

# **Livskvalitet och mental hälsa hos närståendevårdaren**

Julia Backman

Julia Backman

Examensarbete

Vård

Julia Backman

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	2917
Författare:	Julia Backman
Arbetets namn:	Livskvalitet och mental hälsa hos närståendevårdare
Handledare (Arcada):	Bettina Stenbock-Hult
Uppdragsgivare:	Arcadas projekt Sufacare
<p><b>Sammandrag</b></p> <p>Undersökningen baserar sig på hur livskvalitet och mental hälsa påverkar närståendevårdaren. Det är ett Arcada projekt som heter Sufacare- supporting Family Caregivers and receivers in Finland and Estonia.</p> <p>Undersökningen består av vetenskapliga artiklar, där det i bakgrundsmaterialet finns 7 artiklar från olika länder medan jag i mitt analysmaterial har 8 artiklar från Norden.</p> <p>Teorin i mitt arbete tar upp livskvalitet och mental hälsa. Arbetets centrala frågor är: Hur upplever närståendevårdaren livskvalitet? Vad påverkar livskvalitet och mental hälsa? Vad har närståendevårdaren för önskemål om stöd? Finns det någonting sjukskötaren kan göra för att stöda närståendevårdaren? De 8 artiklarna analyserades med innehållsanalys utgående från mina frågor.</p> <p>Resultateten visade att de sociala relationerna var en av de viktigaste faktorerna för närståendevårdaren och detta påverkade livskvaliteten och mentala hälsan. Även behovet av stöd var viktigt. De centralaste teman som steg fram var: känslor, interpersonella relationer, hot mot livet, välbefinnande, omsorg, bekvämligheter, stöd och trygghet.</p>	
Nyckelord:	Närståendevårdare, livskvalitet, mental hälsa
Sidantal:	69
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Health care
Identification number:	2917
Author:	Julia Backman
Title:	Livskvalitet och mental hälsa hos närståendevårdare
Supervisor (Arcada):	Bettina Stenbock-Hult
Commissioned by:	Arcada's project Sufacare
<p>Abstract:</p> <p>The studie is based on how quality of life and mental health affects caregiver. It is an Arcada project called Sufacare-Supporting Family Caregivers and receivers in Finland and Estonia.</p> <p>The research is based on scientific papers, where the background material consists of 7 articles from different countries, while in the research material there are 8 articles from the Nordic countries.</p> <p>The theory in my work deals with quality of life and mental health. The work's central questions are: How do family caregivers experience quality of life? What affects the quality of life and mental health? What kind of requests for assistance do family caregivers have? Is there anything a nurse can do to support family caregivers. The 8 articles were analyzed using content analysis based on my questions.</p> <p>The results show that social relationships were one of the most important Factors for family caregivers and this affected the quality of life and mental health. Also the need for support was important. The key themes that came forward were: the emotions, interpersonal relations, threats to life, welfare, care, comfort, support and security.</p>	
Keywords:	Family caregiver, quality of life, mental health,
Number of pages:	69
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

<b>1</b>	<b>INLEDNING.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>SYFTE OCH PROBLEMSTÄLLNING.....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>FRÅGESTÄLLNING.....</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>TIDIGAREFORSKNINGAR.....</b>	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>PRESENTATION AV ANALYSMATERIALET.....</b>	<b>11</b>
5.1	Livskvalitet och stress hos närståendeårdaren vid vården av en patient som lider av någon sjukdom.....	11
5.2	Interaktionen mellan närståendevårdaren och sjukskötaren samt olika stödförelser.....	18
5.3	Situationer hur man hanterar stressfyllda situationer, vård, stöd och mental hälsa.....	21
5.4	Sammanfattning av tidigare forskning.....	22
<b>6</b>	<b>TEORETISKREFERENSRAM.....</b>	<b>23</b>
6.1	Livskvalitet och mental hälsa.....	23
6.1.1	Livskvalitet.....	24
6.1.2	Psykisk hälsa.....	26
6.2	Sammanfattning av teoretiskreferensram.....	30

<b>7</b>	<b>METOD.....</b>	<b>31</b>
7.1	Innehållsanalys.....	31
<b>8</b>	<b>PRESENTATION AV ANALYSMATERIALET.....</b>	<b>33</b>
8.1	Strategier och aktiviteter i vården.....	33
8.2	Närståendevårdarens behov av stöd och hjälp.....	35
8.3	Effekten av livskvalitet och stress hos närståendevårdare.....	40
8.4	Sammanfattning av analysmaterialet.....	46
<b>9</b>	<b>RESULTATREDOVISNING.....</b>	<b>47</b>
9.1	Upplevelsen av livskvalitet och mental hälsa.....	48
9.2	Faktorer som påverkar livskvalitet och mental hälsa.....	50
9.3	Önskemål om stöd.....	52
9.4	Sammanfattning av resultatredovisning.....	53
<b>10</b>	<b>DISKUSSION.....</b>	<b>55</b>
<b>11</b>	<b>KRITISK GRANSKNING.....</b>	<b>57</b>
	<b>KÄLLOR.....</b>	<b>60</b>

## **BILAGOR**

Bilaga 1 Översikt på tidigare forskningar (tabell 1).....	62
Bilaga 2 Översikt på analysmaterialet (tabell 2).....	64
Bilaga 3 Tabell 3 och 4.....	66
Bilaga 4 Tabell 5 och 6.....	67
Bilaga 5 Tabell 7 och 8.....	68
Bilaga 6 Tabell 9 och 10.....	69

# 1. INLEDNING

Vi lever allt längre och antalet äldre av befolkningen ökar dag för dag och vårdplatserna på anstalter är begränsade. I detta fall är behovet av närståendevårdaren stort. Man tänker inte alltid på hur viktiga de är och vi vet inte heller hur tungt det är att vara en närståendevårdare innan man själv hamnar i den situationen eller blir en närståendevårdare till någon nära i familjen.

Mitt arbete kommer att beröra livskvaliteten och den mentala hälsan hos närståendevårdaren. Jag valde detta tema p.g.a. att det är ett viktigt tema och alla kommer inte alltid att tänka på hur tungt det i själva verket kan vara att vara närståendevårdare, vilka negativa samt positiva konsekvenser det kan ha. Med hjälp av detta arbete hoppas jag att vi andra som inte är närståendevårdare kommer att få en bättre bild samt förstå hur tungt det är att vara en närståendevårdare. Ämnet är även viktigt för både sjukskötaren och närståendevårdaren eftersom de eventuellt kommer att samarbeta med varandra gällande vården.

Det är ett Arcada projektet och heter Sufacare – supporting Family Caregivers and receivers in Finland and Estonia. Forskningschefen i projektet är Jukka Surakka. Jag valde detta tema för att det är ett nytt ämne och det kommer att bli intressant att forska mera i det.



## **2. SYFTE OCH PROBLEMSTÄLLNING**

Syftet med mitt examensarbete är att få fram hur närståendevårdaren upplever mental hälsa och livskvalitet. Också det hur stort behovet att få stöd är i dagens läge. Därför vill jag med mitt arbete få fram stödbehovet och att mitt arbete även kan tjäna som ett hjälpmedel för både närståendevårdare och sjukskötare.

Jag tänker fokusera mitt arbete på närståendevårdaren och hur han/hon upplever mental hälsa och livskvalitet.

## **3. FRÅGESTÄLLNING**

Mina frågeställningar har jag gjort så att jag får fram så mycket viktig information som möjligt inom detta ämne.

1. Hur upplever närståendevårdare livskvalitet och mental hälsa?
2. Vad påverkar livskvalitet och mental hälsa?
3. Vad har närståendevårdare för önskemål om stöd?
4. Finns det någonting sjukskötaren kan göra för att stöda närståendevårdaren?

## **4. TIDIGARE FORSKNINGAR**

Jag valde att ta med tidigare forskning i mitt arbete för att få mera fram mera material så att jag kunde välja mina artiklar till analysmaterialet. Detta utgjorde även ett bra bakgrundsmaterial till min forskning.

Jag har använt mig av databaserna academic search elite och chinal. Jag började med att söka på academic search elite med många ord såsom: "mental health" or "happiness" or "stress management" or quality of life" or "life quality" or "wellbeing" or "well being" som jag sedan ändrade till titel och fortsatte med AND family caregiver, begränsade dem till fulltext och från 2000-talet framåt. Jag fick 164 träffar, som jag sedan gick igenom det abstrakta och valde de relevanta för mitt arbete.

Jag gjorde ytterligare en sökning på academic search elite där endast använde orden quality of life AND family caregiver, begränsade till fulltext och 2000-talet. Detta gav mig endast 38 träffar, vilket var ett mycket bättre sätt att söka på. Jag gick igenom alla 38 och valde de som är relevanta för mig.

På Chinal valde jag också att söka på orden mental health, som jag valde som abstrakt AND family caregiver. Detta gav mig endast 4 träffar varav jag valde ut 2.

Sökte också på PubMed där jag använde orden family caregiver and mental health in Scandinavia där jag valde fulltext, då fick jag 6 träffar, av dem valde jag en. Använde mig också av orden family caregiver and quality of life in Scandinavia där jag också valde fulltext och fick då 7 träffar, av vilka jag valde en.

Använde också Google Scholar där jag sökte på orden family caregivers quality of life in Scandinavia. Det kom 1100 träffar, men jag valde endast de som gick i fulltext. Av alla dem som jag gick igenom tog jag med 3.

<b>Databas</b>	<b>Ord</b>	<b>träffar</b>
Chinal	Mental helth AND family caregiver	4

Academic search elite	"mental health" or "happiness" or "stress management" or quality of life" or "life quality" or "wellbeing" or "well being" AND family caregiver	164
Academic search elite	Quality of life AND family caregiver	38
PubMed	Family caregiver and mental health in Scandinavia	6
PubMed	Family caregiver and quality of life in scandinavia	7
Google Scholar	Caregiver, Family caregiver, Scandinavia, Quality of life	1100

Har även manuellt gått igenom tidningen Gerontologia där jag valde att ta med två vetenskapliga artiklar till mitt analysmaterial.

Mitt bakgrundsmaterial består av 7 vetenskapliga artiklar från olika länder i världen och till mitt analysmaterial har jag 8 vetenskapliga artiklar som är begränsade till Norden.

## **5. PRESENTATION AV TIDIGARE FORSKNINGAR**

Jag valde att ta med 7 artiklar till presentationen. Kriterierna varför jag valde just de här 7 artiklarna var, att de var mest relevanta för min forskning. Jag gick till väga så, att kollade vad det stod i rubrikerna och efter det läste jag igenom det abstrakta och gjorde mitt

val utgående från det. För att göra det tydligare kommer jag att indela mina artiklar i tre grupper. Har också gjort en översikt på mina 7 vetenskapliga artiklar. *Bilaga 1*.

## **5.1 Livskvalitet och stress hos närståendevårdaren vid vården av en patient som lider av någon sjukdom**

Det är en hel del som påverkar livskvaliteten hos närståendevårdaren och även hela familjen. En kombination av psykiskt jobb, emotionell press, sociala begränsningar och ekonomiska problem. Allt detta förorsakar problem med hälsan. (Caqueo-Urizar & Gutierrez-Maldonado & Miranda-Castillo 2009)

I denna undersökning ville man få fram: Vilka faktorer som påverkar negativt på livskvaliteten hos närståendevårdaren, om livskvaliteten är avvikande hos närståendevårdaren i olika länder och vad borde man i framtiden inrikta sig på att forska i. (Caqueo-Urizar & Gutierrez-Maldonado & Miranda-Castillo 2009)

Metoden var en systematisk sökning på olika databaser mellan åren 1998-2008. Man gjorde en jämförelse mellan de olika forskningarna men det var inte så lätt eftersom många använde sig av olika metoder. Av de 258 artiklarna användes 37 st. till denna forskning. Och om det uppstod olika åsikter löstes problemet genom diskussion. (Caqueo-Urizar & Gutierrez-Maldonado & Miranda-Castillo 2009 )

Resultatet visar att förekomsten av psykiska symptom eller hur allvarlig sjukdomen är, är en viktig faktor som påverkar närståendevårdarens stress. Också depression och ångest påverkade närståendevårdarens hälsa. Deras eget jobb påverkades negativt eftersom

de var tvungna att lämna sitt jobb eller byta jobb. Och deras ekonomi blev lidande på grund av jobbbytet och de dyra behandlingarna. (Caqueo-Urizar & Gutierrez-Maldonado & Miranda-Castillo 2009)

I den andra forskning kommer det också fram att människor lever allt längre, händer mera olyckor, som i sin tur sedan har lett till att man sköter sina nära hemma och endast går till polikliniker ifall det behövs. Man har märkt inom hemvården att närstående vill sköta om sina anhöriga så långt det går, vilket har sina för- och nackdelar. (Kitrungrote & Cohen 2006)

Här kommer det också fram, att man gjort en del forskning angående livskvaliteten, där man kommit fram till liknande svar som i de tidigare forskningarna. Här definierar man att livskvaliteten är ett mångsidigt koncept där man menar att man kan indela det i en objektiv aspekt; psykiska och ekonomiska faktorer och subjektiv aspekt; känslan av att må bra, humöret och förmågan att uppnå sina mål. (Kitrungrote & Cohen 2006)

Man har använt sig av olika databaser och ord kring livskvalitet, närståendevårdare mm. De flesta forskningarna var gjorda i Canada och publicerade mellan 1991-2004. Man gick igenom 28 forskning, av vilka 16 st. fokuserade sig på olika grupper av närståendevårdare och 12 st. fokuserade sig på sambon eller någon partner. (Kitrungrote & Cohen 2006)

Man hade använt sig av flera olika instrument i forskningarna och sedan delat in dem i tre kategorier, som sedan hade sina små indelningar. Beskrivningen av livskvaliteten hos närståendevårdare inkluderade total livskvalitet, psykiska aspekter, psykologiska aspekter, sociala relationer och spirituella aspekter. Inflytande på närståendevårdarens livskvalitet som tar upp det positiva och negativa och delar in dem i 4 grupper; patient eller behandlingsrelaterade faktorer, den närståendes faktorer och vård relaterade fakto-

rer och sociala faktorer och till sist ingripande faktorer på förbättring.( Kitrungröte & Cohen 2006)

Man har kommit fram till lite olika resultat beroende på hur forskningen var gjord. Den totala livskvaliteten låg mellan låg och relativt hög. Vilket då berörde psykiska problem. I stort sätt kommer det fram att övergång till att börja sköta patienter hemma påverkar livskvaliteten, men man ser det som ett stort värde att sköta sina nära. (Kitrungröte & Cohen 2006)

I den tredje forskningen kommer det fram meningen med livskvaliteten hos närstående-vårdare som sköter om en patient som lider av alzheimers sjukdomen, och ta fram de faktorer som påverkar deras livskvalitet. (Piras & Vellone et al. 2007)

Det är mycket vanligt att när man insjuknar i alzheimer, så är det en närstående som tar över vården för henne/honom. Man vill inte lägga in på institution utan vill hålla hemma så länge det går. Största delen av vårdarna är kvinnor. Det är mycket tungt och stressande att ta hand om en person med alzheimer för både vårdaren och patienten, vilket i sin tur påverkar livskvaliteten. (Piras & Vellone et al. 2007)

Definition på livskvalitet i den här studien är rätt så samma som i de andra forskningarna. Man lägger tyngdpunkten på ekonomin, hemmet och fysiska funktionerna i hemmet, förmågan att jobba, det sociala nätverket, attityder, självkänsla, stress, depression, glädhet, meningen med livet, kultur, och humöret. Man kan säga, att det är både individuella faktorer och hela omgivningen som påverkar. (Piras & Vellone et al. 2007)

Faktorer som vårdarens ålder, psykiska hälsa, syfte i livet kunde också ses som ett tecken på god livskvalitet och ett bra socialt nätverk visa sig hjälpa vårdarens hälsa mentalt och psykiskt. De faktorer som påverkade negativt på livskvaliteten var dåliga familje-

förhållanden, dålig ekonomi, svårigheter i patientens beteende, svårigheter i vården. Det visade sig också att ifall patienten led av hallucinationer, depression, kognitiva problem, sömnlöshet och hetsning påverkade det vårdaren mycket negativt i form av depression och svår stress. Det är mycket vanligt att vårdaren upplever oro, ångest och depression. (Piras & Vellone et al. 2007)

Andra saker som vårdaren också måste tänka på var att ändra om hemmet så att personen med alzheimer har en trygg miljö omkring sig. Viktigt med de all dagliga sysslorna var att de fungerar så bra som möjligt och relativt självständigt. (Piras & Vellone et al. 2007.)

Studien var gjord på 32 informanter, 11 män och 21 kvinnor. Av patienterna var 21 sambon, 9 var barn och två stycken var vänner och den här studien genomfördes i Italien. Åldern var mellan 28-83 år och medelåldern var 62 år. 25 st. av vårdarna bodde med patienterna och skötte om den 15 h i dygnet. (Piras & Vellone 2007)

De frivilliga blev intervjuade utan patienten, tre frågor ställdes; Vad tror du att livskvalitet är när du tar hand om en patient med alzheimer? Vilka faktorer tror du att förbättrar din livskvalitet? Vilka faktorer tror du att förvärrar din livskvalitet? Informanterna fick fritt svara på frågorna och berätta om egna erfarenheter. Intervjun var ca en och en halv timme lång. (Piras & Vellone et al. 2007)

Man kunde kategorisera svaren in i tre olika grupper. Den första gruppen definierade meningen med livskvaliteten, de ord som de beskrev god livskvalitet var stillhet och lugn och psykologiskt välmående. Många berättade att de upplevde detta innan deras nära insjuknade, men efter att de blivit vårdare åt dem kunde de inte mera uppleva livskvaliteten på samma sätt. Nu var det viktigaste att kunna ge kärlek till den sjuka. (Piras & Vellone et al 2007)

Många förknippade också friheten till livskvaliteten, de menade att de hade ingen frihet att organisera sitt liv som de ville och gå vart de vill. Man måste alltid tänka på den andra. Och det var inte alltid det viktigaste att få gå någonstans utan att helt enkelt kunna slappna av och tänka på någonting annat. Andra benämningar var det allmänna välbefindandet, god hälsa och bra ekonomi. (Piras & Vellone et al. 2007)

Den andra gruppen; faktorer som förbättrar den närståendes livskvalitet. Där de intervjuade tog upp saker som god hälsa åt patienten, att man inte är bunden till patienten. En sade; ” Jag skulle uppleva god livskvalitet om jag kunde gå till gymmet och lämna min man ensam den stunden”. (Piras & Vellone et al. 2007 )

Den sista gruppen; faktorer som försämrar närstående vårdarens livskvalitet. Där den närstående bekymrade sig över hur allt skulle se ut i framtiden och vad som kommer att hända. Vilket sedan leder till stress som försämrar livskvaliteten. (Piras & Vellone et al. 2007 )

Kort kan man sammanfatta att meningen med livskvaliteten var att kunna uppleva lugn och stillhet och psykologisk välbefinnande. Och de faktorer som förbättrade livskvaliteten var god hälsa åt patienten, frihet och hjälp i vården medan det som försämrade livskvaliteten var stress och hur framtiden skulle se ut. (Piras & Vellone et al. 2007 )

I den fjärde forskningen ville man få vet om stress påverkar den närståendevårdaren ifall patienten lider av demens. Det kommer fram att demens är en tung sjukdom för både patienten och anhöriga, där den anhörige upplever ekonomisk, emotionell och psykisk stress. Vilket i sin tur inverkar negativt på livskvaliteten. (Kalokerinou & Papatavrou et al. 2007)



Målet var att undersöka hur stress påverkar närstående i vården och konsekvenser för mentala hälsan. Frågorna i denna studie var om det finns ett sammanhang mellan närståendes stress och depressionssymptom, har stress någon specifik relation till coping strategier och om patienten blir intagen på institution, framkallar det då stress åt närståendevårdaren. ( Kalokerinou & Papastavrou et al. 2007)

Man samlade in data med hjälp av fyra olika instrument; patientens beteende och kognitivitet, graden av stress på närståendevårdaren, närvaron av depressions symptom och strategier som närståendevårdaren använde sig att hantera i vården. Och dessa instrument använde man under intervjun. (Kalokerinou & Papastavrou et al. 2007)

Frivilliga familjer ställde upp i intervjun som utfördes hemma, 172 st. deltog. De flesta patienterna led av alzheimer och bodde hemma medan några bodde på institutioner. Av de 172 deltagande var 40 män och 132 var kvinnor. (Kalokerinou & Papastavrou et al. 2007)

Resultatet visar att hela 68 % av närståendevårdarna led av hög stress och 65 % kände symptom av depression. Stress var också relaterat till könet på närståendevårdaren, inkomst och vilken grad av utbildning. Men det var ingen skillnad på graden av stress om patienten kunde bo hemma eller på institution. Om närståendevårdarna led av stress hängde det oftast ihop med emotionella problem gällande coping strategier och de som led av mindre stress fokuserade sig på att lösa problemet i vården. (Kalokerinou & Papastavrou et al. 2007)

## **5.2 Interaktionen mellan närståendevårdare och sjukskötare samt olika stödformer**

I den femte forskningen var målet att beskriva förändringen av mental hälsa hos närståendevårdare som har ett barn med ett intellektuellt handikapp. Och hur ett hemprogram påverkar det psykiska välmående. (Shu & Lung Et al. 2002)

Det här är mycket tungt för föräldrarna att acceptera eftersom ett handikapp blir bättre, samt jobba med en känsla av misslyckande och skam som barnet kan förorsaka. Det har också kommit fram, att en mamma som har ett barn med ett handikapp lider av depression och ångest jämfört med en mamma som har ett friskt barn. ( Shu & Lung et al 2002)

Det är viktigt att komma ihåg, att för en vårdare som dagligen ger vård och hjälper barnet i längre perioder, kommer välmående att bli sämre. Därför är det viktigt att vårdaren också får emotionellt stöd och passande hjälp med vården. (Shu & Lung Et al. 2002)

Genom att acceptera hjälp från andra t.ex. i detta fall ett hemprogram, har haft en positiv inverkan på närståendevårdaren, det har minskat stressen. Detta ger också möjligheten åt närståendevårdaren att spendera tid med resten av familjen och vännerna. (Shu & Lung Et al. 2002)

Det ingick 46 vårdare i denna studie som hade barn med ett handikapp. Denna grupp tog alla emot hjälp av ett hemprogram. Barnen kunde t.ex. lida av Downs syndrom. Men beroende på deras sätt att klara sig blev de indelade i två olika grupper. (Shu & Lung Et al. 2002)

Detta hemprogram bestod av ett team av psykiatriker, sjukskötare och socialarbetare. Teamet hjälpte närståendevårdaren hemma med de olika sysslorna och att lösa olika slags problem, som kunde uppstå. (Shu & Lung Et al. 2002)

Man använde sig i denna studie av ett frågeformulär (Chinese Health Questionnaire (CHQ) ) för att få fram det psykiska välmående. Det finns två versioner av detta frågeformulär, ett med 12 frågor och ett med 30 frågor. I detta fall använde man sig av det med 12 frågor, för det har använts många gånger och är mera pålitligare. (Shu & Lung Et al. 2002)

I frågeformuläret ingick också frågor om ålder, kön, ekonomiska situationen, förhållandet till barnet och barnets kön. (Shu & Lung Et al. 2002)

Antalet vårdare var 46, av vilka 4 var manliga vårdare och 42 var kvinnliga. Majoriteten av vårdarna var mamman men det förekom också morföräldrar och pappan. Ekonomiska förhållandena var i den lägre klassen. Det visade sig att en mamma som hade ett handikappat barn upplevde mera stress och den mentala hälsan påverkades mera jämfört med en mamma som hade ett friskt barn. (Shu & Lung Et al. 2002)

I den sjätte forskningen kommer det mera fram om samarbete mellan en sjukskötare och närståendevårdaren. Det tas inte klart upp vilka faktorer som påverkar närståendevårdaren, endast att det är tungt att sköta om någon nära. Men det kommer bra fram att det är viktigt att kunna samarbeta och kunna se andras behov. (Jeon.2004)

Här kommer det också fram hur tungt det är att ta hand om en nära som lider av depression, hur det påverkar hela familjen. Men en ny organisation hjälper närståendevårdarna genom skicka ut sjukskötare till hjälp. Och på samma gång får man se hur sjukskötaren bygger upp en relation till närståendevårdaren och inte till själva patienten. (Jeon. 2004)

Man ville också göra den här studien p.g.a. att depression är den vanligaste psykiska sjukdomen hos äldre. Och då man lider av depression påverkar det ens dagliga liv negativt samt det sociala livet. Och vill det sig riktigt illa kan personen också lida av självmordstankar. (Jeon. 2004)

Insamlingen av data höll på i 18 månader, där man gjorde individuella djupintervjuer med sjukskötaren och närståendevårdaren. Intervjuerna räckte mellan 45-90 minuter och blev bandade. Efter detta gjorde man ännu en semistrukturerad intervju där färdiga kategorier fanns. Man gjorde också observationer då sjukskötaren gjorde sina hembesök och de varade från 15-45 minuter. Alla svar undersöktes och jämfördes sedan med varandra. (Jeon. 2004)

I den här studien avslöjar man att när det gäller sjukskötare-närstående relationen försöker man befrämja växelverkan mellan dem. Hela processen ”Shaping mutuality” kan delas in i tre utvecklingskategorier: Brist på gemensamhet, ofullständig gemensamhet och skapande/konstruktiv gemensamhet. Med hjälp av dessa lär sig både sjukskötaren och närståendevårdaren att samarbeta och uppnå sina mål. (Jeon. 2004)

**Brist på gemensamhet** (lack of mutuality): Både sjukskötaren och närståendevårdaren har båda ett mål och det är att hjälpa patienten att leva med sin sjukdom. För att detta skall fungera måste båda kunna prata med varandra samt uttrycka känslor, fungera med varandra och ha förståelse för varandra. Den här fasen har att göra med sjukskötarens och närståendevårdarens passiva attityd och hur de kan behärska sig mot varandra. Och att det båda har patienten i fokus och på samma gång medger hur viktigt det är att vara beroende av varandra. Växelverkan mellan sjukskötaren och närståendevårdaren kretsar kring de bekymmer patienten har. Då det uppstår missförstånd mellan varandra leder det till negativa känslor mot varandra. (Jeon. 2004 )

**Ofullständig gemensamhet** (partial mutuality): Här har de en begränsad förståelse för varandra och försöker överkomma tidiga utmaningar i deras relation genom att visa förståelse och öppenhet, visa intresse för varandra, accepterar att det kan förekomma olika perspektiv på saker och att de är villiga att ändra på attityder då det behövs. Detta krävs att sjukskötaren förstår närståendevårdarens behov. För att uppnå denna fas är det viktigt att sjukskötaren kan göra saker för närståendevårdaren och på samma gång komma ihåg förståelse. (Jeon. 2004 )

**Skapande/konstruktiv gemensamhet** (constructive mutuality): I den sista fasen har båda två uppnått den del där de kan se varandra och medge saker åt varandra. De vet också vad de förväntar sig av varandra och strävan att visa för varandra vad som är viktigast. Förhållandet mellan dem blir användbart och baserar sig på gemensam respekt och förståelse samt ansträngning. (Jeon. 2004)

### **5.3 Strategier hur man hanterar stressfyllda situationer, vård stöd och mental hälsa**

I den sjunde forskningen var målet att få fram vilken typ av stress hanteringsstrategier och stöd som gavs och hur de påverkade närståendevårdarens stress och förekomst av depression. Denna studie baserar sig på de japanska familjerna, Japan är också ett land som har den äldsta befolkningen. (Hagihara & Yamanda et al. 2008)

Det har också i denna studie visats att vårda en annan person är krävande och orsakar stress som höjer risken för mentala hälsoproblem. Det sociala stödet och hanteringen av stressfyllda situationer har en stor inverkan på vårdbehovet i olika stressförhållanden. (Hagihara & Yamanda et al. 2008)

Vårdare fick fylla i ett frågeformulär Och intervjuarna försäkrade att svaren förblev anonyma. 923 formulär skickades ut varav 618 returnerades, 247 kunde inte tas med i studien p.g.a. bristfälliga svar. (Hagihara & Yamanda et al. 2008)

Man kom fram till att beroende på vilken strategi man använder i stressfyllda situationerna påverkar det den mentala hälsan hos vårdare. Och då man bodde med en äldre person som man vårdade visade det sig vara stressfullt och tungt. (Hagihara & Yamanda et al. 2008)

## **5.4 Sammanfattning av tidigare forskningar**

I forskningarna kom det fram en del faktorer som påverkar en närstående vårdarens livskvalitet och hälsa. Alla forskningar syftade lite på samma faktorer beroende på vad patienten hade för sjukdom eller hurudan vård hon behövde. Ur materialet kom det fram tre viktiga faktorer, som påverkar både livskvaliteten och hälsan. Det är en kombination av det psykiska jobbet vårdaren utför, emotionell press, sociala begränsningar d.v.s. man har inte tid att träffa sina vänner och ekonomiska problem.

Stress var också en faktor som steg upp i materialet, där det kom fram att det är grunden som sedan leder till dålig mental hälsa och livskvalitet. Där jobbet spelar en stor roll vid stress, eftersom ekonomin blev lidande då man inte kunde jobba.

Målen som närstående vårdaren satt upp åt sig själv var också en faktor som kom fram ur materialet. Där den blev en negativ inverkan då man ställde för höga mål och inte sedan uppnådde dem. Man kände sig misslyckad, vilket förorsakade stress. Det var också viktigt att närstående vårdaren kunde ha en känsla av att må bra och hålla upp humöret eftersom det hade också en inverkan på livskvaliteten, mentala hälsan och den psykiska hälsan.

En annan sak som också spelade stor roll var interaktionen mellan en sjukskötare och närståendevårdaren, hurudan relation de hade. Man kunde dela in dem i tre kategorier: brist på gemensamhet, ofullständig gemensamhet och skapande/konstruktiv gemensamhet. Det var viktigt att båda kunde acceptera varandra och lära sig av varandra. En annan viktig sak vara att närståendevårdaren måste kunna ta emot hjälp av andra, för att få tid för sig själv och vänner utan att känna skam.

## **6 TEORETISK REFERENSRAM**

I min teoretiska referensram kommer jag att presentera bakomliggande teorier. Jag skall ta upp livskvalitet, mental hälsa, psykisk hälsa, vad som kan bidra till dålig livskvalitet och kopplingen till närståendevårdaren.

### **6.1 Livskvalitet och mental hälsa**

Ingmar Pörn definierar begreppet hälsa, hälsa är ett ord som kommer upp i många texter och det finns en del definitioner på det. En definition är att finna en balans mellan människans förmåga och hennes planer samt bestämmelser i livet. Men man måste komma ihåg att det är inte bara att definiera ordet hälsa som en term utan också att finna ett förhållande mellan hälsa och t.ex. sjukdom, skada, oförmåga och en rad andra begrepp. (Klockars & Österman 1995 s. 14)

### 6.1.1 Livskvalitet

Sarvimäki skriver att det finns en mängd olika definitioner på ordet livskvalitet, att känna välbehag, funktionsförmåga, glädje och livsmening, det är några begrepp som kommer upp. Men Lawton menar att det finns en hel del definitioner, men alla av dem har sin egen struktur och innehåll. Han börjar med att det är alltid fråga om ett multidimensionellt begrepp. Eftersom ens eget liv inte bara består av en dimension utan många, därför måste också livskvaliteten bestå av flera dimensioner. (Klockars & Österman 1995 s. 157-158 )

Lawton säger vidare att det är både ”intrapersonligt-subjektiva” och ”socialt-normativa” och med detta menar han att individen själv kan ha synpunkter på sin livskvalitet men att det också finns samhälleliga kriterier på livskvalitet. (Klockars & Österman 1995 s.158 )

Lawton kommer fram med fyra huvudområden när det är fråga om innehållet i livskvaliteten. Första; objektivt bedömd beteendekompetens, andra; subjektivt bedömd beteendekompetens, tredje; den objektiva miljön och den sista; den psykiska välbefinnandet. (Klockars & Österman 1995 s. 158 )

Hulter Åsberg tar upp att både fysisk och psykisk hälsa också är viktiga förutsättningar för att uppnå en bra livskvalitet. Och det är viktigt att veta att hälsan inte kan vara livsmålet för livskvalitet men en viktig sak för att uppnå livskvalitet. (Klockars & Österman 1995 s. 159)

Nordenfelt betonar igen välbefinnande som en viktig del av livskvaliteten. Till livskvaliteten räknar han med bostad, yrke och familjesituationer, som är av stor betydelse för att uppnå en god livskvalitet. (Klockars & Österman 1995 s. 159 )



När det kommer till äldre patienter och livskvalitet har funktionsförmågan och hälsan också en betydelse för livskvaliteten. Men även om funktionsförmågan försämras kan man ändå som äldre uppleva god livskvalitet. (Klockars & Österman 1995 s. 163 )

Några faktorer som beskriver god livskvalitet är funktionell kapacitet, goda hushållsförhållanden, en aktiv livsstil och goda sociala relationer. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2000)

Inom vårddyrket har också livskvalitet identifierats som ett problem, men finns ingen överenskommelse vad vi egentligen menar med termen livskvalitet och hur den borde komma fram. Man kan se olika variationer och definitioner på detta såsom glädje, funktionell kapacitet, olika behov av belåtenhet och att må bra. Men man kan säga att livskvalitet är ett problem inom vården då det gäller äldre människor. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2000)

Lawton menar igen att livskvaliteten är multidimensionellt koncept som innehåller fyra olika delar. Den objektiva omgivningen, kunskapen att kunna uppföra sig, livskvalitet som begrepp och att må bra psykologiskt. (Sarvimäki & Stenbock-Hult. 2000)

Men man anser även att det är svårt att veta vad som egentligen beskriver detta, man har också kommit fram till tre andra aspekter gällande livskvalitet. En känsla av att må bra och ha en mening, och värdesätta ens eget värde. Man menar att en person som har en bra känsla och mår bra ser också meningen med livet. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2000)

Då man känner välbehag, glädje och tillfredsställelse i sitt liv lever man ett bra liv, med detta menar man att man skall känna någonting av detta i sitt liv för att livskvaliteten skall betraktas som god. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2000)

Det finns faktorer i livet som påverkar människans känsla av välbehag, meningen i livet och värde. Man delar in dem intra-individual och external. Till de intra-individuella faktorerna hör den funktionella förmågan, hälsan och olika copings mekanismer medan till den externa hör omgivningen, jobbet och sociala nätverk. Och dessa bestämmer sedan livskvaliteten för en person. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2000)

### **6.1.2 Psykisk hälsa**

Det är viktigt att komma ihåg att psykisk ohälsa och psykisk hälsa är två skilda begrepp. Man kan säga att psykisk hälsa är all den verksamhet som stöder oss att uppnå en så god psykisk hälsa som möjligt. I psykisk hälsa ingår att man kan bestämma över sitt eget liv, självkänsla och att man känner psykisk motståndskraft och framför allt en god social relation till andra samt en god funktionsförmåga. Och man får inte glömma begreppet välbefinnande, det hör också till psykisk hälsa. Den psykiska hälsan har även en stor inverkan på individens samfund och hela samhället, den är vår grundpelare för välfärden som stärker funktionsförmågan och skapar motståndskraft mot livets motgångar. (Heiskanen & Jorma et al. 2008 s. 12-13)

Vi måste också kunna skydda vår psykiska hälsa, därför har vi skyddande faktorer som stärker människan funktionsförmåga och hjälper oss att klara av krissituationer och minskar olika riskfaktorer. Som Heiskanen tidigare konstaterade att samhällseliga faktorer inverkar också på den psykiska hälsan. De samhällseliga faktorerna som inverkar är: ekonomisk trygghet, arbetslöshet, utbildningsmöjligheter, den fysiska och sociala miljön, tillgång till olika tjänster och möjlighet att påverka och bli hörd.

Man kan också definiera psykisk ohälsa som: Kan inte diagnosticeras medan psykisk hälsa kan, psykisk ohälsa kan behandlas, psykisk hälsa behöver inte behandlas och psykisk ohälsa är ett hälsovårdsbegrepp, medan man säger att psykisk hälsa bygger på levnadserfarenheter. (Heiskanen & Jorma et al. 2008 s. 12-13)

Heiskanen fortsätter, att psykisk hälsa numera har att göra med både det fysiska, sociala och den andliga dimensionen. Det som påverkar är våra individuella faktorer d.v.s. vårt arvsanlag, sociala relationer d.v.s. våra vänner och familj, utbildning och arbetsmiljö, man talar också om kulturella värden då menar man hur Finland förhåller sig till psykisk hälsa. Alla dessa olika faktorer hänger ihop med varandra och bildar nya resurser för oss. Med detta vill man visa att psykisk hälsa inte är bestående utan det varierar med vår livssituation och erfarenheter även vi själva och andra människor kan påverka detta. (Heiskanen & Jorm et al. 2008 s. 12)

Vidare menar Heiskanen att den psykiska hälsan sammankopplas med de förmågor vi har, våra egenskaper och känslor. Vi skall kunna leva ett liv utan alltför mycket bekymmer och även kunna njuta av det. Kunna arbeta och älska och på samma gång leva i samspel med andra och vi skall ha förmågan att anpassa oss till omvärlden. Känslan av lycka och välbefinnande är en del av vår psykiska hälsa och den andliga tillväxten och utvecklingen, förmågan att klara av motgångar och våga ta utmaningar och vara öppen för humor, kapacitet och färdigheter.

Man kan själv förbättra den psykiska hälsan genom att hålla fast vid sina vardagsrutiner, sova och vila, äta mångsidigt samt att kunna njuta av maten i sällskap, motion, hålla kontakt med sina vänner och familj och ha en positiv inställning till livet. ( Heiskanen & Jorma et al. 2008 s. 16)

Psykisk hälsa är också ett tillstånd, ett tillstånd mellan den enskilde individen som kontinuerligt lever i ett växel spel med omgivningen och livets olika situationer. Allt detta

har att göra med utvecklingen av egen identitet, upprätthålla sociala relationer, tro på sig själv och egna resurser. Man brukar också tala om ordet KASAM som är känsla av sammanhang och mening, man menar att det är avgörande för ens psykiska mående.

Som jag tidigare nämnde så bestäms den psykiska hälsan av många olika bestämningsfaktorer i livet, som har en samverkan mellan varandra. De biologiska faktorerna såsom arvsanlag, de psykologiska faktorerna, uppfostran och självtillit och de sociala faktorerna, familjeförhållanden och sociala nätverk. Och för att uppnå en god psykisk hälsa skall man ta i beaktande alla de olika faktorerna. Vissa av de här bestämningsfaktorerna är sådana som individen själv kan påverka genom att göra sina egna val, medan vissa enbart genom gemensamma åtgärder i samhället. ( WHO 2004)

Psykisk ohälsa är också ett begrepp som kommer upp, det är saker som bekymrar oss men hör till vårt dagliga liv. Det är kanske ett tillfälligt illabefinnande i vårt liv men det hör till och är inget rop på hjälp. Då när bekymmer och symptomen skapar lidande eller psykiskt illamående, begränsar vår arbetsförmåga eller omöjliggör delaktighet och man klarar inte sig själv, då pratar vi om psykisk ohälsa. ( Heiskanen & Jorma et al. 2008 s. 35)

Det finns inget bestämt eller enskilt symptom på psykisk ohälsa, vanligen har det med vardagliga bekymmer att göra, bekymmer som tar alla våra krafter vilket kan leda till kroppsliga smärtor. Psykisk ohälsa påverkar även våra tankar, minnen och attityder. Man brukar kategorisera psykisk ohälsa och klasser beroende på symptom och svårighetsgrad. Hjälp till psykisk ohälsa kan i första hand vara att finnas till för personen, skydda personen från att skada sig själv eller andra och vid behov professionell hjälp. ( Heiskanen & Jorma et al. 2008 s. 35-36)

Hallberg definierar psykisk hälsa som att det är förknippat till någon eller något positivt i vårt liv. Vilket kan vara olika faktorer för olika människor. Psykisk hälsa har att göra

med personliga upplevelser, normer och värderingar som har med miljön att göra, med miljön vid lever i. Man skall kunna leva i harmoni med omvärlden och de värderingar som gäller, politiska ekonomiska, religiösa och sociala normer. ( Hallberg 1988 s. 93)

Vi söker hela tiden en balans mellan oss själva och omgivningen och det finns två frågor som vi balanserar emellan när det gäller psykisk hälsa: Vad behöver jag för att uppleva välbefinnande? Vad kan andra grupper tolerera och ge mig? Man kan säga att vi söker en balans mellan vår identitet och att hör till någon grupp. ( Hallberg 1988 s. 93-94)

Några begrepp som kommer upp gällande psykisk hälsa är: självständighet, medmännisklighet, självförverkligande, personlighetsutveckling, välbefinnande, verklighetsanpassning och förmåga att hantera livet i med- och motgång. ( Hallberg 1988 s. 93-94)

Jahoda menar att det finns sex positiva kriterier för att definiera psykisk hälsa: de attityder en individ har mot det egna jaget, stilen och graden i en individs utveckling och självförverkligande, graden av syntes – integration - av psykiska krafter inom individen, graden av oberoende – autonomi – gentemot social påverkan hos individen, individens adekvata verklighetsuppfattning och individens sätt att klara av tillvaron. ( Lohamn 1972 s. 68)

När man använder ordet stress är det ofta för att man vill uttrycka yttre faktorer som orsaker en påfrestning i livet. Långvarig stress kan utlösa psykiska och fysiska reaktioner och som kan bli bestående en lång tid, ifall man inte får hjälp, vilket leder till en försämrad psykisk hälsa. Sjukdomsbilden/symptombilden för stress kan vara irritabilitet, koncentrationssvårigheter, kraftlöshet och trötthet, oro, nedstämdhet, trötthet/sömnstörning. Det finns olika former av stress och vad som har orsakat dem, stress som uppkommit p.g.a. krig och trauman eller den mer vanligare som uppkommer från det vardagliga livet. (Larson 2000 s. 5-8 )

Man säger oftast att stress är multifaktoriell, det finns många olika orsaker som bidrar till stress. Det kan handla om ett krävande arbete som tar för mycket tid och sedan drabbas man av någon fysisk eller psykisk sjukdom, relationsproblem eller anhörigproblem. Där man har olika former av bekymmer för dem eller konflikter, det kan vara fråga om sjukdom hos den anhörige och vården kräver för mycket tid. Detta skapar emotionell stress. (Larson 2000 s. 17-19)

## **6.2 Sammanfattning av referensram**

Som det kom fram i min teori är livskvalitet ett svårt begrepp att definiera, eftersom det inte bara är en faktor som påverkar vår livskvalitet. Man kan säga att det är ett multidimensionellt begrepp. Det har att göra med den psykiska hälsan, ekonomin, stress och emotionella faktorer. Det finns enkla faktorer som bostad, hur man bor, sociala förhållanden som också påverkar.

Hälsan är också ett begrepp för sig själv och varje människa har olika sätt att uppnå en god hälsa. Det gäller att finna en balans i sitt liv och inte ställa upp för höga mål som inte sedan uppnås. Man skall komma ihåg att hälsa har inte alltid att göra med en sjukdom, en person kan känna god hälsa även om hon lider av någon sjukdom.

Den psykiska hälsan har att göra med sig själv och sina relationer. Man måste helt enkelt kunna bestämma över sitt eget liv och inte höra på någon annan.

Detta kan man koppla till närståendevårdaren och egentligen vilken person som helst. Ifall man upplever emotionell brist kommer det att påverka oss även också andra faktorer. Det som kom upp i mina tidigare forskningar var det samma som kom fram i min teori. Närståendevårdaren har en bristande livskvalitet och det beror på dåliga förhållanden, brist på stöd, inget socialt liv. Hälsan kommer också lite in på samma faktorer som

livskvalitet, man kan säga, att ifall man upplever dålig hälsa har man också dålig livskvalitet.

## **7 METOD**

Jag bestämde mig för att göra en litteraturstudie och tänkte utföra av en induktiv innehållsanalys. Min forskning kommer också att vara kvalitativ. Jag valde, att i min analys endast ta med artiklar från Norden.

En litteraturstudie, som också andra uppsatser, består av bakgrund, syfte, frågeställningar, metod mm. Den litteratur som man har är informationskällan som man bygger bakgrunden på, men det är då viktigt att det material man valt att ha som bakgrundsmaterial inte är detsamma som man tänkt använda i analysen. I diskussionen sätts analysmaterialet i dialog med bakgrundsmaterialet, där man sedan diskuterar utifrån vad man har för syfte och problemställningar. Det är vanligt och lämpligast att man i en litteraturstudie använder sig av 5-6 vetenskapliga artiklar eller rapporter. ( Olsson & Sörensen 2007 s. 89-90)

### **7.1 Innehållsanalys**

Innehållsanalysen användes då man vill vetenskapligt analysera det skrivna materialet men också tal. ( Olsson & Sörensen 2007 s. 129)

I en innehållsanalys söker man fram kategorier ur materialet, genom att söka gemensamma teman i materialet och det som är viktig. Kategorierna skapar man sedan utifrån

texten. Genom att man kategoriserar sitt material gör man det lättare för läsaren att förstå vad man menar och personen ser likheterna bättre. (Jacobsen 2007 s. 139-144)

Kvalitativt innebär att man försöker sätta sig in i sitt material och förstå vad forskaren menar. Man vill skapa en mer djupare och fullständig uppfattning av det man studerar. (Holme & Solvang 1997. s. 92)

Grunden för den kvalitativa metoden är forskarens tolkning och uppfattning av den information han läst. Han kan t.ex. tolka referensramar, motiv, sociala processer och sociala sammanhang. Kvalitativa metoden gör en helhetsbild. Man kan kort säga att vi inte försöker omvandla detta till siffror. Nämligen i den kvantitativa metoden omvandlar vi informationen till siffror och mängder som vi sedan kan göra till statistiska analyser. (Holme & Solvang 1997 s. 76-79)

Den kvalitativa metoden ger en beskrivande data, alltså det som människan har skrivit om eller pratat om eller observerbara beteenden. Man vill undersöka hur någonting är beskaffat, en egenskap eller karaktär hos någonting. (Sörensen & Olsson 2007 S. 65)

I den kvalitativa induktiva metoden kan man kategorisera de kvalitativa studierna som holistiska där man menar att de utgår från helheten av en företeelse. Även av erfarenheter som är beroende av förståelse för människan i ett socialt sammanhang. (Sörensen & Olsson 2007 s. 63)

Genom att göra en forskning induktivt går man igenom tre steg, i det första plockar man ut viktiga delar ur sitt material och lägger ner det på papper såsom det står i den tidigare forskningen, efter det formar man underkategorier, som hör ihop med det man plockat fram, till sist sammanför man dem i överkategorier, som beskriver underkategorierna. (Kyngäs & Vanhanen 1998)



## 8 PRESENTATION AV ANALYSMATERIALET

Till mitt analysmaterial inkluderade jag material från Norden och 2000-talet. Jag hittade 8 st. relevanta vetenskapliga artiklar, som jag sen format till tre kategorier. Har även här gjort en översikt av materialet. *Bilaga 2.*

### 8.1 Strategier och aktiviteter i vården man ger

Denna studie vill undersöka de olika ”coping” strategierna och sammanhanget till vården man ger och de olika aktiviteterna. Här kommer det också fram att det är mycket stressfullt och tungt att ta hand om en närstående, men här anser man att det beror på vilken coping strategi man använder. ( Ekwall & Hallberg et al. 2007)

Det har kommit fram att kvinnor och män reagerar på olika sätt och använder sig av olika strategier. Det vill säga att kvinnor anstränger sig mera än män. ( Ekwall & Hallberg et al. 2007)

**Coping och utbrändhet:** Man har beskrivit coping som en form av realistiska och flexibla tankar för att lösa problem och undvika stress. Det finns två olika strategier, känslofokuserad och problemfokuserad, som används beroende på personlighet och situation. ( Ekwall & Hallberg et al. 2007)

Känslofokuserade kan inte ändra på det hot som uppkommit eller att fokusera på någonting annat, få tankarna bort. Problemfokuserade strategin försöker motarbeta problemet på ett sätt genom att ändra det. ( Ekwall & Hallberg et al. 2007)

Antonowsky menar i denna artikel att det är viktigt att använda rätt coping strategi i rätt situation och det förklarar han som SOC. Med SOC menar han att den har en förmåga att undvika spändhet, som sen övergår till stress. Det förutsätter tre dimensioner: förmågan att begripa, förmågan att klara sig och förmågan att förstå. Man har menat att förmågan att förstå är nyckeln till att förstå coping. ( Ekwall & Hallberg et al. 2007)

Man hade gjorde olika enkäter och frågeformulär som deltagarna fick fylla i, 171 deltog. Man hade frågor som berörde civil status, hur de lever (huset), och ekonomiska situationen. Det kom också frågor om de hade några hjälpmedel i huset eller medicinsk hjälp även olika svårigheter i vården. Gällande livskvaliteten ställdes det 12 olika frågor som sedan jämfördes. För att få en bild över de olika coping strategierna använde man en färdig modell på stress och coping, ( Ekwall & Hallberg et al. 2007)

För att få fram betydelsen och sammanhanget använde man Antonowskys SOC skala där man tog fram 13 punkter. Fyra punkter av förmågan att begripa, fyra punkter av förmågan att klara sig och fem punkter av förmågan att förstå. ( Ekwall & Hallberg et al. 2007)

Resultatet i denna studie var, att de som uppnådde hög livskvalitet använde sig av coping strategier i den formen att de lämna sina egna känslor utanför arbetet och hade en form av SOC. Det som kom fram var att hela 70 % av anhöriga hjälpte sin närstående alla dagar. ( Ekwall & Hallberg et al. 2007)

## 8.2 Närstående vårdarens behov av stöd och hjälp

De äldre blir att flera i antal och bristen på vårdenheter stiger. Detta betyder, att allt fler anhöriga måst sköta om sina nära och kära. Det kommer att påverka hela livsstilen emotionellt och psykiskt, och anhöriga måste också lära sig att eventuellt jobba med en utomstående sjukskötare, om de är i behov av hjälp. (Ekwall & Hallberg et al. 2004)

Man har forskat i hurudan hjälp de behöver och man kom fram till två olika former av vård: instrumental vård där man hjälpte till med byk, matlagning och städning av huset. Det andra var personlig vård där man hjälpte till med hygien, påklädning och matande. (Ekwall & Hallberg et al. 2004)

En annan indelning var också gjord i 5 olika steg, där första beskrevs som förutseende vård där man tog beslut angående patienten t.ex. om framtiden, vad kan behövas och vad är viktigt. Den andra fick heta förhindrande vård, där man som namnet säger försökte förhindra patienten att insjukna. Den tredje, kontrollerande vård, där man följde upp och kollade att allt var bra, ordnade saker för patienten. Man försökte göra detta obemärkt så att patienten inte kände sig övervakad. Den fjärde var instrumentell vård, där man gjorde kroppsarbetet / utförde uppgifterna (ruumillinen työ), man fokuserade på vården, inte så mycket på det emotionella medan den sista var skyddande vård där man skyddade patienten som individ och tänkte mera på det emotionella i vården. (Ekwall & Hallberg et al. 2004)

Man definierar psykologisk stress som en relation mellan människan och omgivningen som skapar ett välmående åt människan. Livskvaliteten kan man säga att är en bild av människans perspektiv på välmående och människans möjlighet att leva ett gott liv. Men man säger också att livskvalitet är ett multidimensionellt perspektiv av hälsan, som hänger ihop med psykisk, social och psykologisk hälsa för att uppnå välmående. (Ekwall & Hallberg et al. 2004)

Målet med denna studie var egentligen att se hur livskvaliteten påverkar den närstående vårdaren i vården och de olika dimensionerna att vårda. Man baserade studien på Nolans modell. (Ekwall & Hallberg et al. 2004)

Man gjorde ett frågeformulär som sedan fylldes i av vårdare. Man frågade ålder, boendeform, var man gift, sociala nätverk, ekonomi. Det innehöll 12 frågor relaterade till hälsa och livskvalitet. Forskningen gjordes i Sverige. ( Ekwall & Hallberg et al. 2004)

Majoriteten bodde i de stora städerna och svarade, att de hjälpte någon varje dag. De hjälpte till med utomstående problem såsom att gå till läkaren och skötte ärenden utanför huset. De hjälpte även till med matlagning och skötseln av hushållet. Det som skiljde mellan män och kvinnor var, att kvinnorna hjälpte mera till med olika aktiviteter och personlig hygien, medan männen skötte om dem instrumentella vården. Det som påverkade negativt på livskvaliteten och mentala hälsan var dålig ekonomi och behovet av den krävande vården och de all dagliga sysslorna, som matlagning och städning. (Ekwall & Hallberg et al. 2004)

Då man sköter om sina nära som lider av någon sjukdom t.ex, demenssjukdomar och traumatiska hjärnskador inverkar det negativt på oss närståendevårdare. Men det har blivit allt vanligare att vi sköter om vår mamma eller pappa eftersom vi ändå bäst vet om hennes/hans sjukdom och hur den beter sig. Men detta innebär psykologiska, fysiska och emotionella problem, påverkar vårt sociala liv och ekonomiska problem. Det visar sig att närståendevårdare också lider av nedstämdhet och depression. ( Lökk 2009)

Man har också som närståendevårdare försökt få mera stöd i vården men den kommunala hemtjänsten och sjukhus erbjuder inte det stöd som man behöver. Hemmet som man bor i är oftast dåligt anpassat, det saknas hjälpmedel vilket sedan leder till dålig ergo-

nomi. Och p.g.a. detta har det visats sig att den blivande närståendevårdaren mår psykiskt dåligt och sämre några månader efter att patienten kommit hem. (Lökk 2009)

Det har kommit fram att ekonomin också blir lidande, vilket leder till en försämrad livskvalitet. Oberoende vilken sjukdom patienten har, men då när det gäller patientens kognitiva funktion som är lidande upplever närståendevårdare samma psykosociala belastning. (Lökk 2009)

Metoden var telefonintervjuer och närståendevårdarna valdes slumpmässigt. Intervjun bestod av ett strukturerat frågeformulär med frågor gällande psykosociala faktorer och frågor som var strukturerade ur litteraturen. Man ville också veta hur länge man vårdat och patientens sjukdom. Man bedömde sedan somatiska symptom med sömnstörningar och trötthet också stress och nedstämdhet med beräkning utgående från det egna hälsotillståndet med hjälp av EQ-5D (Euro quality of life-5 Dimensions) (Lökk 2009)

Resultaten delades in i tre grupper beroende på hur länge patienten hade varit sjuk. De faktorer som kom upp var försämrad relation till vänner och föräldrar och det hade en koppling till hur lång vården varit. Hälsotillståndet upplevdes ändå som tillfredställande av alla, medan 61 procent upplevde stress och sömnstörningar. Och att behovet av stöd finns. (Lökk 2009)

Med denna forskning ville man få reda på hurdana undersökningar har gjorts i och med att man jobbar och är en närståendevårdare, hur de går att kombinera och hur deras livssituation till den man bor med är. (Leinonen 2009)

Det har diskuterats i Finland och andra länder hur det är att jobba och leva ett liv med familjen. Det är politiker och forskare, som har börjat visa intresse för fullvuxna människor, som sköter om äldre personer, sjuka eller invalider, som är en släkting eller be-

kant. Egenvårdaregruppen (Närståendevårdaregruppen) har redan länge varit en betydande grupp för samhället. De har visats sig att 13 procent av finländarna mellan 25-64 år sköter om någon annan vid sidan om sitt jobb. ( Leinonen 2009)

I Finland håller man på att utveckla mera stöd åt egenvårdaren (närståendevårdaren) eftersom också ansvaret har ökat. Man diskuterar om hur Fpa bör hjälpa till och hur betalningarna skall fortskrida gällande stöd och hushållsavdrag. Man försöker utveckla ett system för lediga dagar åt egenvårdaren (närståendevårdaren) som skall gå ihop med sitt eget jobb. ( Leinonen 2009)

Frågor som man tog upp var: Skapar det problem för närståendevårdaren då man kombinerar vården med jobbet man har? Vilka sociala effekter har det på familjen då man kombinerar båda rollerna? Hurudana kriser har närståendevårdarna och hur klarar de sig ur dem? ( Leinonen 2009)

Det visade sig att inga problem gällande humöret eller hälsan påverkade då man kombinerade jobb och vård. Men då det sociala umgänget minskades kände man av (mielialahäiriöitä) affektiva störningar. Då närståendevårdaren kombinerade sitt jobb med vården hon gav fick den som blev skött mera service från samhället och från utomstående skötare. ( Leinonen 2009)

Det kunde uppstå tvister mellan frågorna och svaren eftersom man inte tog i beaktande hur intensivt man gav vård, fick de någon annan hjälp och om de bodde tillsammans med den de skötta. Med andra ord svårt att tolka svaren. En sak som var säker är att det oftast är kvinnan som blir närståendevårdare och de som inte är gifta eller har familj blir också lättare än de som lever i ett parförhållande. ( Leinonen 2009)

Det kom också fram att till en viss del begränsar det att jobba med sitt eget yrke då man blir närståendevårdare, i alla fall då det gällde männen. Kvinnorna upplevde att man inte var tvungen att sluta med sitt jobb, utan det går att kombinera. När man blir närståendevårdare kom det fram att det inte påverkade jobbets organisering utan de flesta förkortade sina jobbdagar. Det kom också fram i forskningen, att komma tillbaka till jobbvärlden efter att ha varit närståendevårdare, var svårt. ( Leinonen 2009)

Då man bestämmer sig för att bli närståendevårdare påverkas hälsan och de förändringar som sker. Det vill säga hur långt ifrån man bor, kan syskon hjälpa till, sin egen familj, vilka tjänster man är berättigad till, hur man bor och arbetsgivarens stöd. ( Leinonen 2009)

Man har försökt kartlägga närståendevårdarens upplevelser och erfarenhet och sen kommit till en slutsats. Det visade att då de jobbade och var närståendevårdare måste de ändra på sitt liv en hel del. Men det var ändå viktigt för dem att ha sitt eget jobb eftersom de en positiv effekt på det sociala livet och för att man skall kunna klara sig ekonomiskt. ( Leinonen 2009)

En viktig grupp som kan hjälpa närståendevårdaren i vardagslivet är familjen och vännerna. Eftersom det kan bli problem då närståendevårdaren har semester då hon eventuellt inte vill ha någon utomstående att hjälpa till. Men hjälp med de praktiska sakerna behövs alltid. ( Leinonen 2009)

Det som kom fram då man valde att kombinera jobbet med att bli närståendevårdare ledde till mera stress och man måste minska med sina hobbies eller lägga av helt. Men det var ändå viktigt för många att hålla kvar sitt eget jobb eftersom de var den ända kontakten de hade till yttre världen. Men det som man oftast glömmer bort är hur viktiga syskonen är för närståendevårdaren. ( Leinonen 2009)

### **8.3 Effekten av livskvalitet och stress hos närstående-vårdaren**

Denna studie är gjord i Sverige och vill få fram livskvaliteten i relation till ensamhet, socialt nätverk, kön, ålder och ekonomiska situationen hos en anhörig och ålder 75 eller äldre. ( Ekwall & Hallberg et al. 2003)

Man ville göra denna studie därför att det blir allt vanligare att äldre människor tar hand om någon inom släkten, som är ännu äldre än en själv, som sedan kan påverka livet negativt, i form av nedsatt psykisk och emotionell hälsa samt det sociala livet blir lidande, vilket i sin tur sedan påverkar hela livskvaliteten. ( Ekwall & Hallberg et al. 2003)

Man har kommit fram att vården påverkar män och kvinnor på olika sätt, kvinnor tar mera stress än män och hela familjen spelar en stor roll, medan män fokuserar endast på sin egen hälsa. Kvinnor upplevde också mera ensamhet än männen. ( Ekwall & Hallberg et al. 2003)

Man började med att skicka ut frågeformulär till 4278, av svaranden var 783 st. (18%) vårdare. Frågeformuläret innehöll frågor kring deras sociala nätverk, ekonomin, var de bodde och hur de upplevde livskvaliteten. Detta frågeformulär hade använts i en tidigare studie. ( Ekwall & Hallberg et al. 2003)

Där var också en fråga om de behövde hjälp av någon annan för att klara det all dagliga livet och vem som hjälpte dem. De som sedan svarade att de behövde hjälp, måste ännu svara på frågor kring hurudan hjälp de behövde och hur många timmar per vecka. Det fanns 8 olika alternativ man kunde välja emellan. Där fanns också liknande frågor till



dem som hjälpte någon annan. Där ingick även frågor kring ensamheten och livskvaliteten. ( Ekwall & Hallberg et al. 2003)

Frågeformulären jämfördes mellan dem som gav vård och dem som tog emot vården och mellan män och kvinnor. De som gav hjälp utgjorde grupper på 75-79 år, 80-84 år, 85-89 år och 90 eller mera. De som tog emot vården var uppdelade i samma åldersgrupper. ( Ekwall & Hallberg et al. 2003)

Vårdaren upplevde lägre känsla av ensamhet jämfört med dem som tog emot vården, ekonomin uppvisade ingen skillnad mellan de olika grupperna. Frågan som gällde hur man bodde och med vem, var det vårdaren som bodde med någon annan (sambo) och männen hade en högre procent. Kvinnor upplevde en aning ensamhet i slutet av åren. ( Ekwall & Hallberg et al. 2003)

Frågan till vårdaren om hur mycket de hjälpte en annan person och varför berodde alltid på olika former kring hälsan. Männen hjälpte mera än kvinnorna och det som var största behovet av hjälp var besök hos läkaren eller till sjukhus. Kvinnorna hade igen ett större antal gällande hjälpen i form av att motarbeta problem och personlig vård medan männen igen hjälpte med den bidragande vården. De gav vård allt från en timme i veckan upp till 24 timmar i dagen. ( Ekwall & Hallberg et al. 2003)

Då personen hade en dålig ekonomi samt dåligt socialt nätverk upplevde de också en låg livskvalitet. En stor del önskade också ha mera kontakt med sina barn och barnbarn, vilket också resulterade i låg psykisk livskvalitet då de inte hade någon kontakt. ( Ekwall & Hallberg et al. 2003)

Det som kom fram i studien var ändå att känslan av ensamhet både socialt och icke socialt visade sig negativt på den mentala livskvaliteten och detta förekom i båda grupperna. Det som var överraskande var, att största delen som gav vård var män, vilket skiljer sig från andra studier. De som tog emot vården var äldre än vårdarna och hade ett dåligt socialt nätverk samt sämre hälsa. En stark känsla av ensamhet samt ensamhet i de sista åren visade sig påverka den mentala livskvaliteten. ( Ekwall & Hallberg et al. 2003)

Både emotionell och social ensamhet påverkade livskvaliteten och en dålig ekonomi påverkade både mentalt och psykiskt. ( Ekwall & Hallberg et al. 2003)

Man kan konstatera, att också i denna artikel har det kommit fram att ekonomin, sociala nätverk, känslor och hur man lever påverkar livskvaliteten. Men det som här kom fram var, att ensamheten har också en stor inverkan på livskvaliteten. ( Ekwall & Hallberg et al. 2003)

I denna studie har man forskat om graden av stress och effekten av livskvalitet och hur den påverkar närståendevårdaren, som sköter om en nära som har fått diagnosen multiple sclerosis alltså MS. Med hjälp av detta forskades också i relationen mellan närståendevårdarens stress och patientens neurologiska, psykiatriska och kognitiva symptom. ( Aarsland & Figved et al. 2006)

Det kom fram, att närståendevårdaren upplevde en hög grad av stress och nedsatt livskvalitet då de gav vård åt patienten. Psykiatriska symptom och kognitiva faktorer, som patienten led av visade sig ha en stor betydelse för hur närståendevårdaren upplevde livskvaliteten och graden av stress, medan de kroppsliga och fysiska faktorerna visade sig inverka negativt på närståendevårdarens stressupplevelse men inte på livskvaliteten. ( Aarsland & Figved et al. 2006)

Denna studie utfördes i Norge och bestod av 93 patienter som fått diagnosen MS. Man gjorde en semistrukturerad intervju, som behandlade sjukdomens historia. För att få fram närståendevårdarens upplevelse av stress använde man sig av en skala där det fanns 15 frågor att svara på, denna användes också för att få fram relationen mellan de psykiatriska symptomen och närståendevårdarens stress. Man var också intresserad av ålder, kön och utbildning. ( Aarsland & Figved et al. 2006)

Resultatet av denna forskning var att närståendevårdare, som skötte om en nära med MS upplevde en hög grad av stress och nedsatt livskvalitet. Men de psykiatriska symptomen och de kognitiva faktorerna berörde betydligt närståendevårdarens upplevelse av stress. Närståendevårdaren måste inte bara klara av närvaron av sjukdomen utan också att prognosen kan bli sämre fysiskt och de kognitiva faktorerna kan försämrats. Därför måste de anpassa sig till denna livsstil och detta ger närståendevårdaren en emotionell stress och nedsatt livskvalitet. Det har också visat sig att det har en skadlig effekt på närståendevårdarens psykologiska hälsa. ( Aarsland & Figved et al. 2006)

Det har visats att föräldrar som sköter om barn som är utvecklingsstörda upplever att välbefinnande blir nedsatt. Men det finns inte så mycket forskning i hur hälsorelaterad livskvalitet påverkar föräldrarna. ( Aalik & Larsson et al. 2006)

Denna forskning gjordes i Sverige och 31 mammor och 30 pappor och 32 barn som led av Aspergers syndrom och autism deltog i denna forskning. Hälsorelaterad livskvalitet granskades med hjälp av ett frågeformulär med 12 frågor (12 item short form health survey) där man mätte psykiska och mentala välmående. Barnets beteende undersöktes med hjälp av ett strukturerat frågeformulär (The high-functioning autism spectrum screening questionnaire och the strengths and difficulties questionnaire) (Aalik & Larsson et al. 2006)

Resultatet visade att mamman till barnet som led av Aspergers syndrom och autism hade en dåligare psykisk hälsa jämfört med pappan till barnet. Både mammor och pappor visade en nedsatt mental hälsa, hög grad av stress, nedsatt psykisk funktion, trötthet och utmattning. Det visade sig också att de upplevde ångest, en känsla av skyldighet, depression och arghet (ilska) för det mesta. Det kom också fram att föräldrarna var i hög risk att få nedsatt psykisk välmående. Det som påverkade föräldrarnas hälsa var barnets symptom till hyperaktivitet. ( Aalik & Larsson et al. 2006)

Meningen med denna forskning var att granska olika kategorier och former hos närståendevårdaren som förekommer i tal vid gruppintervjuer och hur de känner sig. Nästan hälften av alla finländare sköter om sina nära som blivit gamla eller lider av någon sjukdom. Och många av dem tar inte emot någon form av stöd. Med närståendevårdarestödet menar man stöd som man kan ge åt den skötande och ersättning åt närståendevårdaren samt ledighet och andra tjänster. Sjukdomens natur påverkar både närståendevårdaren, patienten och familjen runt omkring. ( Kaskiharju & Oesch-Börman et al. 2008)

Demens påverkar minnet och överlevnadsförmågan och det vardagliga livet vilket gör det svårare att klara sig själv. Symptom som förekommer är: aggressivitet, humörsvängningar, orolighet, nedstämdhet, förändringar i det sexuella beteendet, sömnsvårigheter och viktnedgång. Man kan dela in det i mild, medelsvår och svår demens, beroende på hur man klarar sig i vardagslivet. Närståendevårdarens vilja att hjälpa visade sig vara positivt. Men det uppkom ändå positiva men också negativa känslor inom vården. Det förekom 4 grupper av vårdare: trötta och ensamma närståendevårdare, de som vill hjälp och de som känner sig skyldig att hjälpa, närståendevårdare föreslår önskningar och förbättrings förslag och närståendevårdare som försöker nå balans mellan jobbet och fungera som närståendevårdare. (Kaskiharju & Oesch-Börman et al. 2008)

Information har det kommit från tre olika teman: närståendevårdarens överbelastning, erfarenheter och olika former av stöd. Man frågade hur vården påverkade psykiskt, fysiskt, socialt och ekonomiskt. Det visade sig att överbelastning och nedstämdhet påver-

kade närståendevårdaren och vad beträffar livskvalitet var det viktigt att man skötte om sig själv och hade det ekonomiskt bra och fick hjälp av utomstående. (Kaskiharju & Oesch-Börman et al. 2008)

Gruppintervjuerna bestod av 24 närståendevårdare i åldern 55-86. I intervjuerna kom det fram fyra olika kategorier: Hierarkikategorin, jobbkategorin, relationskategori och vårdande kategorin. Grupperna bestod av 4 st., två svenskspråkiga och två finskspråkiga men kunde vara totalt 7 st. i en grupp. Områden som man tog upp i intervjuerna var, när sjukdomen börjat, parförhållandet, hur man orkar, vården, service och hjälpmedel. (Kaskiharju & Oesch-Börman et al. 2008)

Hierarkikategorin beskrev kandidaterna sig som ”herren i mitt eget hus”, som en slavdrivare. Relationen hade blivit ojämlik där den ena var den som bestämde över allt. Närståendevårdaren kände sig som en mamma som skötte om en liten pojke. Men de flesta tyckte sig ändå ha lärt sig någonting nytt. Men trots detta kände vissa att de måste lämna viktiga saker i deras liv och vara en ”golvtrasa” där hemma. (Kaskiharju & Oesch-Börman et al. 2008)

Jobbkategorin där man kände sig som en sjukskötare, hemhjälpare eller gymnastikinstruktör. Med detta menade de att de måste lära sig uppgifter inom sjukvården samt alla dessa yrken. Men detta fick man också en känsla av självsäkerhet i vården. Men trots detta var det ändå tungt därför att man inte själv upplevde sig som t.ex. en sjukskötare. (Kaskiharju & Oesch-Börman et al. 2008)

Relationskategorin beskrev de sig som mamman, en dålig hustru och hemhjälpreda. De flesta kände sig konkret mera som en mamma, som måste sköta om sin pojke än en hustru. En kandidat beskrev: 4-5 dagar i veckan är jag hans mamma och resten av tiden är jag någon annan. Alla upplevde detta som tungt och en förlust att mista sin man. Det-

ta ledde också till en identitetskris för närståendevårdaren. ( Kaskiharju & Oesch-Börman et al. 2008)

Vårdkategorin där många kände sig som en supermänniska, man måste alltid vara där, kunna och veta allt. Många upplevde detta som tungt eftersom de inte ville vara någon supermänniska, alla gör vi fel och misstag i livet. ( Kaskiharju & Oesch-Börman et al. 2008)

## **8.4 Sammanfattning av analysmaterialet**

I mitt analysmaterial kom det fram att närståendevårdare vill ha mera stöd och hjälp av samhället. Sådana praktiska saker som angående bostaden och med vilka hjälpmedel man kan stöda dem i vården. Även hjälp i det vardagliga livet gällande byk, matlagning, städning och läkarbesök.

Här kom det också fram att många faktorer påverkar närståendevårdarens livskvalitet. En faktor som togs upp var känslan av ensamheten vilket ledde till bristande kontakter i sociala relationer. Stress var också en faktor som påverkade en hel del där den utlösande faktorn till stress var de psykiska symptomena hos patienten.

Det visade sig också att det har en betydelse vilken strategi man använder för att ge vård. Man tog upp vissa coping strategier som skall hjälpa närstående vårdaren i olika situationer i vården.

## 9 RESULTATREDOVISNING

Jag har tagit med 8 artiklar till min analys och nu i resultatredovisningen har jag läst systematiskt igenom artiklarna och plockat ut betydande citat, som jag anser viktiga och som kan svara på mina frågeställningar. Jag har fyra frågor: Hur upplever närståendevårdare livskvalitet och mental hälsa? Vilka faktorer påverkar livskvalitet och mental hälsa? Vad har närståendevårdare för önskemål om stöd? Finns det någonting sjuksköterskan kan göra för att stöda närståendevårdaren?

Av det citat som jag plockat fram bildade jag sju underkategorier som hörde ihop med varandra och av dem bildade jag sju överkategorier. Jag fick 8 överkategorier och 29 underkategorier, som jag har presenterat i tabeller. Citaten är markerade med kursiverad stil i texten.

### Överkategorier

- Känslor
- Interpersonella relationer
- Hot mot livet
- Välbefinnande
- Omsorg
- Bekvämligheter
- Stöd
- Trygghet

## 9.1 Upplevelsen av livskvalitet och mental hälsa

Ur första frågan steg det fram två överkategorier: Känslor och Interpersonella relationer och nio underkategorier som jag presenterar i *Bilaga 3 och 4*.

Upplevelsen har en betydelse för livskvaliteten och den mentala hälsan. Den är oftast bunden till olika känslor. Det är inte bara de ”goda” och ”trevliga” känslorna som gör livskvaliteten god. I materialet kom det mycket fram känslan av stress som alla närståendevårdare upplevde att de led av. Även aggressivitet gentemot vården uppkom, men som snabbt gick om. Andra känslor som steg upp i materialet och som följde med hela vägen i någon form, var känslan av ensamhet, ångest, skuld och depression.

*”..känslor av intensiv vrede, skuld, depression eller ångest”*

(“... feelings of intense anger, guilt, depression or anxiety..”)

*”... Känslor av ensamhet och känslor av ensamhet under det senaste året påverkat psykisk livskvalitet..”*

(“... feelings of loneliness and feelings of loneliness during the last year affected mental quality of life.”)

Känslan av ensamhet var ganska allmänt för närståendevårdarna och kom fram under de första åren då de berättade att de var tvungna att avstå från sina hobbyer och de sociala kontakterna minskades p.g.a. allt behov av vård som den sjuke hade. I längden blev detta tungt och känslan av ensamhet steg fram gradvis.



*” Kombinationen av rollerna kan vara påfrestande och minska sina egna hobbies.. ”*

(” Roolien yhdistäminen voi olla stressaava ja vähentää omiin harrastuksiin...”)

Många närståendevårdare berättade att kombinera jobbet och vara en närståendevårdare var stressande och man måste sluta med sina egna intressen för att hinna med allt. Detta påverkade livskvaliteten hos närståendevårdaren. Men kombinationen av jobbet och vården var ändå en viktigt för dem, eftersom jobbet var nu det ända sociala liv de hade ytter om vården. Därför var det viktigt för dem att få detta och gå ihop. De beskrev också jobbet som en slags energikälla då de under arbetsdagen kunde tänka på annat än vården för den sjuka och de andra problem som kom med.

För de flesta närståendevårdarna var ändå de interpersonella relationer en av de viktigaste förutsättningarna för att ha en god livskvalitet. De beskrev de interpersonella relationer med orden, mänskliga kontakter, föräldrar, vänner, syskon, bekanta, jobbet, jobb-kamrater, aktiviteter på fritid och vårdandet och jobbet och släktingar. Många nämnde att syskonen var mycket viktiga och en stor hjälp. En annan berättade att det viktigaste inte var att ha närkontakt utan också veta att man har någon där ifall det behövs och att blir uppskattad för det man är och gör.

*”... upplever att deras hälsa eller sociala liv är negativt påverkad på grund av deras omsorg och vård om patienten.”*

*”... relationer till vänner och familj var försämrade.. ”*

Citaten som jag valde att plocka fram var centrala saker som närståendevårdaren berättade och upplevde att detta påverkade negativt på deras liv.

## 9.2 Faktorer som påverkar livskvalitet och mental hälsa.

Av min andra fråga uppstod det tre överkategorier: Hot mot livet, välbefinnande och omsorg och elva underkategorier som jag har presenterat i *Bilaga 5,6,7* med konkreta citat ur materialet.

Mina överkategorier steg fram i litteraturen som den ”röda tråden” i texten. Då det är viktigt för människan att kunna känna god livskvalitet och hälsa för att kunna leva ett gott liv och känna välbefinnande. Omsorg var en central begrepp för närståendevårdaren då de utförde en hel del känslomässiga handlingar i vården och en viktig sak för dem var att ta hand om den sjuke och bry sig om, ge kärlek och värme. Många kände också ett slags hot mot livet då den psykiska, fysiska och sociala livet blev lidande. En del beskrev den hälsorelaterade livskvaliteten är som en global bild som närstående vårdaren bygger upp för sig själv. Där en uttryckte sig:

*” att hantera effekterna av psykisk, fysisk och social... välfärd.. ”*

(”hoitamisen vaikutuksia psyykkiseen, fyysiseen, socialiseen...hyvinvointiin”)

En annan viktig faktor som fick närståendevårdaren att känna ett hot mot fysiska välfärdens var ekonomin, då de uttryckte sig:

*”Svag ekonomisk situation och behov av hjälp i de praktiska uppgifterna så som matlagning och städning.*

(”Week economic situation and needing help oneself with practical tasks, such as cooking or cleaning...”)

Detta var stora saker som bekymrade närståendevårdaren, eftersom vården bestod av hjälp med kokning och hygien. Som sedan gjorde att man måste begränsa sina aktiviteter man hade, vilket ledde också till en minskning i det sociala livet.

Välbefinnande var en annan sak som de uttryckte sig i många olika former, i vården och i deras eget sociala liv. Det var viktigt att man kunde känna välbefinnande därför att det var en viktig del i att kunna känna sig god och må bra. Därför var det också viktigt att få hjälp att man inte blev ensam med allt et nya.

*”... närståendevårdaren svarade att behandlingen vid god hälsa och att man inte är beroende av den man sköter och stöd i hjälp höjer livskvaliteten..”*

(”...omaishoitajat vastasivat, että hoidettavan hyvä terveys, riippumattomuus hoidettavasta ja apu hoidon kanssa paransivat heidän elämänlaatuaan..”)

Som det tidigare har kommit fram var känslan av att bli hörd och tacksamhet en stor kraft för närståendevårdaren. Och genom att visa omsorg för den andra och bry sig om var ”A och O” eftersom om den som tog emot vården kände sig värd och omtyckt kunde hon/han också visa tacksamhet och hur mycket närståendevårdaren betydde för dem.

*”...viljan att hjälpa närståendevårdaren påverkas av tacksamhet och kärlek till den behandlade, men också brist på valfrihet i vården.”*

(”...omaishoitajien auttamishaluun vaikuttivat kiittollisuus ja rakkaus hoidettavaa kohtaan, mutta toisaalta myös valinnanvaran vähyys hoidon järjestämisessä.”)

### **9.3 Önskemål om stöd**

Min tredje fråga gällde behovet av stöd varav det uppstod tre överkategorier: Bekvämligheter, trygghet och stöd. Och tio stycken underkategorier som beskriver överkategorierna. Jag presenterar också den med konkreta citat ur mitt material i *Bilaga 8,9,10*.

Stödet var också en viktig del i vården för att kunna uppnå god livskvalitet och mental hälsa, det kom fram som livs kärna i form av hjälp . Många närståendevårdare var missnöjda med de stöd man fick och tyckte att det borde utvecklas. I en av forskningarna dök det upp att stödet för närståendevårdare håller på att utvecklas. Omgivningen som vårdarna skulle jobba i påverkade till en del både psykiskt och fysiskt.

*”Psykisk stress är en relation mellan personen och miljön...”*

(” Psychological stress, is a relationship between the person and the enviroment..”)

Stödet förknippades också med bekvämligheter, hur hemmet är uppbyggt och vad för hjälpmedel det fanns att få. Trygghet inom vården var också en sak som uppkom i mate-

rialet och som hade en betydelse för närståendevårdaren. Ett citat som flere gånger användes i artiklarna var:

*”.. behov av hjälp att hantera sina dagliga sysslor..”*

(”...need for help to manage their daily livs...”)

Detta var en stor del vad närståendevårdaren gjorde i vården. De berättade att de behövde hjälp med, städning, matlagning, personlig hygien, påklädning och eventuella besök hos läkaren. Många upplevde ändå att de var ”oersätliga”, de kände sig skyldig att sköta om och ville helst inte betala för att få någon från samhället eller hemtjänsten att hjälpa till. De flesta upplevde ändå att det inte fanns tillräckligt med stöd som man var berättigad till att få och tyckte att de borde utvecklas. Det ansågs också att stödet var enformigt och att eventuella hjälpmedel skulle kunna utvecklas inom vården för att göra det bekvämare att utföra vården. Det var inte alltid fråga om pengar som behövdes.

*” Varken sjukvården eller den kommunala hemtjänsten erbjuder de resurser och det stöd som närstående verkligen behöver...”*

*” Omaishoidon tuella tarkoitetaan hoidettaville annettavia palveluita sekä omaishoitajille annettavaa hoitopalkkiota, vapaata ja palveluita.”*

Många tyckte också att till stödet räknades det sociala nätverket som har kommit upp i många olika former. Då vänner och familj kunde hjälpa till med vården och detta gav sedan en liten frihet åt närståendevårdaren att göra någonting annat.

## 9.4 Sammanfattning av resultatredovisningen

För att uppnå en god livskvalitet och ha god mental hälsa är det många faktorer i livet som inverkar på detta. Man måste kunna vara ett med sig själv och kunna unna sig själv någonting gott också, inte bara vara där för andra. Jag valde då att plocka ut viktiga ord ur mitt material (överkategorierna) för att kunna förklara god livskvalitet och hur närstående vårdaren upplever det och behöver för att nå detta goda.

Mina alla ord kan man koppla tillsammans med varandra, de hänger ihop och påverkar varandra. Man kan säga att de interpersonella relationerna är en slags huvudgrupp, en mycket viktig del i livet. Och det krävs mycket för att man skall kunna ha ett socialt liv och att det inte blir lidande. Man bör finna en balans mellan tryggheten, känslorna, omsorgen, hotet i livet, bekvämligheterna, välbefinnandet och stödet. På en skala mellan 0 och 10, behöver inte allt ligga på nummer 10. Bara man själv är nöjd med det och hittar balansen är man också utåtriktad och ger den tid åt sig själv för att upprätthålla sitt sociala liv.

<p>Känslor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ångest</li> <li>• Aggressivitet</li> <li>• Stress</li> <li>• Ensamhet</li> <li>• Positivt/Negativt</li> </ul>		<p>Omsorg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bry om/Ta hand om</li> <li>• Sjukdom</li> <li>• Hälsorelaterade områden</li> <li>• Tacksamhet/Kärlek</li> </ul>
<p>Interpersonella Relationer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontakter</li> <li>• Familj</li> <li>• Vänner</li> </ul>		<p>Bekvämligheter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjälp i vardagslivet</li> <li>• Omgivning</li> <li>• Aktiviteter</li> </ul>
<p>Hot mot sociala livet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hot mot sociala väl-</li> </ul>		<p>Stöd</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunal hemtjänst</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• färd</li> <li>• Hot mot psykisk välfärd</li> <li>• Hot mot fysiska välfärd</li> </ul>	<p>Livskvalitet och mental hälsa hos närståendevårdare</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjälpmedel</li> <li>• Olika former av hjälp</li> <li>• Samhället</li> </ul>
<p>Välbefinnande</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Livskvalitet</li> <li>• Mental livskvalitet</li> <li>• Hälsa</li> <li>• Jobb</li> </ul>		<p>Trygghet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Service</li> <li>• Sociala nätverk</li> <li>• Finnas till/Vara till hjälp</li> </ul>

Figur 1.

## 10. DISKUSSION

Mitt syfte med examensarbetet var att ta reda på hur närståendevårdaren upplever mental hälsa och livskvalitet och ifall det finns behov av stöd. Genom att utgå från mitt syfte kom det upp fyra frågor i mitt arbete: Hur upplever närstående vårdaren livskvalitet och mental hälsa? Vad påverkar livskvalitet och mental hälsa? Vad har närståendevårdaren för önskemål om stöd? Finns det någonting sjuksköterskan kan göra för att stöda närståendevårdaren?

Jag använde mig av vetenskapliga artiklar för att få svar på mina frågor. De två första frågorna behandlades i artiklarna, det kom upp att de sociala relationerna var en viktig faktor för mental hälsa och livskvaliteten. Stödet spelade också en viktig roll, och även de sociala relationerna kunde räknas som ett stöd för närståendevårdaren. Resultatet som kommit fram i denna forskning har en stor betydelse för vården och för att kunna utveckla vårdverkligheter. All information om äldre människor och behovet av vården är viktigt i och med att antalet äldre hela tiden ökar. Därför har också de nära en stor betydelse i dagens läge då de oftast blir de som tar hand om sina sjuka nära. Då är det

viktigt att kunna förstå hur viktigt det är för närståendevårdarna att kunna känna god livskvalitet och psykiska hälsa så de orkar sköta om de sjuka och visa kärlek.

En annan viktig sak som kom fram i mitt resultat var behovet av stödet, närståendevårdaren fick inte mycket stöd, men behovet av det var stort och skulle hjälpa både fysiskt och psykiskt. Kort sammanfattat var dessa faktorer de centrala som steg upp i materialet, formade resultatet som sedan besvarade mina frågor; omsorg, stödet, interpersonella relationer, känslor, hot, välbefinnande, trygghet och bekvämligheter. Alla dessa hängde ihop med varandra t.ex. genom att närståendevårdaren fanns till för sin kära och hjälpte, visade också den kära tacksamhet. Alla dessa faktorer formar närståendevårdarens livskvalitet och mentala hälsan. Men det gällde först att hitta en balans mellan allt detta vilket inte alltid var lätt.

Min teori berör livskvalitet och psykisk hälsa i arbetet, som har en central roll i mitt arbete. Teorin tar upp livskvaliteten och mentala hälsan genom att kunna finna en balans mellan människans förmåga att kunna leva och hennes planer i livet. Vilket också kom fram i mitt resultat, där det gäller att finna tid för sig själv och sitt arbete för att sedan kunna känna god livskvalitet. Men också finna balansen mellan hälsa och sjukdom. Att känna livsmening i livet var också viktigt, att få den uppmärksamhet som krävs för att känna sig värd. Teorin tar även upp samma saker, som det kommit fram i min forskning, för att man skall kunna känna god psykisk hälsa måste man kunna bestämma över sitt eget liv och upprätthålla sina sociala relationer.

Bakgrundsmaterialet baserar sig på vetenskapliga forskningar från olika länder, kring livskvalitet och mental hälsa hos närståendevårdaren. Och detta stöder min teori och det jag kommit fram i resultatet.



Interaktionen mellan sjukskötaren och närståendevårdaren spelade också en roll i vården och livsmeningen. Där det var viktigt att finna en balans mellan dem, speciellt viktigt var det för närståendevårdaren att hon kände sig trygg och att hon kunde lita på sjukskötaren. Detta kom inte så mycket upp i mitt analysmaterial, att man inte fäste någon större uppmärksamhet på den konkreta relationen, utan mera på olika stödformer och information.

Under forskningsprocessens gång har det kommit fram en del viktiga saker, som man i framtiden kunde forska vidare i. Det kunde vara intressant att forska vidare vilka stöd som skulle vara möjliga att få och hur sjukskötaren kunde hjälpa till för att underlätta vården för närståendevårdaren.

Jag har lärt mig en del under denna forskningsprocess. Hur tungt det är för närståendevårdare att faktiskt vara den enda som skall kunna sköta om någon så gott som 24 h i dygnet. Och att det finns behov för mera stöd och hjälp. Självt har jag funderat en hel del på detta eftersom man kanske själv någon dag blir tvungen/vill ta hand om någon som står en mycket nära. Därför tycker jag att en utveckling kring stödet skulle vara bra att göra.

## **11. KRITISK GRANSKNING**

När det kommer till granskningen av arbetet gäller det att fundera på validitet och reliabilitet. D.v.s. har man lyckats fånga det man vill, intern validitet. Och kan man överföra sitt resultat till andra sammanhang, extern validitet. Och till sist kan man lita på data man samlat in, reliabilitet. (Jacobsen 2007 s. 156-169)

Med intern validitet menar man huruvida resultaten uppfattas som riktiga. Man kan kolla hur andra forskare förhåller sig till resultatet, har man kommit fram till samma resul-

tat. Ifall det överensstämmer med de andra kan man säga att validiteten har styrkts. Man kan säga att den är sann först när andra forskare som använt sig av en annan metod kommit fram till samma resultat. ( Jacobsen 2007 s. 156-169)

Utgående från syftet och problemställningarna kan man säga att målsättningarna är rätt bra men att det förekommer brister i arbetet. Den sista frågan blev bristfälligt behandlad i mitt arbete p.g.a jag inte hittade relevant material till den frågan, men kunde ha sökt på andra data baser. Tror nog att det finns material kring den frågan, men min sökning var bristfällig.

Men jag är nöjd med det resultat jag kommit fram till gällande de tre andra frågorna jag valde att ta med. Min teori i arbetet är relevant och lätt förståelig, tar upp det viktigaste och konkreta i livskvalitet och psykisk hälsa. Men den skulle ha kunnat vara en aning utförligare, men det var inte lätt att hitta relevant material, konkret vad som är livskvalitet och psykisk hälsa, och tidsbristen hade också en inverkan på detta. I vidare forskning inom detta ämne skulle man eventuellt kunna ta med en teoretiker i arbetet, som teoretisk referensram. Jag funderade själv på att utgå från Antonovsky, men valde sedan att inte gör det.

Mina vetenskapliga artiklar är relevanta och bra att använda då det är rätt så nya, från 2000-talet. Till min analys var det dock svårt att hitta artiklar, eftersom jag valde att endast ta artiklar från Norden för att skilja det från mina tidigare forskningar. Därför blev det också en brist där gällande svaret på min sista fråga, finns det någonting sjuksköterskan kan göra för att stöda närståendevårdaren? Det som skapade svårigheter var språket i artiklarna då man inte fick dem på sitt eget modersmål. Språket och formuleringarna är dock inte det bästa i mitt arbete vilket skulle kunna förbättras.

Valet av metoden var svårt och tungt att utföra, satt skribenten under hård press. Det som var svårt och är en svaghet i arbetet är presentationen av analysmaterialet, vilket

blev en aning bristfälligt, men är själv rätt så nöjd med det eftersom jag tyckte att det var en svår del i arbetet. Även längden på presentationen kanske blev en aning kort och bristfällig.

Som jag tidigare tog upp blev den sista frågan bristfällig och inte behandlad. Kunde ha berott på mitt val av metoden, hittade inte material eller så sökte jag på fel databaser. För vidare forskning skulle en annan metod kunna väljas, eventuellt någon form av intervjuer då man konkret skulle få upp en diskussion kring detta ämne.

## KÄLLOR

- Aalik, Hiie & Larsson, Jan-Olov & Smedje Hans. 2006, Health-related quality of life in parents of school-age children with asperger syndrome or high-functioning autisme. PMC. S 1-15
- Aarsland, Dag & Figved, Nanna & Larsen, Jan Petter & Morten Myhr, Kjell. 2006, Caregiver burden in multiple sclerosis:the impact of neuropsychiatric symptoms. PMC. S 1-14
- B.-C. Shu & C. Huang & F.-W. Lung. 2002, Mental health of primary family caregivers with children with intellectual disability who receive a home care program. BlackWell Science Ltd. S 257-263
- Caqueo-Urizar, Alejandra & Gutierrez-Maldonado, Jose & Miranda-Castillo, Claudia. 2009 Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. Licensee BioMed Centra Ltd. s 1-5
- Ekwall, Anna K & Hallberg, Ingalill R & Sivberg, Bengt. 2003, Lonliness as a predictor of quility of life among older caregivers. BlackWell publishing Ltd. s.23-32
- Ekwall, Anna K & Hallberg, Ingall R & Sivberg, 2004. Dimensions of informal care and quality og life among elderly family caregivers. Nordic Collage of caring Science. S. 239-248
- Ekwall, Anna K & Hallberg, Ingalill & Sivberg, Bengt. 2007, Oldercaregivers coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. Journal compilation Blackwell Publishing Ltd. s 584-596
- Hagihara, Akihito & Nobutoma, Koichi & Ymanda, Miho. 2008, Coping strategies, care manager support and mental health outcome among japanese family caregiver. Blackwell Publishing Ltd. S. 400-409
- Hallberg, Ingalill 1988. Psykisk hälsa psykisk omvårdand. Andra upplagan. Nordsteds tryckeri, Stockholm ISBN 91-24-34187-8 S. 152
- Hallberg, Ingalill 1988. Psykisk hälsa psykisk omvårdand. Andra upplagan. Nordsteds tryckeri, Stockholm ISBN 91-24-34187-8 S. 152
- Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn. 1997. Forskningsmetodik. Studentlitteratur. Andra upplagan. Studentlitteratur, Lund ISBN 91-44-00211-4. S. 360
- Heiskanen, Tarja & Jorm, Anthony & Kitchener, Betty & Salonen, Kristina. 2002. Handbok i psykiska förstahjälpen. Förening för mental hälsan i Finland. Andra upplagan. Mainostoimisto visuviestintä oy. ISBN 978-952-5513-52-3 s. 1-137

- Jacobsen, Ingvar Dag, 2007. Förståelse, beskrivning och förklaring. Studentlitteratur AB Lund. ISBN 978-91-44-00638-3. S. 316
- Jeon, Yun-Hee, 2004. Shaping mutuality: Nurse-family caregiver interactions in caring for older people with depression. *International Journal of health nursing*. S 126-134
- Kaskiharju, Eija & Oesch-Börman, Christina & Sarvimäki, Anneli 2008. Omaishoitajuiden subjektipositivien paikannuksia ryhmähaastattelussa. *Gerontologia* 2008/4
- Klockars, Kristian & Österman, Bernt. 1995, Begrepp om hälsa: filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård, Stockholm: Liber utbildning ISBN 91-634-1405-8. S. 278
- Kitrungrote, Luppunen & Cohen, Marlena Z. 2006 Quality of life of family caregivers of patients with cancer: A literature review. *Oncology nursing forum*. S 625-632.
- Kalokerinou, Athena & Papacostas, Savves & Papastavrou, Evridiki & Tsangari, Haritini & Sourtzi, Panagiota. 2007 Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. Blackwell publishing Ltd. s 446-457
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa. 1998 Sisällön analyysi, hoitotiede.
- Larson Klingberg, Solveig. 2000. Stressutlösta utmattningsreaktioner och utbrändhet. Liber AB, Stockholm. ISBN 91-47-04990-1. S 64
- Leinonen, Anu 2009/1. Tutkittavana työssäkäynnin ja omaishoivan yhdistäminen: keskiarvoja, kokemuksia ja käsitteellistämisen tarpeita. *Gerontologia*.
- Lohmann, Hans 1972. Psykisk hälsa och mänsklig miljö, 3:e upplagan Liber tryckeri, Stockholm. ISBN 91-38-03142-6. S 352
- Lökk, Johan 2009. Närståendevårdare- oorganiserad, oerkänd och oavlönad omsorgsresurs: karolinska institutet. s. 1-10
- Olsson, Henny & Sörensen. Stefan. 2007 Forskningsprocessen. Andra upplagan. Liber AB. ISBN 978-91-47-08408-1. S 190
- Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina. 2000 Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. Blackwell Science Ltd. s. 1025-1033
- Piras, Giovanni Talucci, Carola Vellone, Ercole & Zichi Cohen, Marelene. 2007 Quality of life for caregivers of people with alzheimer's disease. Blackwell Publishing Ltd. s 222-231

<http://tidskrift.nu/?TidskriftsId=50&action=artTids> 15.8.2003