ha tillfredställts, men att den psykiska ensamheten upplevdes trots allt.

Erikssons teori om livslidande stämde väl överens med den oro som partnern upplevde då den andra partnern insjuknat i stroke. Eriksson (1994) menade att människans själsliga lidande är mestadels från upplevelser av förnedring, skuld och skam som kan orsakas av sjukdom eller dåligt bemötande. Vi ansåg att partnern upplevde oro då livssituationen påverkades för individen i samband med insjuknandet i stroke. Eriksson (1993) betonade att i en anda av kärlek, tro och hopp förmedla en barmhärtighet som innebär att hjälpa människan med det den behöver. Hoppet, ansåg vi även knöts an till framtiden och dess förändringar som även var av betydelse för partners känsla av hantering av den förändrade livssituationen. Eriksson (1994) menade att lidande förekommer överallt och att alla människor kommer någon gång i sitt liv i kontakt med lidandet och då har hoppet en betydande funktion hos den enskilde individen i hanteringen av lidandet.

Vi ansåg att människor hanterade en förändrad livssituation på olika sätt och alla har olika medfödda copingkapaciteter och känsla av sammanhang som framträdde i den förändrade livssituationen. Eriksson, Bondas-Salonen, Herberts et al., (1995) menade att lidandet var till för livsprocessen då det pekade mot behovet av förändring i en biologisk, psykologisk och en existentiell aspekt. Vi ansåg att partnern växte genom den erfarenhet som den upplevt då andra parten insjuknat i stroke genom att vardagslivet kunde rubbas och livsvärlden kunde förändras till det sämre och ett lidande kunde då uppstå. Eriksson (1994)

uttryckte att om individen finner en mening i lidandet så kan livsvärlden förändras till det bättre och därigenom kan individen finna en mening med tillvaron och uppnå välbefinnande.

## SLUTSATS

Resultatet i vår litteraturstudie visade att *förändrad livssituation, positiva och negativa upplevelser* och *oro* präglade livssituationen av hur partnern upplevde livet och att livssituationen kunde påverkas på många sätt. Arbetet skall förhoppningsvis bidra till en ökad förståelse av hur livssituationen påverkas för partnern till den som insjuknat i stroke. Det är viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar och förstår hur värdefull kunskapen och därmed insikten i partnerns upplevelse av situationen för att därmed bättre bemöta partnern utifrån denna vetenskap om hur livssituationen påverkas. Vi fann även att partnerns upplevelse följde en viss struktur över tiden, att det direkt efter hemkomst var en tung och komplex situation som upplevdes men med tiden accepterades händelsen och det positiva med tillvaron kunde ses. Genom vårt resultat kan vi skapa förståelse och kunnskap för att på bästa sätt hjälpa den enskilda individen att förbättra sin situation. För att skapa förståelse för partnerns situation måste sjuksköterskan inhämta kunskap utifrån partnerns situation.

Vår litteraturstudie väckte ytterligare frågor och vi ansåg att det behövs mer forskning om män och kvinnor upplever det olika av att vårdas av sin partner. Det vore intressant att undersöka hur partnern upplevde bemötandet ifrån sjuksköterska då den som insjuknat i stroke ligger inlagd på en avdelning på sjukhuset. För att få mer kunskap om svenska förhållanden och upplevelsen av livssituation så behövs mer kvalitativ omvårdnadsforskning i Sverige. Vi anser att denna erhållna kunskap har betydelse för sjuksköterskan. Det är viktigt att kunna reflektera över en medmänniskas situation. Vi har genom studien fått en djupare förståelse för partnern och en insikt och kunskap inför bemötandet med anhöriga. Alla individer är unika med egna tankar, upplevelser och förväntningar som bör respekteras och bemötas beroende på var individen befinner sig i livet. Utgår sjuksköterskan från dessa tankar så underlättas därmed situationen för alla inblandade parter. I framtiden kan insikten av känsla av sammanhang ses som ett betydelsefullt hjälpmedel för att sjuksköterskan ska bättre förstå innebörden av hur partnern upplever sin livssituation.

## REFERENSER

- Anderson, C.s., Linto, J., & Stewart-Wynne, E.G. (1995). A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*, 26, 843-849.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Huddinge: Natur och Kultur.
- Berglund, A-L., Claesson, D., & Kröldrups, R. (2006). Quality of Life: young people's interpretation of the concept. *Vård I Norden*, 26, 4-8.
- Bluvol, A., & Ford-Gilboe, M. (2003). Hope, health work and quality of life in families of stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 322-332.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B., & Fagerberg. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Engelsk-svensk ordbok. (1983). *Engelsk-svensk ordbok*. Uppsala: Almqvist & Wiksell Tryckeri AB.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar*. Sverige: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé*. Stockholm: Nordstedt Förlag AB.
- Eriksson, K. (1986). *Inroduktion till vårdvetenskap*. Stockholm: Nordstedt Förlag AB.
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Nordstedt Förlag AB.
- Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. Stockholm: Nordstedts Förlag AB.
- Eriksson, K. (1993). *Pro Caritate – en läges bestämning av caritativ vård*. Åbo: Åbo Akademiens tryckeri.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöf: Liber Utbildning.
- Eriksson, K., Bondas-Salonen, T., Herberts, S. et.al. (1995). *Den mångdimensionella hälsan – verklighet och visioner*. Vasa: Vasa sjukvårdsdistrikt SKN & Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademin.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Forsberg-Wärleby, G., Möller, A., & Blomstrand, C. (2002a). Spouses of first-ever stroke patients: their view of the future during the first phase after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 16, 506-514.

- Forsberg-Wärleby, G., Möller, A., & Blomstrand, C. (2002b). Spouses of first-ever stroke victims: sense of coherence in the first phase after stroke. *J Rehabil Med*, *34*, 128-133.
- Forsberg-Wärleby, G., Möller, A., & Blomstrand, C. (2004). Psychological well-being of spouses of stroke patients during the first year after stroke. *Clinical Rehabilitation*, *18*, 430-437.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today*, *24*, 105-112.
- Gustavsson, L. (2007). *Academic Search Elite*. Hämtat 19 april 2007 från World Wide Web: <http://www.mah.se>. (2007-04-19).
- Han, B., & Haley, W.E. (1999). Family caregiving for patients with stroke. *Stroke*, *30*, 1478-1485.
- Hedner, P. (2003). *Invärtes medicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Jakobsson, U., Hallberg Rahm, I., & Westergren, A. (2004). Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality of Life Research* *13*, 125-136.
- Jekander, A. (2003). *Det gick en propp*. Falun: ScandBook AB.
- Larson, J., Franzén-Dahlin, Å., Billing, E., Von Arbin, M., Murray, V., & Wredling, R. (2005). Predictors of quality of life among spouses of stroke patients during the first year after the stroke event. *Nordic College of Caring Sciences*, *19*, 439-445.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1991). *Stress and coping- an anthology*. New York: Colombia university press.
- Lindquist, I., & Dahlberg, K. (2002). Att vara anhörig till någon som just drabbats av stroke. *Vård i Norden*, *22*, 4-9.
- Löwenadler, A-G., & Persson, H. (1995). *Strokepatienters och anhörigas upplevelser och samverkan första tiden efter insjuknandet*. Karlskrona: BIH.
- Nationalencyklopedin. (2007). *Uppleva*. Hämtat 24 april 2007 från World Wide Web: <http://www.ne.se>.
- Nilsson, I., Axelsson, K., Gustafson, Y., Lundman., & Norberg. (2001). Well-being, sense of coherence, and burnout in stroke victims and spouses during the first few months after stroke. *Nordic College of Caring Sciences*, *15*, 203-214.
- Nordenfelt, L. (1991). *Livskvalitet och Hälsa*. Falköping: Almqvist & Wiksell Förlag AB.



- Nyman, H., & Bartfai, A. (red.) (2000). *Klinisk neuropsykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Pettersson, 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, 159-169.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1997). *Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization*. (4:e rev. Uppl.) Philadelphia: Lippincott.
- Riks-Stroke. (2004). Analyserande rapport 2003 Riks-Stroke för helåret 2003. Västerbotten: Västerbottens läns landsting. Hämtat 19 april 2007 från World Wide Web: <http://www.riks-stroke.org>.
- RustØen, T. (1991). *Livskvalité*. Arlöv: Almquist & Wiksell.
- Sit, JWH., Wong, TKS., Clinton, M., Li, LSW. & Fong, Y. (2004). Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 816-824.
- Socialstyrelsen. (1997). *Boken om stroke. Kvalitet i alla led*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005 Kortversion för politiker och tjänstemannaledningen*. Hämtad 2007-05-02 från <http://www.socialstyrelsen.se>.
- The WHOQOL group. (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Social Science & Medicin*, 41, 1403-1409.

**Bilaga 1**  
**Artikelsökning**

<b>Databas:</b> <b>Academic Search Elite</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
S1	Stroke	5055	0
S2	stroke AND spouse	34	0
S3	Stroke AND spouse AND Sweden	9	3

<b>Databas:</b> <b>CHINAL</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
S1	cerebral vascular accident	9723	0
S2	cerebral vascular accident AND spouses	67	0
S3	cerebral vascular accident AND spouses AND Sweden	8	2

<b>Databas:</b> <b>Medline</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
S1	cerebral vascular accident	21072	0
S2	cerebral vascular accident AND spouse	39	0
S3	cerebral vascular accident AND spouse AND Sweden	7	1

<b>Tidskrift:</b> <b>Vård i Norden</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
S1	Stroke	7	1

**Bilaga 2**  
**Artikelöversikt**

<b>Författare</b>	<b>Titel/Tidskrift</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>
Forsberg-Wärleby, G., Möller, A. & Blomstrand, C. (2002).	Psychological well-being of spouses of stroke patients during the first year after stroke.  <i>Clinical Rehabilitation</i>	Undersöka hur anhörigas psykiska välbefinnande förändras under det första året.	67 anhöriga deltog i studien. Longitudinell analys.  Kvalitativ studie.	Psykiska välbefinnandet var betydligt lägre den första tiden jämfört med efter ett år.
Forsberg-Wärleby, G., Möller, A. & Blomstrand, C. (2002).	Spouses of first-ever stroke victims: sense of coherence in the first phase after stroke.  <i>J Rehabil Med.</i>	Undersöka sambandet mellan anhörigas känsla av sammanhang, uppfattning av livstillfredsställelse, psykologiskt välbefinnande samt synen på framtiden.	83 anhöriga deltog i studien. Strukturerade intervjufrågor med öppna svar baserade på erfarenheter om livet innan strokeincident och synen på framtiden.  Kvalitativ och kvantitativ studie.	Anhöriga med mindre känsla av sammanhang hade lägre psykiskt välbefinnande och en mer negativ syn på framtiden.
Forsberg-Wärleby, G., Möller, A. & Blomstrand, C. (2002).	Spouses of first-ever stroke patients: their view of the future during the first phase after stroke.  <i>Clinical Rehabilitation.</i>	Undersöka anhörigas uppfattningsförmåga av det dagliga livet i framtiden.	83 anhöriga deltog. Intervjuer med öppna frågor baserade på fyra olika kategorier.  Kvalitativ och kvantitativ studie.	Sensoriska handikapp hade störst påverkan på de anhörigas syn på framtiden, de hade en mer positiv syn.

<b>Författare</b>	<b>Titel/Tidskrift</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>
Larson, J., Franzén-Dahlin, Å., Billing, E., Von Arbin, M., Murray, V., & Wredling, R. (2005).	Predictors of quality of life among spouses of stroe patients during the first year after the stroke event.  <i>Nordic College of Caring Scienses.</i>	Urskilja faktorer som påverkar välbefinnande för partnern till den som insjuknat i stroke, och sedan se hur det förändras under det första året efter strokeincidenten.	100 anhöriga deltog i studien. Regressionsanalys har använts.  Kvantitativ studie.	Psykosociala faktorer, livssituation, välbefinnande, socialt umgänge, utbildning och ekonomi är faktorer som påverkar livskvaliteten.
Lindquist, K. & Dahlberg, K. (2002).	Att vara anhörig till någon som just drabbats av stroke.  <i>Vård i Norden.</i>	Undersöka hur de anhöriga erfar sin situation, för att kunna ge dem stöd i den nya livssituationen.	5 anhöriga deltog i studien. Fenomenologisk analys är använd  Kvalitativ studie.	Anhöriga erfar en förändrad livssituation. Individuella bemästringsstrategier används för att anpassa sig till den nya situationen.
Nilsson, I., Axelsson, K., Gustafson, Y., Lundman, B., & Norberg, Astrid. (2001).	Well-being, sense of coherence, and burnout in the stroke victims and spouses during the first few months after stroke.  <i>Nordic College of Caring Siciences.</i>	Belysa välbefinnande och känslan av sammanhang samt utbrändhet under de första fem månaderna efter strokeincidenten.	10 som insjuknat i stroke deltog med sina anhöriga i studien. Intervjustudie med öppna frågor samt tre frågeformulär med öppna svar.  Kvalitativ studie.	Att hantera situationen efter hemkomst var mycket stressande för båda parter. Känsla av sammanhang påverkar bearbetningen av situationen och rollbyte påverkar välbefinnandet.

<b>Författare</b>	<b>Titel/Tidskrift</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>
Pettersson, I., Berndtsson, I., Appelros, P., & Ahlström, G. (2005).	Lifeworld perspectives on assistive devices: Lived experiences of spouses of persons with stroke.  <i>Scandianvian Journal of Occupational Therapy.</i>	Undersöka hur anhöriga till den som insjuknat i stroke beskriver sin upplevda erfarenhet beträffande hjälpmedel i det dagliga livet.	12 anhöriga deltog i studien. Fenomenologisk analys har använts.  Kvalitativ studie.	Subjektiv kropp påverkar känslor och vanor. Hjälpmedlen, sett från anhörigas perspektiv är en förutsättning för att den som insjuknat i stroke ska kunna bo hemma.

### Bilaga 3 Exempel av analysarbetet av kvalitativa artiklar

Meningsbärande enhet	Översättning	Kondensering	Kod	Sub-kategori	Huvud-kategori
There are also more negative feelings such as anxiety, frustration, and exhaustion when the spouse has to bear the main responsibility for the proper functioning of everyday life.	Där är också många negativa känslor som ångslan, frustration and utmattning när anhöriga måste bära ansvaret för uppgifterna i vardagen.	Frustration, utmattning och ångslan över ansvaret i vardagen.	Vardagen påverkas	Roller	Förändrad livssituation
Spouses individual life situations and coping abilities seem to be of relatively increasing importance for their continued well-being	Partners unika livssituation och handlingsförmåga tycks vara av ökande betydelse för deras fortsatta välbefinnande	Unika livssituationen och handlingsförmågan påverkar välbefinnandet		Coping-strategier	Positiva upplevelser
-	Den sjukas symtom begränsar möjligheten till umgänge och gör att friheten i val av aktivitet, är begränsad och upplever genom detta en social isolering och ensamhet	Fritidsaktiviteter och umgänge upplevs begränsat och skapar social isolering	Social ensamhet	Ensamhet	Negativa upplevelser
Spouses' worries about the future is a heavy burden for them. They worry about their partner's becoming worse and thereby more dependent on assistive devices, and about their own capacity to help, mentally and physically.	De anhöriga oroar sig för att framtiden är en stor börda för dem. de oroar sig även för att partnern blir sämre och mer beroende av hjälpmedel och om deras egen kapacitet till hjälp, mentalt och fysiskt.	Anhöriga oroar sig över framtiden och att den som insjuknat i stroke ska bli mer beroende av hjälpmedel	Oro inför framtiden	Framtiden	Oro

#### Bilaga 4 Exempel av analysarbetet av kvantitativa artiklar

“At baseline, life situation, general well-being and own illness were significant predictors of perceived general Quality of Life (QoL), and present economic situation, Sense of Coherence (SOC) and Availability of Social Integration (AVSI) also improved the regression model, although with p-values of >0.05.” (Larson, Franzén-Dahlin, Billing, Von Arbin, Murray & Wredling, 2005, s. 442).

Huvudkategori	Forsberg-Wärleby, G., Möller, A. & Blomstrand, C. (2002).  Spouses of first-ever stroke victims: sense of coherence in the first phase after stroke.	Forsberg-Wärleby, G., Möller, A. & Blomstrand, C. (2002).  Spouses of first-ever stroke patients: their view of the future during the first phase after stroke.	Larson, J., Franzén-Dahlin, Å., Billing, E., Von Arbin, M., Murray, V., & Wredling, R. (2005).  Predictors of quality of life among spouses of stroke patients during the first year after the stroke event.
Förändrad livssituation	6	4	3
Positiva upplevelser	29	11	17
Negativa upplevelser	5	6	14
Oro	0	0	0