



SAHLGRENKA AKADEMIN

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Hur personer med alkoholberoende upplever sin egen betydelse i sitt sociala sammanhang: En klinisk kvantitativ studie

Otto Bäckström Olsson & David Ahrner

| | |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Titel | Hur personer med alkoholberoende upplever sin egen betydelse i sitt sociala sammanhang: En klinisk kvantitativ studie |
| Title | How Individuals with Alcohol Dependence Perceive Their Own Significance in Their Social Context: A Clinical Quantitative Study |
| Examensarbete: | Kandidatuppsats, 15 hp |
| Program/kurs: | Sjuksköterskeprogrammet/OM5250 |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | HT/2023 |
| Författare | Otto Bäckström Olsson & David Ahrner |
| Handledare: | Lisen Dellenborg och Cecilia Wallmark Nilsson |
| Examinator: | Lena Johansson |

Förord

Vi vill börja med att tacka våra exemplariska handledare Lisen Dellenborg och Cecilia Wallmark Nilsson som var ett ovärderligt stöd i arbetsprocessen. Vi vill också tacka Andrea de Bejczy för hennes hjälp med dataredovisningsstruktur.

Abstrakt

Överdriven alkoholkonsumtion kan resultera i en sämre hälsa, såväl fysisk, psykisk som social. Vi vill i detta arbete undersöka hur personer med alkoholberoende upplever sin egen betydelse i sitt sociala sammanhang beroende på civilstånd, ålder, sociala kontakter och kön. Vi har fått ta del av data från en pågående longitudinell studie som genomförs på två slutna enheter vid två beroendekliniker i västra Sverige. Personer inlagda för behandling av alkoholberoende har bland annat gjort bedömningar kring *sin egen betydelse*. De deltagare som svarat att de har en bristande relation till sina barn, sin familj och/eller sitt sociala nätverk skattar lägre än de som svarat att dessa relationer är goda. Att belysa vikten av goda sociala relationer är centralt i rehabiliteringen av den alkoholberoende då tidigare forskning är entydig gällande rollen goda sociala relationer har för att förebygga alkoholberoende, och för benägenheten för den alkoholberoende att genomgå beroendevård och således kunna stå emot sitt beroende.

Nyckelord: Alkoholberoende, alkohol, alkoholmissbruk, substansbrukssyndrom, Sverige, personcentrering, personcentrerad vård, VAS, visuell analog skala, social hälsa, socialt utanförskap, social delaktighet, social inklusion, barn, familj, socialt nätverk.

Abstract

Excessive alcohol consumption can result in poorer health, both physically and mentally, as well as socially. In this study, we aim to investigate how individuals with alcohol dependence perceive their own significance in their social context based on marital status, age, social contacts, and gender. We were given access to data from an ongoing longitudinal study conducted at two closed units at two addiction clinics in western Sweden. Individuals admitted for alcohol dependence treatment have, among other things, assessed their own significance within their social context. Participants who reported having strained relationships with their children, family, and/or social network rated lower than those who reported having good relationships. Highlighting the importance of strong social relationships is crucial in the rehabilitation of individuals with alcohol dependence, as previous research consistently emphasizes the role of positive social relationships in preventing alcohol dependence and in the likelihood of individuals with alcohol dependence undergoing addiction treatment and, thus, resisting their dependence.

Keywords: Alcohol dependence, alcohol, alcohol abuse, substance use disorder, Sweden, person-centered care, person-centered healthcare, VAS, visual analog scale, social health, social exclusion, social participation, social inclusion, children, family, social network.

Innehållsförteckning

Innehåll

| | |
|-------------------------------------------|----|
| Introduktion..... | 6 |
| Bakgrund | 6 |
| Alkoholberoende | 6 |
| Sociala konsekvenser av beroende..... | 7 |
| Sociala perspektiv | 8 |
| Social hälsa | 8 |
| Känsla av Sammanhang | 8 |
| Familjebegreppet..... | 9 |
| Vård vid beroende | 9 |
| Omvårdnad i teori och praktik..... | 10 |
| Personcentrering | 10 |
| Delaktighet /Patientdelaktighet | 10 |
| Visual Analog Scale (VAS) | 11 |
| Problemformulering | 11 |
| Syfte | 12 |
| Metod | 12 |
| Studiedesign och population | 12 |
| Datainsamling | 12 |
| Beskrivning av analysprocessen | 13 |
| Etik..... | 13 |
| Kritisk reflektion kring förståelse | 13 |
| Resultat..... | 14 |
| Diskussion | 18 |
| Metoddiskussion | 18 |
| Resultatdiskussion | 19 |
| Referenser | 22 |
| Bilagor..... | 27 |

Introduktion

Alkohol är Sveriges vanligaste berusningsmedel (Trolldal, 2018) och många associerar alkoholkonsumtion med njutning och nöje (Ramstedt m.fl., 2020). Lätt och måttlig konsumtion har länge ansetts minska folksjukdomar, något som idag anses kontroversiellt. Man vet idag med säkerhet att en överkonsumtion leder till problem, både medicinskt såväl som socialt. En väsentlig del av hela den svenska sjukdomsburden, ca 3,4 % är orsakad av just överkonsumtion av alkohol (Agardh m.fl., 2015). Dessutom har alkohol samhällsekonomiska konsekvenser som beräknas kosta svenska samhället cirka 100 miljarder kronor årligen (Ramboll, 2019).

Ca 4 % av befolkningen i Sverige har enligt Landberg m.fl. (2015) problem med överkonsumtion och är alkoholberoende. Alkoholberoendets fysiologiska konsekvenser är sedan tidigare väldokumenterade, däremot saknas forskning om hur personer med alkoholberoende upplever sin situation.

Enligt svensk sjuksköterskeförening, ska den legitimerade sköterskan bedöma patientens hälsotillstånd genom patientens subjektiva upplevelser såväl som objektiv data. Enligt Forsman m.fl. (2019) är upplevelsen hos patienten en central del av personcentrerad omvårdnad. Genom att belysa patienters upplevelser kan sjuksköterskan enklare identifiera de möjligheter och utmaningar som patienten står inför på sin resa mot återhämtning.

Enligt Antonovsky (1991, sid 42, 43) är hälsa något som uppstår när känsla av sammanhang upplevs. Och därmed är det av vikt för patienten att ha en känsla av sammanhang så att hen kan uppleva hälsa. Att främja hälsa och att återställa hälsa är enligt svensk sjuksköterskeförening och International Council of Nurses (2023) två av de fyra grundläggande ansvarsområdena i omvårdnaden. Det är därmed ett centralt ansvar för sjuksköterskan att ta hänsyn till patientens upplevelse av sitt sammanhang för att därmed kunna anpassa vården efter patientens individuella förutsättningar.

Bakgrund

Alkoholberoende

Inom hälso- och sjukvården diagnostiseras alkoholberoende utifrån International Classification of Disease, version 10 (ICD-10). Tidigare har termen alkoholmissbruk använts flitigt men då begreppet anses stigmatiserande är alkoholberoende nu den föredragna termen. För att ställa diagnosen alkoholberoende krävs att tre av följande sex kriterier skall vara uppfyllda under det senaste året (Socialstyrelsen, 2022).

1. Starkt behov, eller ”sug”
2. Svårigheter att kontrollera konsumtionen
3. Förekomsten av abstinenssymtom
4. Toleransökning
5. Tilltagande ointresse av annat än substansen
6. Fortsatt konsumtion trots skador

De fysiologiska konsekvenserna av alkoholkonsumtion är väldokumenterade. Prevalensen av följande tillstånd och sjukdomar påverkas särskilt av alkoholkonsumtion.

Hög alkoholkonsumtion är kopplat till ökad risk för cancer (Baan m.fl. 2007), diabetes (Rasouli m.fl., 2014; Haas m.fl., 2022), leversjukdomar (Irving, m.fl. 2009), psykiska sjukdomar (Kessler, 1997; Borges & Loera, 2010), epileptiska anfall (Samokhvalov m.fl., 2010) och hjärt- och kärlsjukdomar (Roerecke & Rehm, 2010; Taylor m.fl., 2009).

Alkohol är ofta en bidragande faktor i olycksfall. Alkohol börjar påverka motoriken negativt vid blodalkoholhalter på 0,4–0,5 ‰, detta resulterar i högre olycksfallsrisk. Litteraturen visar att skaderisken även ökar vid lägre blodalkoholhalter jämfört med ingen alkoholkonsumtion (Taylor, m.fl. 2010). Alkohol är också kopplat till aggression och mordförsök. Som exempel kan nämnas att alkoholkonsumtionen per capita i Ryssland sjönk med 25 procent mellan 1984-1987, samtidigt förekom 40 procent färre dödsfall bland män som resultat av mord under samma period (Bobadilla m.fl., 1997).

Sociala konsekvenser av beroende

De sociala effekterna av alkoholberoende tar många olika former, och att försöka täcka dem alla inom ramen för detta arbete blir oöverkomligt. Vi har därför valt att fokusera på de sociala aspekter som vi genom att titta på tidigare forskning funnit spelar en central roll i utfallet av beroendevården. I Davis m.fl. (2016) kan vi läsa om hur skam och stigmatisering påverkar den alkoholberoende personen. Skam hindrar återhämtning från beroende, och genom att i vårdprocessen inrikta sig på att minska skammen kan man nå bättre vårdresultat. Deltagare i Davis studie beskrev hur deras mindervärdeskänslor minskade när de genom drickande fick kontakt med andra personer, på liknande vis utvecklade de ett nytt sätt att förstå sina egna upplevelser och sin egen skam då de deltog i möten genom Anonyma Alkoholister och fick höra om andras narrativ. Den beroende individen bär ofta med sig känslor av att brista som person, att den är alldeles unik i sina tillkortakommanden och därför känner en stor skam inför sitt drickande. Genom att fokusera på individens historia och berättelse, i ett säkert rum med personer som genomgått liknande saker får den alkoholberoende personen möjlighet att processa saker som belastar den (Sawer m.fl., 2019). Alkoholkonsumtion gör också personer mer benägna att engagera sig i riskbeteenden som rattfylleri med risk för personskador och oskyddat sex vilket kan resultera i sexuellt överförbara sjukdomar (George m.fl., 2009).

Att prata om den skam och de känslor en person kan uppleva i relation till sitt drickande tycks alltså vara en viktig del i vårdprocessen den alkoholberoende personen genomgår. Åkerlind och Hornqvist (1992) lyfter fram tidigare forskning i sin artikel som pekar på att personer med alkoholberoende tenderar att alienera andra. Att de stöter bort sina närstående genom upprepade provokationer möjligtvis för att testa deras gränser, och huruvida de kan lita på dem och att de ”står kvar vid deras sida”. I en intervjustudie av Wangenstein och Hystad (2021) beskriver deltagarna hur nära relationer med familj, partners och vänner är både krävande och hjälpsamt i relation till deras beroende. De talade också om hur viktigt det var att känna en känsla av säkerhet i relation till olika sociala livsaspekter såsom boende, ekonomi och sitt närområde. Malatesh m.fl. (2020), Tokar m.fl. (1973) och Blane (1968) poängterar vikten av att vårda sina sociala relationer som alkoholberoende, då detta visat sig

påverka dels hur benägen personen är att genomgå vård för sitt beroende, och hur bra utfall denna vård får (Billings & Moos, 1983).

I en studie av Malathesh m.fl. (2020) uppmärksammas problem som är vanliga hos personer med diagnostiserat alkoholberoende. De fann att 83,5 % hade problem med närvaro på arbetet, 69,3% hade haft svåra konflikter med sin partner, 53,8 % hade varit förövare i en misshandel, och 59,3% hade kört bil påverkade. De fann en signifikant korrelation mellan arbetslöshet och förekomst av polisanmälan mot alkoholberoende personer. Dessa data pekar på att alkoholbruket riskerar att hindra personerna från att uppnå och bibehålla en god hälsa, dels genom utåtagerande aggressiva beteenden och konflikter med närstående vilket är tecken på bristande social hälsa. Likaså hade den överhängande majoriteten problem med närvaro på arbetet, vilket riskerar deras sociala hälsa genom den överhängande risken för inkomstförlust.

Stöter den alkoholberoende bort människor runt omkring sig minskar dennes sociala nätverk, går det långt kan personen stå kvar alldeles ensam. Ensamhet är signifikant relaterat till prevalens av alkoholberoende (Sadava & Thompson, 1986). Det är alltså viktigt att personer som genomgår behandling för alkoholberoende får komma till tals och ventilera sina känslor om skam och skuld. Vårdpersonal kan bereda personen att prata om de sociala relationer de finner särskilt viktiga, och med hjälp av vårdpersonal och andra personer med erfarenhet av beroende etablera förhållningssätt till inte bara alkohol utan också de personer de har runt omkring sig. Vare sig de sociala kontakterna är "goda" eller "sämre" är ett kritiskt förhållningssätt nyttigt för att den alkoholberoende ska uppnå bästa möjliga förutsättningar för sin beroendevård och således sin hälsa (Malathesh m.fl., 2020).

Sociala perspektiv

Social hälsa

Social hälsa definieras som den mängd sociala, icke-medicinska faktorer som påverkar hälsoutfallet för en individ (WHO, 2023). Däribland finner man bland annat:

1. Boendesituation
2. Socioekonomisk status
3. Utbildningsnivå
4. Sysselsättning
5. Tillgång till hälso- och sjukvård till ett rimligt pris
6. Social inkludering

Även system som påverkar det vardagliga livet inkorporeras, såsom ekonomiska policyer och system, sociala normer och politiska system (WHO, 2023).

Känsla av Sammanhang

Enligt Willman (2019, sid 36) kan Aaron Antonovskys holistiska modell om hälsa och ohälsa vara ett bra verktyg för att illustrera de sociala effekterna av alkoholberoende. Modellen menar att hälsa uppstår när personen ifråga upplever en känsla av sammanhang (KASAM, på engelska Sense of Coherence, SOC).

Antonovsky bryter ned KASAM i tre dimensioner; Hanterbarhet, Begriplighet och Meningsfullhet. Hanterbarhet handlar om hur väl personen upplever sig kunna hantera olika

situationer den kan komma att utsättas för, samt om personen upplever sig ha de verktyg som krävs för hanteringen. Hanterbarhet handlar alltså om huruvida personen upplever att hen kan klara av att påverka en situation själv eller om det är mer ödet som styr (Willman, 2019, sid 36). Begriplighet beskriver i vilken mån personen ifråga uppfattar och förstår sin omgivning och vad som händer en själv. Det handlar om hur personen uppfattar omvärlden; om den uppfattas som mer strukturerad och rimlig, eller om den upplevs som mer kaotisk och otydlig (Langius-Eklöf & Sundberg, 2019, sid 51, 52, 53; Willman, 2019, sid 36).

Meningsfullhet anses vara den viktigaste dimensionen av känslan av sammanhang och beskriver personens upplevelse av motivation och engagemang i det som händer. Det vill säga att det handlar om hur personen upplever sin betydelse i sin livsvärld, vilket är relevant för vårt syfte som handlar om att undersöka hur personer med alkoholberoende upplever sin betydelse (Langius-Eklöf & Sundberg, 2019, sid 51, 52, 53; Willman, 2019, sid 36).

Familjebegreppet

I studien vi hämtar data ifrån definieras inte familjebegreppet specifikt. Studien utgår från de svarandes egen definition av familj, som en dynamisk konstellation av varelser. En familj kan till exempel vara den svarande och dennes barn, och/eller dess husdjur, morförälder, vänner, bekantskaper. Att personen i fråga personligen anser att individerna utgör en del av deras familj/sociala sammanhang är det centrala i definitionen, istället för på förhand uppställda kriterier om släktskap eller boendeform.

Familjen är ett centralt studieobjekt inom många former av vetenskap, sociologi, psykologi och antropologi för att nämna ett fåtal. Hur familj definieras skiljer sig markant beroende på vem som tillfrågas, i många kretsar anses familj vara synonymt med alla personer boende i samma hushåll men denna definition är bristfällig då en kan vara sammanboende med någon utanför sin familj, och då personer man anser del av sin familj också kan bo utanför det egna hemmet. I dagens globala samhälle kan ens barn bo på andra sidan jordklotet utan att relationen lider, på samma sätt kan man bo tillsammans med personer man inte har släktskapsband till och kan anse dem en del av sin familj, eller inte (Sharma, 2013).

Vård vid beroende

Detoxifiering är termen som används för att beskriva processen av att avvänja en person från en psykoaktiv substans på ett säkert sätt, genom att antingen gradvis sänka mängden substans i kroppen eller ersätta den med en annan farmakologisk agent och gradvis minska mängden av denna. Bensodiazepiner är den vanligaste, säkraste och effektivaste substansen som används vid alkohol-detox (Saitz & O'Malley, 1997). Vid behandling får patienten bensodiazepiner dagligen, dosen beror på hur mycket alkohol personen konsumerat och när de drack senast. Vanligtvis används ett nedtrappningsschema på tre till sju dagar för att patienten skall bli fri från bensodiazepinerna (Guterstam, 2023).

Social rehabilitering är därtill en central del av behandlingen för alkoholberoende, dessa interventioner kan exempelvis försöka minska samröre med ”hög-risk individer” som riskerar hindra personens rehabilitering eller bidra till återfall. Sjuksköterskan kan hjälpa personen utveckla ett stödnätverk av säkra bekantskaper som bidrar till en god social miljö för återhämtning, bidra med verktyg för att reparera skadade relationer och/eller skapa nya hälsosamma relationer (Malathesh m.fl., 2020).

Omvårdnad i teori och praktik

Personcentrering

I strävan efter en personligt anpassad vård står patientberättelsen i centrum. Det första steget för att initiera ett partnerskap inom omvårdnad är att sätta patienten och hans livssituation i centrum och låta diagnosen stå åt sidan. I Ekman m.fl. (2014, sid 80,81) och Ekman m.fl. (2011) beskrivs patientberättelsen som den sjukas personliga redovisning av hans sjukdom och den påverkan denna har på dennes liv. De biologiska indikationerna av tillstånd och sjukdomar som är centrala inom medicinvetenskapen agerar inom personcentrering som komplement till narrativet som patienten presenterar (Lidén & Svensson, 2014, sid 141,142). Inom personcentreringen lyfts maktfördelningen mellan patient och vårdare fram som asymmetrisk, självaste ordet patient härstammar från det latinska ordet "pati" som betyder lidande och väntan (Neuberger & Tallis, 1999). Man utlämnar sig själv till de många professioner involverade i vården och efterfrågar en annans expertis och kunskap om frågor och krämpor man själv inte har svar på (Kristensson, 2014, sid 21,22). Då många patienter förväntar sig att bli informerade om sitt tillstånd snarare än att själva berätta kan omställningen till att ställa den personliga berättelsen i centrum vara svår.

Sjukvårdspersonalen har ett ansvar att informera och handleda patienten i detta. När vi berättar uttrycker vi vår identitet, som hör ihop med vår självbild och livssituation (Andershed m.fl., 2020), berättelsen är mer ofta än inte nyanserad och patienten är inte alltid medveten om de komponenter i deras berättelse som kan vara till nytta för deras vård. Att sträva efter en öppen kommunikation med mer jämlika maktförhållanden i partnerskapet mellan vårdare och patient är av högsta vikt, då det är patientens personliga berättelse och upplevelse som sätter de yttersta ramarna för dennes vård och inte den medicinska statistiken.

Delaktighet /Patientdelaktighet

Delaktighet för patienter inom vården började diskuteras i väst runt 1950-talet. Enligt Eldh (2019, sid 567) kan ordet patientdelaktighet (i form av patient participation på engelska) återfinnas i vårdlitteratur sedan 1960-talet. Innan dess präglades synen på vård av att patienten skulle vara passiv deltagare, snarare än aktiv. Patientdelaktighet är enligt Svensk Mesh "Patienters medverkan i beslutsfattandet i hälsofrågor." Socialstyrelsen (2015) beskriver patientens delaktighet som patientens inverkan, engagemang i planering och beslutsfattning gällande sin vård. Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem (2001) beskriver delaktighet som patientens engagemang i sitt egenvårdsbehov, något som förutsätter både kunskap och intresse. Vidare menar hon att sjuksköterskans förmåga att förmedla denna kunskap till patienten är beroende av att sjuksköterskan vet vad patienten behöver veta, vilket är något som i sin tur förutsätter att det sker en dialog mellan sjuksköterskan och patienten angående patientens befintliga kunskap.

Sahlsten m.fl. (2008) menar att patientdelaktighet kännetecknas av 4 delar:

1. *Att bygga en relation mellan vårdgivare och patient:* vilket handlar främst om att skapa och bibehålla en bra, ömsesidigt, förtroendefull, respektfull och sammanhängande relation.
2. *Ge upp en del av sjuksköterskans makt:* det handlar framförallt om att nivån av kontroll som sjuksköterskan har påverkar graden av patientdelaktighet. Engagemang är avgörande för patientdelaktighet. Delaktigheten innefattar

- jämlikhet, förhandling och ansvar. Egenvård och andra aktiviteter som patienten klarar av att hantera fördelas ut till patienten, vilket också innebär att patienten får ett större medföljande ansvar.
3. *Delad information och kunskap*: För delaktighet krävs meningsfullt information- och kunskapsutbyte mellan sjuksköterskan och patient. Detta innefattar att som sköterska erhålla att patientens önskemål, åsikter, förväntningar och erfarenheter och därefter individuellt anpassa informationen och kunskapen som ges till patienten.
 4. *Aktiv ömsesidigt engagemang i intellektuella såväl som fysiska aktiviteter*: Delaktighet kräver aktivt engagemang från både patienten och sjuksköterskan genom alla delar av omvårdnadsprocessen. Att som sjuksköterska vara inbjudande, uppmuntrande, stöttande är essentiellt för delaktighet. Patientens villighet att delta i ömsesidigt engagemang är associerat med bland annat förmåga, hälsostatus, attityd och tillit.

Patientdelaktighet kan sammanfattas som att den handlar om att engagera och involvera patienter i beslut som tas och de processer som ingår i deras vård och behandling. Det syftar till att se patienten som en aktiv partner i sin vård och att respektera dennes rätt att involveras i beslut och att uttrycka sina önskemål och åsikter. Genom att främja patientdelaktighet ämnar man att skapa ett mer jämlikt och respektfullt partnerskap mellan patienten och vårdgivaren, där beslut fattas tillsammans och/eller efter patientens individuella behov, värderingar och önskemål vilket torde leda till ett bättre utfall i vården.

Visual Analog Scale (VAS)

Skattningsinstrumentet som användes var bland annat Visuellt Analog Skala (VAS). VAS är en traditionell skala för mätning av smärta som har sin grund i Hayes & Patterson (1921) där den refererades till som "Graphic Rating Method". Enligt Pedersen & Roslund (2008) är VAS en psykometrisk skala som används som mätmetod för att omvandla subjektiva upplevelser till objektiva data. Den är en endimensionell skala dvs en horisontell linje, oftast 10 cm där vänstra startpunkten av linjen normalt sett är lägsta intensitet, exempelvis ingen smärta och högra slutpunkten är högsta intensitet, exempelvis maximal smärta. Personen vars upplevelse ska mätas markerar på linjen sin upplevda intensitet av det som efterfrågas. Sedan mäts sträckan, oftast i millimeter, från startpunkten till markeringen för att kvantifiera upplevelsen.

VAS har många fördelar jämfört med andra skalor (Pedersen & Roslund, 2008). Det går snabbt att fylla i och kräver därför ingen större ansträngning. Vid verbal skattning riskerar vokabuläret att hindra en exakt beskrivning. VAS har som fördel över nummerade skalor att den har en större känslighet och frihet. Om man jämför med verbala skalor är VAS också mer känslig eftersom den tillfrågade i verbala skalor tvingas översätta sin upplevelse till ett uttryck som kanske inte exakt motsvarar hans egna upplevelse. Nackdelen med VAS är att det finns de som föredrar att beskriva sina upplevelser med ord. VAS mäter endast intensiteten av en upplevelse och fångar inte alltid djupet. En annan nackdel med VAS är att det finns en risk för att överskatta intensiteten av sin upplevelse.

Problemformulering

Alkoholberoende förekommer hos ungefär 4% av Sveriges vuxna befolkning. I forskning och klinisk verksamhet finns kunskap om hur beroendetillstånd kan försämra den fysiska och psykiska hälsan. Det saknas dock kunskap om hur personer med alkoholberoende upplever *sin egen betydelse* i sitt sociala sammanhang, så som att känna sig behövd, att känna att ens liv är meningsfullt och att bry sig om det som händer i omgivningen. Det kan vara svårt för sjuksköterskan att bedöma detta för att implementera olika interventioner och strategier för att stötta personen i sin återhämtning och hälsa. För att arbeta personcentrerat som sjuksköterska krävs ökad kunskap om hur personer med alkoholberoende upplever sin egen betydelse i sociala sammanhang, vilket ökar sjuksköterskans förförståelse för patientgruppen. Utan denna kunskap riskerar sjuksköterskan att missa faktorer viktiga för att stötta patienten i att stå emot sitt beroende.

Syfte

Beskriva hur personer med alkoholberoende upplever sin egen betydelse i sitt sociala sammanhang beroende på civilstånd, ålder, sociala kontakter och kön.

Metod

Studiedesign och population

Uppsatsen har använt forskningsdata från en pågående NordAlc-studie, en longitudinell studie som rekryterat deltagare från två slutenvårdsavdelningar för alkoholberoende i Västsverige. Varje deltagare genomgår ett basbatteri av frågeformulär, undersökningar och provtagningar samt neurometriska tester. Studien undersöker exempelvis relationen mellan symtom, testresultat, prognos, behandlingsutfall och objektiva markörer, och letar efter kluster och mönster som kan förklara skillnader i sjukdomsbilden hos alkoholberoende. Uppföljningar är planerade att ske efter 1 år, 5 år och 10 år.

Personalen på respektive avdelning tillfrågades om de kunde identifiera någon patient som vill/orkar delta i studien som tar två till tre timmar att genomföra. Oftast befann sig de deltagande patienterna i slutet av sin behandling. Vid signering av informerat samtycke kontrollerades deltagarnas blodalkoholhalt genom ett så kallat blåstest. För godkänt deltagande krävdes ett resultat på under 0,2 ‰ alkohol. Av de 54 deltagarna som hittills varit med i NordAlc var det åtta som saknade svar på några av de centrala frågeställningar, varför totalt 46 inkluderas i denna studie.

För att besvara uppsatsens syfte har vi använt kvantitativ metod enligt Olsson & Sörensen (2021, sid 227,228,229).

Datainsamling

Studien har samlat in uppgifter av deltagare genom strukturerade intervjuer med frågeformulär ifyllt med stöd av sjuksköterskor som genomgått en studierelaterad utbildning. Datan innehöll information om deltagarens kön, ålder, civilstånd, huruvida de har barn eller ej, huruvida de hade kontakt med sina barn eller ej, om de hade kontakt med sin familj eller ej och om de bedömer sig ha ett fungerande socialt nätverk. Deltagarna gjorde även en

bedömning av de 3 frågorna/påståendena: (1) Känner mig behövd, (2) Känner att jag bryr mig om det som händer, och (3) Känner att mitt liv har mening. Skalan för dessa skattningar gjordes på en VAS-skala (Visuell Analog Skala) med värden från 0 - 100 mm, där en lägre skattning representerar en lägre känsla av att känna sig behövd, av att bry sig om vad som händer eller känsla av mening med livet. En högre skattning representerar en högre känsla av att känna sig behövd, av att bry sig om vad som händer eller känsla av mening med livet.

Beskrivning av analysprocessen

Först beräknades medelvärdet för de 3 huvudfrågorna; (1) Känner mig behövd, (2) Känner att jag bryr mig om det som händer, och (3) Känner att mitt liv har mening. Sedan beräknade vi medelvärdet för kvinnorna för sig och männen för sig (Tabell 1). Vi beräknade därefter medelvärdet för män, kvinnor och samtliga deltagare utifrån tre ålderskategorier; (1) Vuxna 19-44 år, (2) Medelålders personer 45-64 år, och (3) Äldre, 65 år och över (Tabell 3-5). Ålderskategorierna är etablerade utifrån engelska definitionen i Svensk MeSh. Valda ålderskategorier bygger på att varje grupp har mycket gemensamt i form av prevalensen av olika sjukdomar.

Vi beräknade även medelvärdet för de tre huvudfrågor (se ovan) för samtliga deltagare och för kvinnor och män var för sig med hänsyn till följande variabler: (1) om de lever med partner eller inte, (2) om de har kontakt med sina barn eller inte, (3) om de har kontakt med sin familj eller inte, och (4) om de har ett socialt nätverk eller inte (Tabell 6-8). kvinnor respektive mäns medelvärde på de tre frågorna där vi bröt ner de som inte lever med partner till skilda och ensamstående och gjorde sedan en numerisk jämförelse med dessa och de som lever med partner av respektive kön (Tabell 9 och 10)

Etik

Information om bakgrundsstudien som vi tagit del av gavs muntligen av de forskare som intervjuade, de gick sedan igenom samtyckesformulär innan informerat samtycke erhöles av de deltagare som var intresserade av fortsatt deltagande. Frivillighet och att deltagarna när som helst kan avbryta sitt deltagande i studien utan att ange orsak betonades inför varje moment i studien. Datan vi tog del av förvarades i en krypterad, kodlåst USB-sticka som förvarades i låst säkerhetslåda i ett utrymme skyddat av säkerhetsdörr av stål. Deltagarna tilldelades ett nummer som endast forskarna från bakgrundsstudien hade möjlighet att koppla till en enskild person, vilket gör risken för att information kommer ut som kan kopplas till någon av deltagarna minimal. Vår studie har fått etiskt godkännande av etikprövningsmyndigheten vid Sahlgrenska Institutet.

Kritisk reflektion kring förförståelse

Innan vi påbörjade dataanalysen skrev vi ned våra förväntningar på svaren i ett försök att skildra vår förförståelse, detta för att minska risken för bias. Vi förväntade oss att män skulle skatta högre mer till höger på VAS, med andra ord uppleva en högre känsla av de olika påståendena jämfört med kvinnor, och att de utan kontakt med sina barn, familj och utan

fungerande socialt nätverk skulle skatta lägre (mer till vänster på VAS, med andra ord upplever en lägre intensitet) på de olika påståendena jämfört med de med kontakt med sina barn, familj, och med ett fungerande socialt nätverk. Generellt trodde vi att en överhängande majoritet skulle skatta under 70 mm på de olika frågorna.

Vi förväntade oss att de svarande skulle skatta under vad en person som inte är alkoholberoende hade skattat. Vi förväntade oss också att kvinnor skulle skatta lägre än män generellt, och att det fanns en negativ korrelation mellan ålder och skattning, det visade sig vara tvärtom. Vi trodde också att de i relationer skulle skatta högre än de som uppgav sitt civilstånd som ensamstående. Också de som inte har kontakt med sina barn förväntade vi oss skulle skatta lägre.

Resultat

I Tabell 1 redovisas de 46 deltagarnas bakgrund.

Tabell 1

| | kvinnor | | män | | totalt | |
|------------------------------------|---------|---------------|-----|---------------|--------|---------------|
| | n | medel eller % | n | medel eller % | n | medel eller % |
| Demografi | | | | | | |
| Ålder, medelålder i år (spridning) | 16 | 51,9(28-82) | 30 | 53,3(25-71) | 46 | 52,8(25-82) |
| Vuxna, 19-44 år | 7 | 15% | 6 | 13% | 13 | 28% |
| Medelålders personer, 45-64 år | 6 | 13% | 22 | 48% | 28 | 61% |
| Äldre, 65 år eller äldre | 3 | 7% | 2 | 4% | 5 | 11% |
| Kön | 16 | 35% | 30 | 65% | 46 | 100% |
| Civilstånd | | | | | | |
| Ensamstående | 10 | 22% | 17 | 37% | 27 | 59% |
| Skilda | 1 | 2% | 5 | 11% | 6 | 13% |
| Lever med partner | 5 | 11% | 8 | 17% | 13 | 28% |
| Sociala kontakter | | | | | | |
| Har kontakt med sitt/sina barn | 9 | 20% | 19 | 41% | 28 | 61% |
| Har ej kontakt med sitt/sina barn | 1 | 2% | 4 | 9% | 5 | 11% |
| Har ej barn | 6 | 13% | 7 | 15% | 13 | 28% |
| Har kontakt med sin familj | 14 | 30% | 27 | 59% | 41 | 89% |
| Har ej kontakt med sin familj | 2 | 4% | 3 | 7% | 5 | 11% |
| Har ett socialt nätverk | 10 | 22% | 24 | 52% | 34 | 74% |
| Har ej ett socialt nätverk | 6 | 13% | 6 | 13% | 12 | 26% |

n=antal personer

I Tabell 2 redovisas deltagarnas svar gällande påståendena “känner mig behövd”, “bryr mig om det som händer”, och “känner att mitt liv har mening”. Män skattade numeriskt något högre värden än kvinnor. Både män och kvinnor skattade högst på “bryr om det som händer”.

Tabell 2

| Medelvärde VAS-skattning i mm | | | |
|--------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| | <u>kvinnor</u> | <u>män</u> | <u>totalt</u> |
| | medel(spridning) | medel(spridning) | medel(spridning) |
| Frågor | | | |
| Känner mig behövd | 57,4(2-100) | 60,6(0-100) | 59,5(0-100) |
| Bryr mig om det som händer | 64,5(12-100) | 70,4(0-100) | 68,3(0-100) |
| Känner att mitt liv har mening | 53,3(1-100) | 62,5(0-100) | 59,3(0-100) |

mm=millimeter

I Tabell 3 redovisas värden gällande påståendet "känner mig behövd" utifrån ålder. Vuxna (19-44 år) skattade lägst och äldre (65 år och över) skattade högst.

Tabell 3

| VAS-skattning för "känner mig behövd" i mm | | | |
|--------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| | <u>kvinnor</u> | <u>män</u> | <u>totalt</u> |
| | medel(spridning) | medel(spridning) | medel(spridning) |
| Ålder | | | |
| Vuxna, 19-44 år | 53,3(6-97) | 43,3(0-94) | 48,7(0-97) |
| Medelålders personer, 45-64 år | 58,0(2-100) | 64,5(0-100) | 63,1(0-100) |
| Äldre, 65 år eller äldre | 65,7(36-83) | 69,0(48-90) | 67,0(36-90) |

mm=millimeter

I Tabell 4 redovisas värden gällande påståendet "bryr mig om det som händer" utifrån ålder. Vuxna (19-44 år) skattade i medel numeriskt lägst, medan medelålders personer (45-64 år) skattade högst och äldre (65 år och över) skattade näst lägst.

Tabell 4

| VAS-skattning för "bryr mig om det som händer" i mm | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| | <u>kvinnor</u> | <u>män</u> | <u>totalt</u> |
| | medel(spridning) | medel(spridning) | medel(spridning) |
| Ålder | | | |
| Vuxna, 19-44 år | 55,4(12-99) | 49,7(0-70) | 52,8(0-99) |
| Medelålders personer, 45-64 år | 81,5(50-100) | 74,2(0-100) | 75,8(0-100) |
| Äldre, 65 år eller äldre | 51,7(24-87) | 90,5(89-92) | 67,2(24-92) |

mm=millimeter

I tabell 5 redovisas värden gällande påståendet "känner att mitt liv har mening" utifrån ålder. Vuxna (19-44 år) skattade lägst, medelålders personer (45-64 år) skattade näst lägst och äldre (65 år och över) skattade högst.

Tabell 5

| VAS-skattning för "känner att mitt liv har mening" i mm | | | |
|---------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| | kvinnor | män | totalt |
| | medel(spridning) | medel(spridning) | medel(spridning) |
| Ålder | | | |
| Adult 19-44 år | 45,6(5-76) | 48,7(0-91) | 47,0(0-91) |
| Medelålder 45-64 | 56,7(1-100) | 63,6(0-100) | 62,1(0-100) |
| Äldre, 65 år eller äldre | 64,7(29-86) | 92(92) | 75,6(29-92) |

mm=millimeter

I Tabell 6 redovisas värden gällande påståendet "känner mig behövd" utifrån civilstånd (lever med partner eller inte), sociala kontakter (om de har kontakt med barn eller inte, har kontakt med familj eller inte, har socialt nätverk eller inte). Kontakt med sina barn, kontakt med sin familj och att ha ett socialt nätverk var associerat med en mycket högre skattning jämfört med de som saknade kontakt med familj, barn och/eller socialt nätverk.

Tabell 6

| VAS-skattning för "känner mig behövd" i mm | | | | | | |
|--------------------------------------------|------------------|------------|------------------|-------------|------------------|-------------|
| | kvinnor | | män | | totalt | |
| | Ja | Nej | Ja | Nej | Ja | Nej |
| | medel(spridning) | | medel(spridning) | | medel(spridning) | |
| Civilstånd | | | | | | |
| Lever med partner | 62,8(8-100) | 54,9(2-97) | 58,9(0-100) | 61,2(0-100) | 60,4(0-100) | 59,1(0-100) |
| Sociala kontakter | | | | | | |
| Har kontakt med sina/sitt barn | 65,0(8-97) | 2,0(2) | 66,6(0-100) | 24,8(13-48) | 66,0(0-100) | 20,2(2-48) |
| Har kontakt med sin familj | 65,0(8-100) | 4,0(2-6) | 63,5(0-100) | 34,3(0-100) | 64,0(0-100) | 22,2(0-100) |
| Har socialt nätverk | 74,3(36-100) | 29,1(2-78) | 70,2(14-100) | 22,0(0-100) | 71,4(14-100) | 25,6(0-100) |

mm=millimeter

I Tabell 7 redovisas medelvärdet gällande påståendet "bryr mig om det som händer" utifrån civilstånd (lever med partner eller inte), sociala kontakter (om de: har kontakt med barn eller inte, har kontakt med familj eller inte, har socialt nätverk eller inte). Kontakt med sina barn, kontakt med sin familj och att ha ett socialt nätverk var associerat med en numeriskt högre skattning gällande påståendet "bryr mig om det som händer" jämfört med avsaknad av

kontakt med någon av dessa.

Tabell 7

| VAS-skattning för "bryr mig om det som händer" i mm | | | | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|
| | kvinnor | | män | | totalt | |
| | Ja | Nej | Ja | Nej | Ja | Nej |
| | medel(spridning) | | medel(spridning) | | medel(spridning) | |
| Civilstånd | | | | | | |
| Lever med partner | 77,4(38-100) | 58,6(12-99) | 67,8(0-100) | 71,4(0-100) | 71,5(0-100) | 67,1(0-100) |
| Sociala kontakter | | | | | | |
| Har kontakt med sina/sitt barn | 66,0(24-93) | 73,0(73) | 76,3(0-100) | 54,0(24-89) | 73,0(0-100) | 57,8(24-89) |
| Har kontakt med sin familj | 67,6(24-100) | 42,5(12-73) | 71,2(0-100) | 63,0(0-100) | 70,0(0-100) | 54,8(0-100) |
| Har socialt nätverk | 69,3(24-100) | 56,5(12-93) | 75,8(24-100) | 48,7(0-100) | 73,9(24-100) | 52,3(0-100) |

mm=millimeter

I Tabell 8 redovisas värden gällande påståendet "mitt liv har mening" utifrån civilstånd (lever med partner eller inte), sociala kontakter (om de: har kontakt med barn eller inte, har kontakt med familj eller inte, har socialt nätverk eller inte). De som hade kontakt med sina barn, sin familj och/eller sitt sociala nätverk skattade mycket högre gällande "mitt liv har mening". Vi såg även att leva med partner var hos framförallt kvinnor associerat med högre skattningar kring "mitt liv har mening".

Tabell 8

| VAS-skattning för "mitt liv har mening" i mm | | | | | | |
|----------------------------------------------|------------------|------------|------------------|-------------|------------------|-------------|
| | kvinnor | | män | | totalt | |
| | Ja | Nej | Ja | Nej | Ja | Nej |
| | medel(spridning) | | medel(spridning) | | medel(spridning) | |
| Civilstånd | | | | | | |
| Lever med partner | 68,0(3-100) | 46,6(1-94) | 65,9(0-100) | 61,2(0-100) | 66,7(0-100) | 56,4(0-100) |
| Sociala kontakter | | | | | | |
| Har kontakt med sina/sitt barn | 61,3(3-94) | 1,0(1) | 66,7(0-100) | 43,3(16-92) | 65,0(0-100) | 34,8(1-92) |
| Har kontakt med sin familj | 59,5(3-100) | 9,5(1-18) | 65,4(0-100) | 36,0(0-100) | 63,4(0-100) | 25,4(0-100) |
| Har socialt nätverk | 68,5(29-100) | 28,0(1-79) | 71,2(8-100) | 27,7(0-100) | 70,4(8-100) | 27,8(0-100) |

mm=millimeter

I Tabell 9 redovisas värden gällande påståendena "mitt liv har mening", "bryr mig om det som händer" och "känner att mitt liv har mening" utifrån civilstånd, där de som inte lever med partner delas in i ensamstående och skilda.

Skilda män skattade mycket högre än ensamstående på samtliga frågor. Intressant var att de skattade väsentligt högre än de män som lever med partner. När man tog bort de skilda männen från de som inte lever med partner, skattade de kvarvarande männen som inte lever med partner ungefär samma eller något lägre än de som lever med partner gällande samtliga VAS-frågor.

Tabell 9

Medelvärde VAS-skattning i mm för män med olika civilstånd med ensamstående och skilda var för sig

| Frågor | ensamstående | skilda | lever med partner |
|--------------------------------|------------------|------------------|-------------------|
| | medel(spridning) | medel(spridning) | medel(spridning) |
| Känner mig behövd | 56,0(0-100) | 78,6(72-95) | 58,9(0-100) |
| Bryr mig om det som händer | 67,6(0-100) | 84,2(73-96) | 67,8(0-100) |
| Känner att mitt liv har mening | 55,0(0-100) | 82,4(71-96) | 65,9(0-100) |

mm=millimeter

I Tabell 10 redovisas värden gällande påståendena “mitt liv har mening”, “bryr mig om det som händer” och “känner att mitt liv har mening” utifrån civilstånd, där de som inte lever med partner delas in i ensamstående och skilda. Kvinnor som lever med partner skattade numeriskt högre än både skilda och ensamstående kvinnor.

Tabell 10

Medelvärde VAS-skattning i mm för kvinnor med olika civilstånd med ensamstående och skilda var för sig

| Frågor | ensamstående | skilda | lever med partner |
|--------------------------------|------------------|------------------|-------------------|
| | medel(spridning) | medel(spridning) | medel(spridning) |
| Känner mig behövd | 54,4(2-97) | 60,0(60) | 62,8(8-100) |
| Bryr mig om det som händer | 59,5(12-99) | 52,0(52) | 77,4(38-100) |
| Känner att mitt liv har mening | 45,1(1-94) | 62,0(62) | 68,0(3-100) |

mm=millimeter

De mest påtagliga numeriska skillnaderna mellan de olika demografiska grupperna rör huruvida den alkoholberoende har kontakt med sitt/sina barn, sin familj och om de bedömer sig ha ett socialt nätverk. Här syns en stor numerisk skillnad gällande samtliga svar. På “känner mig behövd” och “mitt liv har mening” har den grupp som svarat nej påtagligt lägre medelvärde på samtliga frågor jämfört med den grupp som svarat ja (Tabell 6, Tabell 8). Gällande “bryr mig om det som händer” skattar samtliga grupper lägre, förutom kvinnor utan kontakt med sitt/sina barn. Det är enbart en kvinna som svarat på denna fråga som inte har kontakt med sina barn, och hon skattar något högre än de kvinnor som har kontakt med sina barn (Tabell 7). Numeriska skillnader finns också mellan alkoholberoende män som lever med partner eller är ensamstående kontra alkoholberoende män som är skilda. De skilda männen skattar i medel högre än de båda andra grupperna på samtliga påståenden (Tabell 9). Samma numeriska skillnad återfinns inte hos skilda kvinnor, där skattar de kvinnor som lever med partner något högre på samtliga frågor jämfört med skilda och ensamstående kvinnor, särskilt så ”bryr mig om det som händer” där ensamstående kvinnor i medel skattade 59,5 mm, skilda kvinnor 52,0 mm och kvinnor som lever med partner 77,4 mm (Tabell 10).

Diskussion

Metoddiskussion

En betydande del (8 st) av de initiala 54 deltagarna svarade inte på alla frågor. 8 personer motsvarar drygt 15 procent av deltagarna och detta bortfall kan ha påverkat resultatet. Det är tänkbart att de som inte svarat hade skattat lägre, men svårt att säga något definitivt.

Då deltagarna vårdades för alkoholberoende vid studiens genomförande kan de ha känt sig tvungna att delta trots upprepade försäkringar om att deltagande var frivilligt. De kan ha känt att deras deltagande på ett eller annat sätt skulle påverka utfallet av deras behandling, eller vårdpersonalens inställning till dem och deras situation vilket skulle kunna påverka studiens reliabilitet. Deltagarna var på grund av sin behandling för alkoholberoende och/eller sin alkoholabstinens under studiens genomförande kognitivt påverkade vilket kan ha påverkat studiens resultat. Urvalet representerar de deltagare som bedömdes klara av en längre intervju och de som ville genomföra denna intervju. Detta kan innebära att svaren som erhöles kommer från personer som mår relativt sett bättre, vilket i praktiken innebär att en relativt liten andel av alla patienter som passerar avdelningarna intervjuats. Fler deltagare och större andel deltagande hade gjort resultatet mer generaliserbart (Olsson & Sörensen, 2021 sid 260-261).

Därtill ingår enbart personer som aktivt vårdas för alkoholberoende i studien. Alltså speglar svaren vad individer i den specifika situationen känner och generaliserbarhet av resultatet begränsas. Då frågorna menar att undersöka deltagarnas upplevelse av sin betydelse i sitt sociala sammanhang går inte resultatet att använda för att generalisera även inom den snäva population som urvalet representerar, då det är ett högst individuellt och personligt narrativ med otaliga faktorer som spelar in i den enskildes situation. De aktuella frågorna och definitionen av begreppet familj är föremål för den enskildes deltagarens tolkning i stunden. Utan inbördes mening fick svaranden själv tolka påståendet, vilket skänker deras svar mer personlig nyans. Vid potentiella frågor fanns intervjuaren tillgänglig för att svara, om än denne försöker hålla sig neutral kan detta färga de svar som erhöles. Att intervjuaren i största möjliga mån försökte hålla sig utanför kan också ha lett till att definitionen av begrepp och innebörden av olika påståenden kan ha missuppfattats vilket kan ha skadat studiens validitet (Olsson & Sörensen, 2021, sid 125). Vi hade även kunnat jämföra skattningarna mellan de som har barn och inte har barn, dock ansåg vi att det inte var relevant för just vår studie eftersom vi var mer inriktade på sociala kontakter som går att påverka på kortare sikt.

I datan vi tog del av ingick 3 frågor relaterade till känsla av sammanhang. Att använda fler frågor från bredare vedertagna instrument såsom KASAM-13 och KASAM-29, formulär som skattar känsla av sammanhang med 13 respektive 29 frågor (Langius-Eklöf & Sundberg, 2019, sid 57), hade bättre kunna fånga egna betydelsen i sitt sociala sammanhang och därmed kunnat öka generaliserbarheten och överförbarheten i vår studie.

Vi tänker att om vi även tagit med ett representativt urval ur normalbefolkning för att etablera en baseline hade vi kunnat göra mer jämförelser och dra mer relevanta slutsatser om vad som är en hög skattning och vad som är en låg skattning (Olsson & Sörensen, 2021 sid 260-261). I och med att vi inte gjorde detta kan vi inte värdera huruvida någon skattat högt eller lågt, bara att någon skattar högre eller lägre.

Resultatdiskussion

Eftersom både kvinnor och män i den yngsta åldersgruppen (19-44 år) skattade lägre på samtliga frågor kan det vara viktigt att som sjuksköterska fokusera på yngre personer med alkoholberoende i syfte att lindra dels den personliga bördan och öka personens känsla av sammanhang och sociala hälsa (Antonovsky, 1991; Langius-Eklöf & Sundberg, 2019).

De deltagare som levde med partner, de som hade kontakt med sina barn och/eller familj och de som hade ett socialt nätverk skattade sin egen betydelse högre. Det är därför viktigt att arbeta personcentrerat i mötet med den alkoholberoende personen då de olika narrativen skiljer sig åt och var och en har olika förutsättningar och utmaningar för sin vård. Genom att ta del av patientens narrativ och därmed öka utbytet av information och kunskap mellan patient och sjuksköterska uppnås en större patientdelaktighet (Sahlsten, 2008). Större patientdelaktighet leder till bättre behandlingsutfall.

Resultatet indikerar att det kan finnas ett samband mellan sociala kontakter och upplevelsen av den egna betydelsen i det egna sociala sammanhanget. Det visar också på ett eventuellt samband mellan civilstånd och upplevelsen av den egna betydelsen, något som kräver ytterligare forskning för att slutsatser ska kunna dras.

Det fanns ett intressant undantag från regeln att de som inte lever med partner mår sämst. Det var att skilda män skattade högre på både "känner mig behövd" och "bryr mig om det som händer" än männen som lever i relation. Vi såg att undantaget berodde på att skilda män skattade numeriskt mycket högre än övriga svarande, något som tyder på en godare social hälsa. Vilket är väldigt intressant då tidigare forskning talar för att skilda män generellt är bland de som har kortast förväntad livslängd (Statistiska centralbyrån, 2016).

En förklaring till det numeriska undantaget kan vara att män som skiljer sig slipper de svåra konflikter som är så vanliga i förhållanden bland de med alkoholberoende (Malathesh m.fl., 2020). Enligt Malathesh m.fl. (2020) hade majoriteten av de med alkoholberoende svåra konflikter med sin partner. Dessa konflikter kan förstärka känslor av skam, skuld och betydelselöshet och kan således resultera i en större benägenhet att dricka alkohol (Sawer m.fl., 2019). Studier har utförts i Estland, Finland, Mexiko och Ryssland med syfte att analysera makars påverkan på varandras drickande. De visar på att kvinnorna i dessa länder tenderar att fungera som en slags väktare för sina mäns drickande (Trulsson, 2003). Att genom en skilsmässa slippa väktarskapet och slippa känna skam och skuld gentemot en annan person kan tänkas ligga till grund för de högre skattningar av "känner mig behövd" och "bryr mig vad som händer" hos skilda män.

Deltagarna skattade "bryr mig om det som händer" högre i jämförelse med "känner att mitt liv har mening" och "känner mig behövd". Det skulle kunna innebära att skattningen för "bryr mig om det som händer" inte påverkas mindre av alkoholberoendet. Dock kan vi inte med någon säkerhet påstå att det är så utan endast konstatera att forskning med kontrollgrupp bestående av icke alkoholberoende behövs för att undersöka huruvida detta kan stämma eller inte.

Kvinnor med mindre sociala kontakter (ensamboende, inte kontakt med barn/familj) skattade sin egen betydelse lägre än vad män gjorde. Eventuellt kan detta bero på den normativa kvinnorollen i relation till barnuppfostran och familj (Trulsson, 2003), och hur denna kan ha påverkat deras svar. Traditionellt förankrade normer om kvinnan som den mer omhändertagande figuren i normativa relationer kan tänkas bidra till skam och skuld gällande bilden av sig själv om man lever ensam och/eller förlorat kontakten med sina barn eller sin

familj (Trulsson, 2003). Här är det återigen viktigt att sjuksköterskan applicerar ett personcentrerat förhållningssätt så den aktuella personens tyngder hamnar i fokus (Ekman m.fl., 2011). I sådana situationer kan olika vårdprofessioner göra skillnad genom att bistå med verktyg och samtal för att förbättra den alkoholberoende personens förmåga att läka och vårda sin självbild och/eller sina sociala relationer. Vårdpersonalen kan fungera som "bollplank" för personens tankar och känslor. Genom att ställa frågor om och finnas tillgänglig för samtal om personens tankar och känslor kan den alkoholberoende reda ut känslor av skam och mindervärde, och således få bättre möjligheter att rehabiliteras och reda ut de problem som ligger till grund för överkonsumtionen av alkohol (Sawer m.fl., 2019). Meningsfullhet inom KASAM är starkt kopplat till motivation (Langius-Eklöf & Sundberg, 2019) vilket indikerar att motivationsarbete med dessa kvinnor kan vara extra viktigt för att göra dem mer delaktiga i sin egen vård. När sjuksköterskan genom motivationsarbete skapar utrymme för patienten att ta mer ansvar ökar möjligheten till patientdelaktighet. Detta skapar en mer jämlik maktfördelning mellan sjuksköterskan och patienten vilket är något som eftersträvas i personcentrerad vård (Ekman m.fl., 2011; Svensk sjuksköterskeförening & International Council of Nurses, 2023).

De deltagare som svarat att de har en bristande relation till sina barn, sin familj och/eller sitt sociala nätverk skattade lägre på samtliga betydelsefrågor än de som svarat att dessa relationer är goda. Att belysa vikten av goda sociala relationer är centralt i rehabiliteringen av den alkoholberoende då tidigare forskning är tydlig gällande rollen goda sociala relationer har för att förebygga alkoholberoende (Malathesh m.fl., 2020). Det ökar också benägenheten för den alkoholberoende att genomgå beroendevård och således kunna stå emot sitt beroende (Strug & Hyman, 1981; Billings & Moos, 1983). Den beroende kan dra mycket nytta av att ha en utomstående person att föra en öppen dialog med om sitt beroende, sina relationer och de förväntningar som ställs på den beroende inte bara av det sociala nätverket utan också av sig själv (Sawer m.fl. 2019). Den öppna dialogen kan bidra till att läka personens självbild och tilltro till sig själv och den egna förmågan.

Slutsatser

Eftersom vårt urval varit relativt litet (46 deltagare) har vi inte kunnat dra några definitiva slutsatser. De tendenser vi ser är att de personer med alkoholberoende som ingått i den här studien som har en bristande relation till sina barn, sin familj och/eller sitt sociala nätverk känner mindre mening med sitt liv, och känner sig mindre behövda.

Kliniska implikationer

Det är viktigt att applicera ett personcentrerat förhållningssätt i vården av alkoholberoende personer då det enskilda narrativet formar individens utmaningar och förutsättningar. Utan fokus på den enskilda personens berättelse riskerar vårdpersonalen att missa viktiga faktorer som påverkar personens vård.

Vår studie indikerar att det eventuellt skulle kunna finnas ett positivt samband mellan skilsmässa och social hälsa hos alkoholberoende män. Framtida forskning med fokus på fränskilda alkoholberoende män behövs för att se om det går att finna några slutsatser som kan vara av vikt för beroendevården.

Fortsatt forskning behövs för att förtydliga de sociala utmaningar de olika demografiska grupperna har i relation till sitt alkoholberoende, och på vilket sätt vårdpersonalen bäst kan bistå olika personer med alkoholberoende i deras vård.

Referenser

Agardh, E., Boman, U., & Allebeck, P. (2015). *Alkohol, narkotika och tobaksrökning ger stor del av sjukdomsbördan*. Läkartidningen, 112. <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2015/01/alkohol-narkotika-och-tobaksrokning-ger-stor-del-av-sjukdomsbordan/>

Andershed, B., Ternestedt, B-M., & Alvariza, A. (2020). *Palliativ vård : begrepp och perspektiv i teori och praktik*. Studentlitteratur AB

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. (1:a uppl.). Stockholm: Natur och Kultur (sid 42,43)

Baan, R., Straif, K., Grosse, Y., Secretan, B., El Ghissassi, F., Bouvard, V., Altieri, A., & Coglian, V. (2007). *Carcinogenicity of alcoholic beverages*. The Lancet Oncology, 8(4), 292–293. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(07\)70099-2](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(07)70099-2)

Billings, A. G., & Moos, R. H. (1983). *Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: Implications for clinicians and program evaluators*. Addictive Behaviors, 8(3), 205–218. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0306-4603\(83\)90016-3](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0306-4603(83)90016-3)

Bobadilla, J. L., Costello, C. A., & Mitchell, F. (1997). *The Anti-Alcohol Campaign and Variations in Russian Mortality*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK233403/>

Borges, G., & Loera, C. R. (2010). *Alcohol and drug use in suicidal behaviour*. Current Opinion in Psychiatry, 23(3), 195–204. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e3283386322>

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (april, 2020). *Hur definieras alkohol-, narkotika- och tobaksberoende inklusive substansbrukssyndrom?* CAN. Hämtad 19 november, 2023, från <https://www.can.se/fragor-och-svar/allmant-om-droger/hur-definieras-alkohol-narkotika-och-tobaksberoende-inklusive-substansbrukssyndrom/>

Chiva-Blanch, G., & Badimon, L. (2019). *Benefits and Risks of Moderate Alcohol Consumption on Cardiovascular Disease: Current Findings and Controversies*. Nutrients, 12(1), 108. <https://doi.org/10.3390/nu12010108>

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). *Person-centered care--ready for prime*

time. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4), 248–251.
<https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Person - filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- sjukvård. I I. Ekman (Red.) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård - Från filosofi till praktik*. (1:a uppl. s 69-92) Stockholm: Liber. ISBN: 9789147114054 (sid 80,81)

Eldh, A. C. (2019). Delaktighet. I F. Friberg & J. Öhlén; (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och Förhållningsätt* (3:e uppl., s. 566–584). Studentlitteratur AB, Lund

Forsman, H., Nilsson-Kajermo, K., & Wallin L. (2019). Kunskapsbaserad omvårdnad - från kunskap till säker och effektiv vård. I F. Friberg & J. Öhlén; (Red.). *Omvårdnadens grunder: Ansvar och Utveckling* (3:e uppl., s. 248–277). Studentlitteratur AB, Lund

George, W. H., Davis, K. C., Norris, J., Heiman, J. R., Stoner, S. A., Schacht, R. L., Hendershot, C. S., & Kajumulo, K. F. (2009). *Indirect effects of acute alcohol intoxication on sexual risk-taking: The roles of subjective and physiological sexual arousal*. *Archives of sexual behavior*, 38(4), 498–513. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9346-9>

Guterstam, Joar. (2023). Alkoholabstinens. *Internetmedicin.se*. Hämtad 2023-12-15 från <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/psykiatri/abstinens-vid-alkoholmissbruk-handlaggning/>

Haas, E. A., Saad, M. J. A., Santos, A., Vitulo, N., Lemos, W. J. F., Martins, A. M. A., Picossi, C. R. C., Favarato, D., Gaspar, R. S., Magro, D. O., Libby, P., Laurindo, F. R. M., & Da Luz, P. L. (2022). *A red wine intervention does not modify plasma trimethylamine N-oxide but is associated with broad shifts in the plasma metabolome and gut microbiota composition*. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 116(6), 1515–1529.
<https://doi.org/10.1093/ajcn/nqac286>

Hayes, M. H. S., & Patterson, D. G. (1921). *Experimental development of the graphic rating method*. *Psychol. Bull.* 18, s 98–99.

Irving, H. M., Samokhvalov, A. V., & Rehm, J. (2009). *Alcohol as a risk factor for pancreatitis. A systematic review and meta-analysis*. *JOP: Journal of the Pancreas*, 10(4), 387–392. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19581740/>

Kessler, R. C. (1997). *Lifetime Co-occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence With Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey*. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 313. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160031005>

Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård - Från filosofi till praktik*. (1:a uppl. s. 21-62). Stockholm: Liber. ISBN: 9789147114054 (sid 21,22)

Landberg, J., Ramstedt, M., Raninen, J., & Sundin, E. (2015). *Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och toabak i Sverige - en ettårsuppföljning av beroende och utsatthet för närståendes bruk*. (Rapport nr 149). Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. <https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-rapport-149-negativa-konsekvenser-av-alkohol-narkotika-och-tobak-i-sverige.pdf>

Langius-Eklöf, A., & Sundberg, K. (2019). Känsla av sammanhang. I A. K. Friberg & H. Wijk; (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och Ohälsa* (3:e uppl., s. 49–66). Studentlitteratur AB, Lund. (sid 52,53,57)

Lidén, E., & Svensson, S. (2014). Personcentrerat förhållningssätt vid medicinskt oförklarade symtom i primärvården. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård - Från filosofi till praktik*. (1:a uppl. s. 129-146). Stockholm: Liber. ISBN: 9789147114054 (sid 141,142)

Malathesh, B. C., Kumar, C. N., Kandasamy, A., Moirangthem, S., Math, S. B., & Murthy, P. (2020). *Legal, Social, and Occupational Problems in Persons with Alcohol Use Disorder: An Exploratory Study*. Indian Journal of Psychological Medicine, 43(3), 234–240. <https://doi.org/10.1177/0253717620956466>

Neuberger, J., & Tallis, R. (1999). *Do we need a new word for patients? Let's do away with "patients" Commentary: Leave well alone*. BMJ, 318(7200), 1756–1758. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7200.1756>

Olsson, H., & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (4e uppl.). Stockholm: Liber (sid 125,227,228,229,260,261)

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6e:uppl.). S:t Louis: Mosby.

Pedersen, C., & Roslund, S. (2008). *Användning av VASskalan: en enkätundersökning bland sjuksköterskor*. [Examensarbete, Malmö Högskola]. DiVA. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1488693/FULLTEXT01.pdf>

Ramboll. (2019). *Alkoholens samhällsekonomiska konsekvenser - En beskrivande samhällsekonomisk studie*. Ramboll Management Consulting AB. <https://www.omsystembolaget.se/globalassets/pdf/alkoholproblematik/ramboll---resultatrapport---alkoholens-samhallskonsekvenser---uppdaterad-oktober-2020.pdf>

Ramstedt, M. & Sundin, E. (2020). *Svensk alkoholkultur – stabil eller föränderlig? En jämförelse av dryckesmönster, motiv, attityder och problem mellan 2015 och 2020* (Rapport nr 196). Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. <https://www.can.se/app/uploads/2020/11/can-rapport-196-svensk-alkoholkultur-stabil-eller-foranderlig.pdf>

Rasouli, B., Andersson, T., Carlsson, P.-O., Dorkhan, M., Grill, V., Groop, L., Martinell, M., Tuomi, T., & Carlsson, S. (2014). *Alcohol and the risk for latent autoimmune diabetes in*

adults: results based on Swedish ESTRID study. *European Journal of Endocrinology*, 171(5), 535–543. <https://doi.org/10.1530/EJE-14-0403>

Roerecke, M., & Rehm, J. (2010). *Irregular Heavy Drinking Occasions and Risk of Ischemic Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *American Journal of Epidemiology*, 171(6), 633–644. <https://doi.org/10.1093/aje/kwp451>

Sadava, S. W., & Thompson, M. M. (1986). *Loneliness, social drinking, and vulnerability to alcohol problems*. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 18(2), 133–139. <https://doi.org/10.1037/h0079980>

Sahlsten, M. J., Larsson, I. E., Sjöström, B., & Plos, K. A. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing forum*, 43(1), 2–11. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x>

Saitz, R., & O'Malley, S. S. (1997). *PHARMACOTHERAPIES FOR ALCOHOL ABUSE*. *Medical Clinics of North America*, 81(4), 881–907. [https://doi.org/10.1016/s0025-7125\(05\)70554-x](https://doi.org/10.1016/s0025-7125(05)70554-x)

Sawer, F., Gleeson, K., & Davis, P. (2016). *The Role of Shame in Alcohol Dependence; Narratives from those in Recovery*. https://www.researchgate.net/publication/310494975_The_Role_of_Shame_in_Alcohol_Dependence_Narratives_from_those_in_Recovery

Sharma, R. (2019). *The family and family structure classification redefined for the current times*. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2(4), 306. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.123774>

Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2022). ADDIS (Alkohol Droг Diagnos Instrument) <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/addis-alkohol-drog-diagnos-instrument/#:~:text=Kriterierna%20enligt%20DSM%20DIV%20f%C3%B6r,trots%20upprepa de%20psykiska%20fysiska%20problem.>

Statistiska centralbyrån (2016). *Livslängd och dödlighet i olika sociala grupper*. Demografiska rapporter 2016:2. https://www.scb.se/contentassets/005dd496170944a3a21d565501569b5d/be0701_2015a01_br_be51br1602.pdf

Strug, D. L., & Hyman, M. M. (1981). *Social networks of alcoholics*. *Journal of Studies on Alcohol*, 42(9), 855–884. <https://doi.org/10.15288/jsa.1981.42.855>

Svensk sjuksköterskeförening, & International Council of Nurses (2023). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Taylor, B., Irving, H. M., Kanteres, F., Room, R., Borges, G., Cherpitel, C., Greenfield, T., & Rehm, J. (2010). *The more you drink, the harder you fall: A systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together*. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(1-2), 108–116. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.02.011>

Taylor, B., Irving, H. M., Baliunas, D., Roerecke, M., Patra, J., Mohapatra, S., & Rehm, J. (2009). *Alcohol and hypertension: gender differences in dose-response relationships determined through systematic review and meta-analysis*. *Addiction*, 104(12), 1981–1990. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02694.x>

Tokar, J. T., Brunse, A. J., Stefflre, V. J., Napior, D. A., & Sodergren, J. A. (1973). *Emotional states and behavioral patterns in alcoholics and nonalcoholics*. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 34(1), 133–143. <https://psycnet.apa.org/record/1974-03457-001>

Trolldahl, B. (2018). *Alkoholkonsumtion i Sverige*. (Rapport nr 184). Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. <https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-rapport-184-alkoholkonsumtionen-i-sverige-2018.pdf>

Trulsson, K. (2003). *Masculine and feminine in a melting pot – A gendered perspective on substance abuse*. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 20(1), 5–19. <https://doi.org/10.1177/145507250302000107>

Wangenstein, T., & Hystad, J. (2021). *A Comprehensive Approach to Understanding Substance Use Disorder and Recovery: Former Patients' Experiences and Reflections on the Recovery Process Four Years After Discharge from SUD Treatment*. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 9(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s40737-021-00233-9>

WHO. (2023). *Social Determinants of Health*. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

Willman, A. (2019). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Friberg & H. Wijk; (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och Ohälsa* (3:e uppl., s. 32–48). Studentlitteratur AB, Lund (sid 36)

Åkerlind, I., & Hörnquist, J. O. (1992). *Loneliness and alcohol abuse: A review of evidences of an interplay*. *Social Science & Medicine*, 34(4), 405–414. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90300-f](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90300-f)

Bilagor

Bilaga 01- VAS sammanhang

ABU Kliniska prövningar NordAic (BOF)
Datum 2018-04-05, version 1

Visual Analogue Scale

Sammanhang

| | |
|--------|----------------------|
| S-nr: | <input type="text"/> |
| R-nr: | <input type="text"/> |
| Datum: | <input type="text"/> |
| Sign : | <input type="text"/> |

Instruktion: Vänligen markera på linjen med ett **streck tvärs över linjen**.
Skatta din känsla för stunden
Gör likadant under alla påståenden

Jag känner mig behövd

Inte alls Mycket

mm

Jag bryr mig om det som händer omkring

Inte alls Mycket

mm

Jag känner att mitt liv har mening

Inte alls Mycket

mm

FRÅGOR VID BESÖK 1

Född årtal

Kön

Hur gammal känner du dig inuti?

Kommentar: _____
_____**Här följer några allmänna frågor om familj och nätverk**

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1. Är du född utomlands? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nej |
| 2. Om ja, hur gammal var du när du kom till Sverige? | _____ | |
| 3. Är din mamma född i Sverige? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nej |
| 4. Är din pappa född i Sverige? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nej |
| 5. Har du kontakt med ditt/dina barn? (deltagarens egen definition) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nej <input type="radio"/> har ej barn |
| 6. Har du kontakt med din familj? (deltagarens egen definition) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nej <input type="radio"/> har ej familj |
| 7. Anser du att du har ett fungerande nätverk? (deltagarens egen definition) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nej |