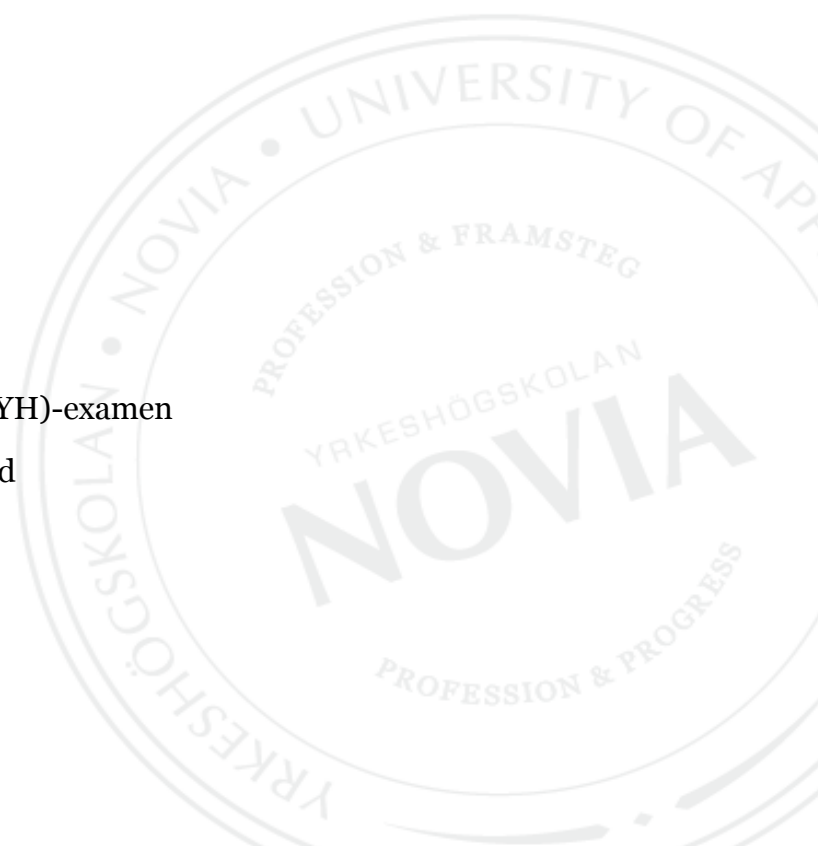


## **Att leva med en missbrukare**

- **En kvalitativ studie om att vara närstående till missbrukare**

Julia Björklund  
Annika Granqvist

Examensarbete för sjukskötar (YH)-examen  
Utbildningsprogrammet för vård  
Vasa 2012



## **EXAMENSARBETE**

Författare: Julia Björklund & Annika Granqvist  
Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa  
Inriktning/alternativ/Fördjupning: Vårdarbete  
Handledare: Erja Halmesmäki - Hansson & Marlene Gädda

**Titel:** Att leva med en missbrukare

- En kvalitativ studie om att vara närstående till missbrukare

---

Datum 30.10.2012

Sidantal 46

Bilagor 1

---

### **Sammanfattning**

Syftet med detta examensarbete är att nå ökad kunskap om och lyfta fram anhöriga till missbrukare samt att få en inblick i hur livet påverkas av att vara närstående till missbrukare. Examensarbetet är en kvalitativ studie med fyra deltagande som alla har varit eller är anhöriga till missbrukare. Deltaganden har kontaktats via en stödförening för anhöriga till missbrukare. Deltaganden har besvarat åtta olika frågor om förhållandet till missbrukaren, hur de har upplevt missbruket och var de har fått stöd. Deltaganden fick besvara frågorna i fri, berättande form. Resultatet har sammanställts med hjälp av innehållsanalys. Som teoretisk utgångspunkt har Katie Erikssons (1994) teorier om hälsa och lidande använts.

Av resultatet framkom att missbruket i stor grad påverkar även anhörigas liv. I samband med missbruket utsattes anhöriga för psykiskt och fysiskt våld. Den psykiska misshandeln beskrevs som värst och spår av denna misshandel förföljde anhöriga länge efteråt.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: anhöriga, missbruk, hälsa, lidande

---

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijät: Julia Björklund & Annika Granqvist  
Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoitotyö, Vaasa  
Suuntautumisvaihtoehto/  
Syventävät opinnot: Hoitotyö  
Ohjaajat: Erja Halmesmäki – Hansson & Marlene Gädda

**Nimike:** Eläminen päihteiden ongelmakäyttäjän kanssa  
- kvalitatiivinen tutkimus päihteiden ongelmakäyttäjien omaisista

---

Päivämäärä 30.10. 2012 Sivumäärä 46 Liitteet 1

---

### Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on saada enemmän tietoa päihteiden ongelmakäyttäjän omaisista nostaa esille omaisten kokemuksia ja myös saada laajempi kuva siitä, millainen on elämä päihteiden ongelmakäyttäjän kanssa. Tämä opinnäytetyö on kvalitatiivinen tutkimus, johon osallistui neljä henkilöä ja jotka kaikki ovat tai ovat olleet omaisia päihteiden ongelmakäyttäjälle. Osallistujiin otettiin yhteyttä päihteiden ongelmakäyttäjien omaisten tukiyhdistyksen kautta. Osallistujat ovat vastanneet kahdeksaan kysymykseen suhteesta ongelmakäyttäjään, kuinka he ovat kokeneet päihteiden ongelmakäytön ja mistä he kokevat saaneensa apua. Osallistujat saivat vastata kysymyksiin vapaassa, kertovassa muodossa. Tulokset on koottu sisällön analyysin avulla. Teoreettisena lähtökohtana on käytetty Katie Erikssonin (1994) teorioita terveydestä ja kärsimyksestä.

Tutkimuksen tulos näytti että päihteidenkäyttö vaikuttaa suuresti myös omaisten elämään. Omaisat altistuvat asetettiin psyykkiselle ja fyysiselle väkivallalle päihteidenkäytön yhteydessä. Omaisat kokivat psyykkisen väkivallan kaikista pahimmaksi ja jäljet tästä väkivallasta seurasivat omaisia monia vuosia jälkeenpäin.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: omaiset, ongelmakäyttö, terveys, kärsimys

---

## **BACHELOR'S THESIS**

Authors: Julia Björklund & Annika Granqvist  
Degree Programme: Health care  
Specialization: Nursing  
Supervisors: Erja Halmesmäki – Hansson & Marlene Gädda

**Title:** Living with an addict

- A qualitative study about being a close relative of an addict

---

Date 30.10. 2012

Number of pages 46

Appendices 1

---

### **Summary**

The purpose of this bachelor's thesis is to get more knowledge about the relatives of substance abusers and to bring to attention how their lives are affected by being a close relative of an addict. This bachelor's thesis is a qualitative study with four participants who have all been or are at the moment close relatives of an alcohol/drug-addicted person. The participants were contacted through a support organization for people with an addict in the family. The participants answered eight questions about their relationship to the addict, how they felt about the addiction and how they coped with it. The participants answered the questions in a freely written, narrative form. The results were compiled with the help of content analysis. Katie Eriksson's (1994) theories about health and suffering were used as the theoretical background.

The result of this study shows that the effects of the substance abuse strongly affected the relatives. The relatives were exposed to psychological and physical violence during the substance abuse. The psychological violence was described as the worst and effects of this abuse followed the relatives for many years.

---

Language: Swedish

Key words: relatives, misuse, health, suffering

---

# INNEHÅLL

<b>1 INLEDNING</b> .....	1
<b>2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b> .....	2
<b>3 TEORETISK UTGÅNGSPUNKT</b> .....	3
3.1 Hälsa.....	3
3.2 Lidande.....	5
<b>4 TEORETISK BAKGRUND</b> .....	6
4.1 Missbruk och beroende.....	6
4.2 Droger.....	7
4.3 Alkohol.....	9
4.4 Missbruk.....	11
4.4.1 Den fysiska påverkan i kroppen hos missbrukaren.....	11
4.4.2 Den psykiska påverkan hos den som missbrukar.....	12
4.4.3 Den sociala påverkan för familj och arbete.....	12
4.5 De anhörigas medberoende.....	14
4.6 Vägen ut ur beroendet.....	15
<b>5 TIDIGARE FORSKNING</b> .....	16
<b>6 UNDERSÖKNINGENS GENOMFÖRANDE</b> .....	23
6.1 Val av informanter.....	24
6.2 Narrativ metod.....	24
6.3 Innehållsanalys.....	25
6.4 Etisk diskussion.....	26
6.5 Undersökningens praktiska genomförande.....	27
<b>7 RESULTAT</b> .....	27
7.1 Den psykiska påfrestningen.....	28
7.1.1 Ångest och maktlöshet.....	28
7.1.2 Ensamhet.....	29
7.1.3 Självkänsla och fysiska symtom.....	30
7.2 Våld och manipulation.....	30
7.2.1 Psykisk misshandel.....	31
7.2.2 Fysisk misshandel.....	31
7.2.3 Lögner och manipulation.....	31
7.3 Den yttre fasaden.....	32
7.3.1 ”Allt är ok”.....	32
7.4 Familjeförhållanden.....	33

7.4.1 Missbruket och barnen.....	33
7.4.2 Missbruket och parförhållandet.....	34
7.5 Hjälpen.....	35
7.5.1 Att nå botten.....	35
7.5.2 Alla parter behöver hjälp.....	36
7.5.3 Lättnaden.....	36
<b>8 TOLKNING.....</b>	<b>37</b>
8.1 Den psykiska påfrestningen.....	37
8.2 Våld och manipulation.....	38
8.3 Den yttre fasaden.....	39
8.4 Familjeförhållanden.....	39
8.5 Hjälpen.....	41
<b>9 KRITISK GRANSKNING.....</b>	<b>42</b>
9.1 Perspektivmedvetenhet.....	42
9.2 Intern logik.....	43
9.3 Etiskt värde.....	43
9.4 Teoritillskott.....	44
<b>10 DISKUSSION.....</b>	<b>44</b>
<b>LITTERATUR</b>	
<b>BILAGOR</b>	

# 1 INLEDNING

Det råder en viss skillnad mellan missbruk och beroende. Ett missbruk kan konstateras utifrån ett antal kriterier som bör framkomma under en 12 månaders period. Det första kriteriet är att det framkommer ett upprepat bruk som i sin tur leder till att personen inte klarar av att fullgöra sina skyldigheter socialt eller i arbetslivet. Det andra kriteriet är ett upprepat bruk som medför en ökad risk för fysisk skada för individen själv och även för andra. Det tredje kriteriet är problem med rättvisa som följd av påverkningstillstånd. Det fjärde och sista kriteriet är att individen trots uppkomsten av sociala problem i samband med berusningen inte avslutar bruket. För att ett tillstånd skall klassas som ett beroende bör tre av sju kriterier uppfyllas. Dessa är ökad tolerans, abstinens, större konsumtion än planerat, misslyckande att begränsa konsumtionen, stor tidsanvändning på att få och återhämta sig från t.ex. alkoholens effekt, andra viktigare aktiviteter lider av bruket och att bruket fortsätter trots psykiska och fysiska besvär. (Lauritzon, 2005, 111-112; Heiling, 2004, 25, 28)

Ett substansmissbruk definieras som regelbunden och tvångsmässig användning av ett ämne oberoende av de negativa effekterna på hälsan och sociala livet (Huttunen, 2011). Samma gäller även missbruk som inte är i substansform. Det finns olika sorters missbruk men alla dess former inverkar negativt på missbrukaren samt hans eller hennes anhöriga, sociala liv och även arbetslivet. Begreppet missbruk har många ansikten. De vanligaste formerna är alkoholmissbruk, narkotikamissbruk, medicinmissbruk, spelmissbruk eller sexmissbruk. (Droglänken)

Det är alltid ett flertal olika faktorer som gör att en person utvecklar ett beroende. Bidragande faktorer kan vara allt från genetiken, barndomen, individuella egenskaper, familjeförhållanden och omgivningen. Ett missbruk påverkar familjens interaktion och för den i en dålig riktning samtidigt som den belastar alla familjemedlemmar. (Heikkilä, Larivaara & Lindroos, 2009) År 2010 drack en vanlig finländare 8,1 liter 100-procentlig alkohol per invånare, vilket är en minskning från t.ex. år 2006 (THL). Av Finlands befolkning så är det en tiondel som dricker hälften av alkoholen som förbrukas. Det är alltså frågan om en väldigt ojämn fördelning i konsumtionen. (Droglänken, 2009)

Anhöriga till missbrukare blir också påverkade av missbruket i lika hög grad som den som missbrukar. De upplever psykiska, fysiska samt sociala problem. Deras liv börjar också allt mera kretsa kring missbruket och de vet inte vad som väntar kommande dag. Anhöriga lever i

en ovisshet som präglar deras liv, men ändå stannar de ofta kvar hos missbrukaren för de anhöriga lever på hoppet att det skall bli bättre och de vill tro på missbrukarens löften om att hon/han skall sluta. (Lundberg, 2005, 99-107)

Syftet med detta examensarbete är att ta reda på hur anhöriga till missbrukare upplever/ har upplevt sin situation. Respondenterna önskar att få ta del av anhörigas subjektiva känslor och erfarenheter och även ta reda på hur anhöriga har hanterat upplevelserna, hur deras liv har påverkats av medberoendet och var de har fått stöd att hantera situationen.

De som är anhöriga till en missbrukare får ofta anpassa sig efter missbruket och får vanligtvis offra och ge mycket av sig själva och sin energi vilket leder till att anhöriga mår dåligt. (Lundberg, 2005) Examensarbetet är en kvalitativ narrativ studie om anhöriga till missbrukare. Respondenterna bekantar dig med missbruk som ett fenomen men tyngdpunkten i arbetet ligger på anhörigas synvinkel. Respondenterna har bitt anhöriga till missbrukare att skriva en livsberättelse och berätta hur deras liv har påverkats av missbruket.

## **2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Syftet med detta examensarbete är att ta reda på hur anhöriga till missbrukare upplever/ har upplevt sin situation. Respondenterna önskar att få ta del av anhörigas subjektiva känslor och erfarenheter och även ta reda på hur anhöriga har hanterat upplevelserna, hur deras liv har påverkats av medberoendet och var de har fått stöd att hantera situationen.

Frågor som hamnar i fokus är:

1. Hur har missbruket påverkat vardagslivet för de anhöriga?
2. Vad har de anhöriga upplevt som särskilt påfrestande som en följd av missbruket?
3. Har de anhöriga till missbrukare fått någon form av stöd?



### 3 TEORETISK UTGÅNGSPUNKT

Som teoretisk utgångspunkt har respondenterna valt Erikssons (1994, 1995) tankar om hälsa och lidande eftersom det passar bra ihop med ämnet i studien.

#### 3.1 Erikssons syn på hälsa

Eriksson (1995) definierar hälsa som sundhet, friskhet och välbefinnande. Hon påstår även att hälsa är mera än frånvaro av sjukdom. Hälsa innebär att vara hel i kropp, själ och ande. Hon har utifrån sin syn utvecklat en ontologisk hälsomodell. Hälsa är en rörelse som innebär förändring. Hälsan är konstant i rörelse och den är beroende av livskraft, vitalitet, i kropp, själ och ande. Riktningen av rörelsen bestäms av människans behov och önskemål samt viljan att hitta mening. Liv och kärlek utgör energikällan för rörelsen. Hälsan som rörelse strävar till att människan skall nå sin fullkomliga potential. Med hälsa menar man nu också mycket mera, då känsla av sammanhang, livskontroll, livskvalitet och livsmening betonas. Även relationer till andra anses vara viktiga för att uppnå hälsa och livskvalitet. Hälsan kan upplevas som psykisk, fysisk och social. (Eriksson, 1995, 7-10)

Personer med terminaldiagnos upplevde hälsan på tre sätt. Den första var mental hälsa där hopp, kärlek och kontroll var viktiga faktorer. Den andra var andlig hälsa som innehöll tron på en högre makt, erkännande av den egna dödligheten samt självaktualisering. Den tredje var fysisk hälsa som omfattade hälsofrämjande aktivitet, välbefinnande och relationen till läkaren. Sjukdomen blev en del av patienternas hälsa och många av patienterna upplevde sig friskare när de hade fått sin diagnos. (Eriksson, 1995, 8)

Människors uppfattningar och upplevelser av hälsa är olika eftersom att människor har olika hälsobilder och hälsomotiv. Man har olika trösklar till hur man bevarar och strävar mot hälsa. Den ontologiska hälsomodellen menar att det finns olika personliga bevekelsegrunder, personliga motiv för hälsa. Människans hälsomotiv är alltså relaterade till hälsopotentialen. Hälsomotiven kan ligga förankrade i människans livssyn och i den yttersta bestämmelsen. Ett hälsomotiv kan vara välbefinnandemotiv, helhetsmotiv, funktionsmotiv, trosmotiv, tjänandemotiv, relationsmotiv samt frihetsmotiv. Dessa hälsomotiv kan vara en eller flera vilket skapar människans personliga hälsomotivmönster. Hälsans meningssammanhang uppstår ur människans bestämningar som skapar en djupare mening i livet. Detta meningssammanhang är bundet till människans relation till en själv, till andra samt naturen i

någon form och ur dessa olika relationer kommer viljan till livet och det som människan själv uppfattar som det viktiga livsinnehållet. (Eriksson, 1995, 15-16)

Saker som påverkar hälsan är gemenskap, relationer till andra människor och en positiv livsinställning. Även motion och att äta sunt ansågs vara en del av vad som är hälsa. Att kunna koppla av ansågs som viktigt. Pensionärer ansåg att hälsa var att livet skall vara meningsfullt samt att det skall vara roligt att leva och det skall kännas bra. Man försöker att förebygga ohälsa på många olika sätt. Även renhet ansågs vara viktigt och att skydda sig från skadliga ämnen. Människor som redan har mist sin hälsa menar man att uppskattar sin hälsa för sent, man tar den förgiven. Att inte kunna delta i arbetslivet anses vara en brist. (Eriksson, 1995, 33-34)

Hälsan blir hel enbart genom att kombinera det med lidandet. Hälsa och lidande har en konstant integration. Eriksson ser att hälsa och lidande hör ihop. (Eriksson, 1995, 1994). Hälsan innebär alltså enligt Eriksson (1995) att man inte bara är fysiskt frisk, fri från sjukdom utan man mår också bra psykiskt och spirituellt. Hälsan är inte någonting som man kan lära sig utan det är någonting man skall utveckla själv med den inre hälsopotential som man besitter. (Eriksson, 1995)

I den ontologiska hälsomodellen finns det tre olika dimensioner och man kan definiera sundheten som "att göra". Detta kan man koppla ihop med t.ex. beteenden som att man lever hälsosamt, undviker ämnen som är skadliga och att man motionerar. Man vill undvika sjukdomar så genom beteende och handlande så gör man sitt bästa för att undvika sjukdom. (Eriksson, 1995, 13)

I den ontologiska hälsomodellen kan man definiera friskhet som "varande". Människan upplever en inre enhet när hon har accepterat livets kriser, lidande och försonats med livets omständigheter. Denna inre enhet är människans egentliga väsen och man är hel som människa i alla dimensioner. (Eriksson, 1995, 14)

Välbefinnande kan definieras som "vardande" i den ontologiska hälsomodellen. Med detta menas att människan vill uppleva välbefinnande, harmoni och ha en balans i det inte tillståndet och man strävar efter detta. Genom tänkande vill man få en balans och det som människan tänker på är sambandet mellan den fysiska, psykiska, kropp, själ, inre och yttre faktorer. Man vill ha balans i livet och detta gäller även i livssituationen och i de mänskliga relationerna. (Eriksson, 1995, 13)

## 3.2 Erikssons syn på lidande

Eriksson (1994) definierar lidandet som någonting negativt eller ont och någonting som man som människa är tvungen att leva med. Lidandet är en ständig kamp men lidande är även konstruktivt och en form av försoning (Eriksson, 1994, 21)

Eriksson (1994, 30-32) ser lidandet som en kamp mellan det onda och det goda. Människan upplever rädsla inför sitt lidande och denna rädsla och oro bör omvandlas till lidande för att man skall kunna bearbeta dessa känslor. Lidandet innebär utan undantag en kamp som människan går in i. Förnedring och skam är känslor som individen kämpar emot under sin kamp. Lidandet kan indelas i gott och ont, det uthärdliga och det outhärdliga. Det goda lidandet innebär en kamp som tar med sig människan mot ökad mening och växt, den goda kampen hjälper människan att bli hel. En lidande människa behöver bekräftelse över sitt lidande samt tid att försonas med det. Det onda lidandet däremot är ett tillstånd där individen saknar hopp och kan därmed inte växa som människa. Det outhärdliga lidandet paralyserar individen och hindrar denne att växa som människa. Lidande i sin värsta form kan innebära att människan går miste om sin livskraft och är inte kapabel till att utföra det hon är ämnad att göra, människan fylls av trötthet på livet. Eriksson (1994, 82-87) beskriver även lidandet i vården, som det finns tre olika former av. 1. Sjukdomslidandet är det lidande som upplevs i samband med sjukdomen och den behandling sjukdomen kräver. 2. Vårdlidandet, innebär det lidande som uppstår hos människan i samband med vårdsituationen som man befinner sig i. 3. Livslidandet är det lidande som uppstår då man inser det unika med ens liv.

Det finns även tre dimensioner av lidande som benämns som ”att ha ett lidande, att vara i ett lidande och att varda i ett lidande”. Den första dimensionen innebär att man är främmande för sig själv och sina inre begär och på så vis för de egna möjligheterna. Den andra dimensionen innebär att människan försöker lindra sitt lidande kortsiktigt med hjälp av behovstillfredsställelse. Dessa behov stillas, men människan känner ändå en oro som driver henne vidare. Den sista dimensionen är kampen mellan hopp och hopplöshet samt liv och död. Vinner människan i den sista dimensionen, så kan hon finna meningen med sitt lidande. (Eriksson, 1995, 18-19)

Erikssons (1994, 96) viktigaste punkter, då det kommer till att lindra det lidande som patienten utsätts för under sjukhusvistelsen, är först och främst att patienten skall ha möjlighet till att få vara ren och inte behöva känna sig oren. En oren människa känner sig inte lika mycket värd som en ren människa gör. Andra viktiga punkter är att finnas till för patienten och inte bara finnas till utan se till att patienten förstår att man finns till för denne. Man bör uppmuntra patienten och även stöda och trösta vid behov. Som vårdare bör man också sträva till att uppfylla patientens önskningar. Man bör som vårdare ge hopp åt patienten men är situationen hopplös bör man delta i hopplösheten, och sist men inte minst bör vårdaren vara ärlig mot patienten.

## **4 TEORETISK BAKGRUND**

I den teoretiska bakgrunden redogör respondenterna för de vanligaste drogerna och alkoholvanorna i Finland och hur missbruket påverkar människan.

### **4.1 Missbruk och beroende**

Det råder en viss skillnad mellan missbruk och beroende. För att det skall kallas missbruk bör vissa kriterier uppfyllas och dessa skall förekomma under en period på 12 månader. Det första kriteriet är att det framkommer ett upprepat bruk av ett ämne som i sin tur leder till att personen inte klarar av att fullgöra sina skyldigheter. Det andra kriteriet är ett upprepat bruk som medför en ökad risk för fysisk skada för individen själv och även för andra. Det tredje kriteriet är problem med rättvisa som följd av påverkningstillstånd. Det fjärde och sista kriteriet är att individen trots uppkomsten av sociala problem i samband med berusningen inte avslutar bruket. (Lauritzon, 2005, 111-112; Heiling, 2004, 25, 28)

För att ett tillstånd skall klassas som ett beroende bör tre av sju kriterier uppfyllas. Dessa är ökad tolerans, abstinens, större konsumtion än planerat, misslyckande att begränsa konsumtionen, stor tidsanvändning på att få och återhämta sig från alkoholens effekt, andra viktigare aktiviteter lider av bruket och att bruket fortsätter trots psykiska och fysiska besvär. (Lauritzon, 2005, 111-112; Heiling, 2004, 25, 28)

Ett substansmissbruk definieras som regelbunden och tvångsmässig användning av ett ämne oberoende av de negativa effekterna på hälsan och det sociala livet (Huttunen, 2011). Samma

gäller även missbruk som inte är i substansform. Det finns olika sorters missbruk men alla dess former inverkar negativt på missbrukaren i fråga samt hans eller hennes anhöriga, sociala liv och även arbetslivet. Begreppet missbruk har många ansikten. De vanligaste formerna är alkoholmissbruk, narkotikamissbruk, medicinmissbruk, spelmissbruk eller sexmissbruk. (Droglänken)

## 4.2 Droger

En drog är en kemisk substans som intas i kroppen endera via munnen, som injektion, inhalation eller via huden. En drog orsakar förändringar hos den som använder den endera som fysiska eller psykiska förändringar. När substansen har kommit in i kroppen transporteras den till sin receptormolekyl där drogen åstadkommer förändringar på cellnivå som i sin tur bidrar med fysiska, psykiska eller emotionella förändringar. Droger framkallar njutningskänslor hos användaren och i det långa loppet krävs det större och större doser av samma drog för att nå dessa känslor. (Betances, 2008, 26) Till beroendet hör även ett fysiologiskt beroende där man utvecklar tolerans för ämnet och man kräver större doser för önskad effekt. Tecken på drogberoende är avvänjningssymtom då man utan ämnet upplever abstinens i form av svettningar, kramper, feber samt illamående. (Droglänken, 2009)

Trots att Finland är ett land där alkoholkulturen är stor har användningen av droger och andra olagliga medel ökat de senaste åren. Förutom alkohol används flitigt lugnande mediciner, olika sömnmediciner och naturligtvis illegala droger. (Inkinen, Partanen, Sutinen, 2000, 37) De droger som används flitigast i Finland är nikotin, cannabis (marijuana och hasch), heroin och andra opiater, amfetamin, kokain, svampar, ecstasy, ketamine, stimulantia, hallucinogena droger (såsom LSD), olika syntetiska droger och inhalatorer. (Betances, 2008, 34-64)

Bensodiazepiner är den form av lagliga läkemedel som oftast missbrukas. Denna läkemedelsgrupp används vid olika sorters ångesttillstånd, som lugnande och vid behandling och prevention av epileptiska anfall. En engelsk undersökning har visat att 75 % av alla som någon gång ordinerats bensodiazepiner utvecklar ett beroende till läkemedlet. Bensodiazepiner missbrukas endera genom att man tar större doser än vad som ordinerats av läkemedlet eller att man använder det en längre tid än vad som står på ordinationen. Ett berusningstillstånd orsakat av bensodiazepiner uttrycker sig i form av bl.a. trötthet,

likgiltighet och förvirring. Ofta används dessa tillsammans med alkohol och det ger då en förstärkt effekt. (Inkinen, Partanen & Sutinen, 2000, 71-73)

Till cannabisprodukterna hör marijuana, hasch och hascholja. Hasch är ungefär 5 gånger starkare än marijuana. Effekten av cannabisprodukter kan yttra sig bl.a. i form av eufori, munterhet, gestaltningsproblematik, paniktillstånd, intensifiering av sexuella upplevelser, förhöjd puls, uttorkning av munslemhinnan eller trötthet. Några timmar efter intag kan användaren bli inåtvänd och tystlåten. Ett långvarigt bruk ökar risken för psykoser, bristfällig motivation och ett fattigt emotionellt liv. Cannabisprodukter ansamlas i fettet och det kan ta upp till 6 veckor innan de har eliminerats helt och därför kan användaren länge efter intag uppleva s.k. flashbacks. (Inkinen, Partanen & Sutinen, 2000, 75- 76)

Stimulantia är en grupp som innefattar droger såsom amfetamin, kokain och crack. Dessa tar sig i uttryck genom att användaren får förhöjd puls, vasokonstriktion av ådror, svettning och rastlöshet. Hos användaren upplevs ruset som spännande och det påminner ofta om sexuell upphetsning. Långvarig användning kan bidra med besvär eller öka risken för ångest, paranoia, minnesförluster, sömnlöshet, hepatit, hjärnblödning, impotens och olika infektioner. Man kan känna igen en användare genom att denne är förvirrad, rädd, rastlös, svettig, har vidgade pupiller, tremor och märken av injektioner. (Inkinen, Partanen & Sutinen, 2000, 76-78)

Hallucinogener innebär droger såsom LSD och ecstasy. LSD är en drog som orsakar starka hallucinationer och de vanligaste effekterna av LSD är bl.a. syn- och hörselhallucinationer, förändringar i kroppsbilden, gränsen mellan en själv och omgivningen suddas ut och vissa sinnesförmågor kan förstärkas såsom t.ex. lukt och smak. Till de fysiska effekterna hör förhöjning av pulsen, illamående och förhöjning av blodtrycket. Ett långvarigt bruk kan orsaka paranoia, depression, oväntade humörsvängningar, självmord eller utbrott av psykisk sjukdom. En person som använder LSD känner man igen genom att denne är förvirrad och kan ge intryck av psykisk sjukdom, har tremor och förhöjd salivproduktion. Användning av ecstasy framkallar en snabb välkänsla och ökad fysisk prestationsförmåga, förhöjd självkänsla, eufori, aggression, bruxism, takykardi etc. Ecstasy kan orsaka dödsfall i form av hjärtinfarkt, hjärnblödning och uttorkning. (Inkinen, Partanen & Sutinen, 2000, 78-79)

Den vanligaste opiaten är heroin. Morfin och kodein är opiater som används inom medicin. Framförallt heroinet, men även de andra opiaterna, är ytterst beroendeframkallande. Till opiater hör även gamma. Opiater bidrar med en känsla av eufori och välbefinnande. Eftersom opiater dämpar centrala nervsystemet har de även en pulssänkande och andningsdämpande effekt. Användaren känner sämre av smärta reagerar svagare på olika stimuli och pupillerna sammandras. Det är inte ovanligt med dödsfall orsakade av en överdos framförallt som följd av andningsstillestånd. Avvänjningssymtomen är starka och besvärliga. Till dessa hör svettning, vidgade pupiller, tremor, buksymtom, frossa och smärta. (Inkinen, Partanen & Sutinen, 2000, 80-81)

Förutom drogernas individuella biverkningar löper alla droganvändare en risk för vissa problem och sjukdomar som kan uppstå i och med missbruket. Den allvarligaste färosituationen med droganvändning är överdos. Detta gäller framförallt opiaterna p.g.a. effekten på centrala nervsystemet. Man kan förutom en överdos drabbas av sjukdomar såsom hepatit och HIV. HIV, Hepatit B och C är framförallt vanliga vid intravenös droganvändning. Hepatit B och HIV smittar även via sexuella kontakter. Även om man inte får en droganvändare att sluta använda droger kan man i alla fall informera om biverkningarna och kanske motivera droganvändaren att vidta vissa säkerhetsåtgärder och på detta vis undvika t.ex. blodburna sjukdomar. Droganvändarna bör få riktig och neutral information om olika sjukdomar, infektioner och prevention av överdos. Runtom i landet finns ett antal hälsoservicestationer som erbjuder speciellt droganvändare råd och hjälp. På dessa stationer får man rena engångsverktyg, man erbjuds stöd och så kan man testa sig för olika blodburna sjukdomar. Här erbjuds även vaccinationer mot hepatit A och B. (Droglänken, 2005)

### **4.3 Alkohol**

Många förknippar Finland och dess befolkning med alkohol. Det är ovanligt att man använder alkohol varenda dag t.ex. vin till lunchen. Alkoholen används främst vid fester och andra tillställningar. Det anses accepterat att man dricker för att bli berusad. Dryckesvanorna och attityderna mot alkohol har förändrats i Finland sedan 1950-talet. Förr var det främst män som drack alkohol men med tiden har även kvinnor börjat dricka alkohol allt mera. Idag dricker även 14-16-åriga pojkar och flickor alkohol med målet att bli berusade. (Droglänken, 2009)

Förr såldes mest starksprit men år 1969 kom mellanölet ut i varuhuset och ölen blev populärare. Ölet kom i en svacka på 70-talet men kom tillbaka på 80-90-talet. Vanligt vin har blivit populärare sedan 1960-talet. Genom skatter på alkohol kan man se förändringar i alkoholkonsumtionen. Är alkoholen billigare, konsumerar folk mera. (Droglänken, 2009)

Man framställer alkohol från jäsnings av frukter, grönsaker eller korn som man senare renar via destillation. Vin, öl, whiskey, gin och vodka är några exemplar på alkoholhaltiga drycker som jäser. Alkoholen tas redan upp i munnens slemhinna och kommer ut i blodomloppet via magen och mindre organ. Alkoholen finns i blodomloppet tills levern har gjort sig av med det genom metabolism och oxidation. Man kan inte påskynda förloppet. Man blir berusad när man tar in större mängder alkohol än vad levern kan göra sig av med. (Betances, 2008, 27)

Det finns många konsekvenser av alkoholbruk. Det är både psykiska besvär, fysiska besvär samt att man får sociala problem. T.ex. när barn använder alkohol, så skapas det en distans mellan barnen och föräldrarna och deras relation blir intensiv. Hela familjen lider. Det har även bevisats att alkohol skapar ångest, man får svårigheter att fatta beslut, man lider av depression, aggression samt förvirring. Alkoholen gör att man fattar beslut som man inte skulle göra i nyktert tillstånd, beslut som kanske inte är genomtänkta och som man kommer att ångra dagen efter. Man kör berusad, har oskyddat sex etc. Även risken för självmord ökar med stora alkoholintag. (Betances, 2008, 28-31, 33; Heiling, 2004, 51)

Fysiskt drabbas kroppen negativt av kortvarigt och långvarigt alkoholbruk. Nervsystemet dämpas, vilket gör att hjärtfrekvensen sänks, likaså med andningen. Leverns celler förstörs med långvarigt alkoholmissbruk och man kan drabbas av skrumplever. Också hjärnans celler förstörs i den grad att man kan få kognitiva problem och minnet blir sämre. Man kan också drabbas av alkoholdemens. I och med alkoholkonsumtionen kan man drabbas av cancer på ett flertal ställen; i munnen, matstrupen, magen, i olika organ samt högre risk för att drabbas av bröstcancer. Blodtrycket kan höjas till ett sjukligt tillstånd. Man kan få njursjukdomar samt hjärtsjukdomar. Även immunförsvaret försämras efter ett långvarigt alkoholbruk vilket gör att man är mera mottaglig för andra infektioner och sjukdomar. (Betances, 2008, 28-31; Heiling, 2004, 51)

Det finns positiva samt negativa förstärkningar som gör att man dricker samt använder droger. Den positiva förstärkningen upplevs ofta i början när man börjar dricka eller tar droger. Man upplever lust och välbehagskänslor. Detta sker fysiologiskt i kroppen, främst i hjärnan, som meddelar att dopaminerga celler skall frisätta dopamin som man upplever som positivt i



kroppen. Detta sker i basala framhjärnan. Det finns främst tre stycken negativa förstärkningar. Det kan vara ett inlärt stimuli, ex när man träffar en vän som också dricker så faller man fort tillbaka i den gamla vanan att dricka om vännen också gör det. Det andra kan vara stress, oftast social stress. Den tredje och sista negativa förstärkningen är den så kallade ”priming dosen”. Man skall bara ta lite eller använda litet men det slutar ofta med att man faller tillbaka i de gamla dåliga vanorna. (Heiling, 2004, 31-41)

## **4.4 Missbruk**

Missbruk har många ansikten. De vanligaste formerna är alkohol-, narkotika-, medicin-, spel- och sexmissbruk. Alla formerna inverkar negativt på missbrukaren samt dennes sociala liv och det är även en påfrestning för anhöriga. (Droglänken)

### **4.4.1 Den fysiska påverkan i kroppen hos missbrukaren**

När man dricker alkohol, använder droger eller missbrukar läkemedel så kommer det negativa följder som tar sitt uttryck i kroppen. Missbruk är skadligt och man löper risk för att drabbas av olika följsjukdomar. Risken för dödsfall är större vid alkoholmissbruk och en alkoholmissbrukare lever ca 6-18 år mindre än en som är nykter. (Droglänken, 2005)

Alkoholskador kan delas in i två grupper: de som uppkommer efter långvarigt missbruk och de som uppkommer vid enstaka tillfällen. De vanligaste skadorna som uppkommer vid enstaka tillfällen är t.ex. olyckor av alla slag, slagsmål och våld samt även förgiftningar som en följd av överdriven konsumtion. Man behöver förstås inte ha ett missbruk för att hamna ut för alkoholrelaterade skador av denna sort. Till de skador som uppkommer efter långvarigt missbruk hör leverskador (ex. cirros av levern), sjukdomar i bukspottskörteln (tex. pancreatit) och även olika former av cancer. För att inte tala om vad missbruket gör åt sociala förhållanden och människorelationer. (Droglänken, 2009)

De vanligaste negativa biverkningarna av alkohol är nervsjukdomar, magsjukdomar samt att muskelstyrkan påverkas negativt och man kan drabbas av högt blodtryck som i sin tur ökar risken för en rad olika sjukdomstillstånd såsom stroke. Ett långvarigt alkoholmissbruk gör att man kan få skrumplever, nervsystemet förtvinas, inflammation i bukspottskörteln, cancer och man kan få rubbad hjärtrytm. (Poikolainen, 2005). Av drogmissbruk där man använder nålar

och sprutor kan man drabbas av olika sjukdomar såsom Heptatit B och C samt HIV. (Droglänken, 2006)

#### **4.4.2 Den psykiska påverkan hos den som missbrukar**

När man missbrukar alkohol eller droger är det inte ovanligt att man inom en tid utvecklar en depression. Symtom som man upplever vid depression är nedstämdhet, glädjelöshet, brist på lustkänslor, aptitlöshet eller ökad aptit, sömnrubbingar, trötthet, man har en sämre koncentrationsförmåga, självkänslan sjunker och man kan drabbas av hopplöshet. Man kan även uppleva ångest och rädslor (Droglänken, 2005)

I många fall är det anhöriga som märker av depressionen innan missbrukaren själv gör det. Är det en långvarig depression bör man söka hjälp, annars brukar depressionen ge med sig efter några veckor då man har slutat dricka eller ta droger. Vården kan vara medicinering eller terapi. Terapin kan vara enskild eller tillsammans med anhöriga så hela familjer deltar. Medicineringen påverkar det centrala nervsystemet och höjer sinnesstämningen. Sömnmedel eller lugnande kan man använda en kort tid men man skall vara försiktig, eftersom det kan fördjupa depressionen och orsaka beroende. I värsta fall kan en depression sluta med självmordsförsök. (Droglänken, 2005)

Ett fenomen som är rätt så vanligt förekommande är s.k. dubbeldiagnos. Dubbeldiagnos innebär att personen inte enbart lever med sitt missbruk utan har även en psykisk sjukdom. Dubbeldiagnoser är vanligast hos personer med narkotikamissbruk men man räknar med att 40 % av alkoholmissbrukarna någon gång under sitt liv har levt med en psykisk störning i någon form. Ungefär hälften av alla med diagnosen schizofreni har även märkbara problem med rusmedel. Eftersom psykisk sjukdom och missbruk går hand i hand behöver man beakta båda två i vårdandet av patienten. Ofta bidrar rusmedel till värre och starkare symtom på den psykiska sjukdomen. Rusmedelsproblemet bör vara under kontroll innan man kan börja diagnosticera patientens psykiska tillstånd. (Droglänken, 2007)

#### **4.4.3 Den sociala påverkan för familj och arbete**

När missbrukaren mår bra och har en bättre period så mår också resten av familjen bättre. Som familj följer man ofta humöret och känslorna hos den som missbrukar. (Lundberg, 2005, 103) Som anhörig påverkas man mentalt av missbruket och ens liv börjar också kretsa kring

alkoholen eller drogerna. Man letar alkohol i huset, man slutar tänka på sig själv, man slutar klä upp sig, hygienen blir lidande och man tappar allt mera livslusten. Man blir besviken på missbrukaren som många gånger har lovat att ändra på sina vanor men inte lyckats. (Lundberg, 2005, 103-104)

Barnen i en familj med missbruk drabbas också. Ofta tror barnen att de är orsaken till att mamma eller pappa dricker eller tar droger. Barnen har också sociala problem eftersom de inte vågar ta hem kompisar för de vet inte vad som väntar dem när de kommer hem. Ofta kan barnen ta missbrukarens parti (t.ex. pappas) eftersom hustruns (mammans) mentala känsloläge kan vara så dåligt så barnen känner modern som en belastning jämfört med faderns missbruk. Detta trots att partnern som inte missbrukar tar hand om uppfostran så gott som själv.

Den missbrukande föräldern kan muta sina barn när hon/hon är nykter med gåvor eller pengar. Barnen lever i en konstant oro och otrygghet. Man kan inte som barn lita på missbrukaren i familjen och den andra hälften är oftast så mental uppriven av missbruket och har all sin koncentration riktat mot missbruket. Barnen kan i vissa familjer bli misshandlade, bli utsatta för övergrepp, lögner, känna besvikelse och rädsla. (Lundberg, 2005, 105-108)

Som anhörig till en missbrukare vill man inte att omvärlden ska veta att det finns ett missbruk i familjen. Man avskärmar sig från världen så man inte träffar sina vänner och bekanta för det minskar chansen att de skall få reda på om missbruket. Man låtsas att man är en normal familj med inga problem utåt till samhället. Man tappar kontakten med sina vänner vartefter tiden går och man lämnar ensam med sin familj. Som tidigare nämnts har barnen samma sociala problem. De vill inte heller ta hem sina vänner eller får inte ta hem vänner på grund av missbruket. De vet inte vad som väntar dem när de kommer hem. Barnen får svårt med sociala relationer med andra människor, både barn och vuxna. Skolan blir lidande eftersom koncentrationen och tankarna ofta ligger på något annat än skolan. (Lundberg, 2005, 100-106)

Jobbet kan bli allt mera lidande av ett missbruk om det går för långt. Man börjar dricka dagen före man skall i jobb och är bakfull när man ska i jobb, så det händer att man sjukanmäler sig som en lätt lösning. Man kan åka till jobbet när man ännu har alkohol i kroppen och inte skulle få köra bil och risken för olycksfall ökar. (Lundberg, 2005, 102) Man har hela tiden olika ursäkter varför man är borta och det börjar väcka misstankar på jobbet att det är någonting annat. Det är dyrt för en arbetsgivare att ha arbetstagare som missbrukar. Bli man avskedad från sitt jobb är man i en ekonomisk knipa eftersom man kanske har hus och familj att försörja eller ett missbruk som kräver mycket pengar. (Lundberg, 2005, 153-158)

## 4.5 Anhörigas medberoende i missbruket

Missbruket kan börja oskyldigt men senare märker anhöriga hur missbruket eskalerar och det blir oftare och mängden som missbrukas bli större. I och med att missbruket växer hittar anhöriga på orsaker varför personen ifråga dricker alkohol eller tar droger och man försöker hitta lösningar på problemet. Ofta hittar man inga lösningar. Annars kan man som anhörig skylla på att det är mycket på jobbet för missbrukaren eller denne bara vill slappna av. Anhöriga tar på sig orsaken till missbruket och skuld känslan växer. Missbruket tar allt mera tid och familjen, vännerna och arbetet lider. Missbrukaren börjar alltmera leva i sin egen värld. Missbrukaren försöker i början dölja att han har druckit eller tagit droger men ger upp efter ett tag (Lundberg, 2005, 100-107)

Medvetet och omedvetet håller de anhöriga koll på hur ofta och hur mycket rusmedel som förbrukas. Detta tar både fysiskt, psykiskt och socialt på de närstående. Det tar mycket tid att hålla redan på någon annans drickande och vartefter börjar livet kretsa kring alkoholen eller drogerna. De anhörigas tankar går till att fundera hur dagen kommer att bli när missbrukaren kommer hem, kommer han/hon att sköta sitt jobb eller kommer han/hon att köra bil påverkad av droger eller alkohol? (Lundberg, 2005, 100-107)

Som anhörig lever man på hoppet och vill tro när missbrukaren lovar att det var sista gången eller att han/hon skall sluta. Ofta är det tomma löften som bryts, i dessa situationer växer bristen på tillit fram. De anhöriga låter alltmera deras sociala liv tyna bort, man undviker sociala situationer och håller inte kontakten med sina vänner för man är rädd att man inte skall klara av att hålla den perfekta fasaden och det skall komma fram att det finns missbruk i familjen. (Lundberg, 2005, 100-107)

Den egna psykiska hälsan hos anhöriga försämras i samband med att missbruket fortskrider. Man har som anhörig ångest och tar på sig skulden till missbruket. En anhörig kan uppleva att denne inte har skött sin plikt i familjen och det är en orsak till missbruket. Även fysiskt mår man dåligt. Man kan ligga sömnlös om nätterna och grubbla på alla problem som missbruket har gett upphov till. Man kan börja tröstäta och gå upp i vikt, vilket i sin tur kan leda till t.ex. högt blodtryck, diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Man skötar inte sin hygien som tidigare för man har inte orken till det. Man vill kanske inte heller stiga upp på morgonen eftersom att man inte har samma livsglädje och vet inte vad dagen för med sig. Ändå försöker

man som anhörig att allting skall vara perfekt utåt till samhället. Skulle det framkomma att det finns ett missbruk inom familjen, skulle det vara skamligt. (Lundberg, 2005, 103-107)

Barnen tar sig även an olika roller i familjer med missbruk. Man kan vara hjälparen, hjälten, syndabocken, clownen eller det bortglömda barnet. Barnen upplever även problem psykiskt, fysiskt och socialt. Barnen till missbrukare har ofta sömnbesvär, huvudvärk och ont i magen. Barnen grubblar ofta över varför mamma eller pappa missbrukar och de tar på sig skulden. Psykiskt lider barnen av nedstämdhet, ångest samt koncentrationssvårigheter Socialt kan barnen drabbas av relationsproblem till andra barn och vuxna. Barnen saknar ofta tillit till andra människor på grund av missbruket. (Lundberg, 2005, 105-107)

## **4.6 Vägen ut ur missbruket**

Det finns flera olika metoder som man kan använda sig av i missbrukarvården. Ett av behandlingsformerna är en s.k. mini-intervention som tar plats vid en hälsovårdsstation där missbrukaren får diskutera tillsammans med en sjukskötare eller läkare. Mini-intervention innebär rådgivning där man strävar efter att dra ner på konsumtionen innan drogen/alkoholen har orsakat nämnvärd skada. Vid det första besöket kartlägger man alkoholkonsumtionen och diskuterar och sedan blir det ett antal uppföljningsbesök. En mini-intervention kan utföras i samband med ett vanligt rådgivningsbesök. Vårdaren eller läkaren ger patienten tips och råd om hur man kan skära ner alkoholkonsumtionen och vilka följder som kan uppkomma ifall man fortsätter eller ytterligare ökar konsumtionen av t.ex. alkohol. Här bör man också respektera att patienten kanske inte önskar att ändra sina vanor utan kommer att fortsätta i samma bana som tidigare. (Droglänken, 2006)

En annan behandlingsform är s.k. motiverande samtal där klienten står i centrum och man utgår utifrån dennes behov och värderingar. Vad man strävar efter med denna behandlingsform är att klienten själv skall inse behovet av att ändra sina vanor och upprätthålla dem samt att eliminera alla skadliga levnadsvanor. Som vårdare möter man klienten med respekt och bekräftar klienten och personens kapacitet att själv klara av situationen. Mellan klienten och vårdaren måste det finnas tillit och förtroende, det är grunden till att lyckas med denna behandlingsform. Denna vårdform används inte enbart inom missbrukarvården utan även vid hälso- och kostrådgivning. Framförallt effektiv och viktig är

behandlingsformen i början av behandlingen då klienten inte kanske är motiverad till förändring utan behöver stöd. Grundtanken i det hela är att motivationen och styrkan att göra en förändring finns inom människan själv men det behövs en utomstående för att få människan på rätt spår och att inse detta. (Droglänken, 2006)

I och med ett rusmedelsmissbruk kan det uppstå en kris i familjen, i detta fall kan det vara lämpligt att påbörja familjterapi. I riktigt komplicerade fall kan det vara behov av att ha myndigheter på plats eller personal från olika vårdinrättningar ifall familjemedlemmarna är splittrade på olika håll. Då hela familjen är i behov av vård är det viktigt att alla strävar åt samma håll och mot en bättre gemenskap i familjen. Vid dessa tillfällen är en eller flera terapeuter närvarande och vad man strävar efter är en fungerande dialog familjemedlemmarna emellan. Terapeutens uppgift är att kommentera och försöka uppmuntra familjemedlemmarna till att sätta ord på sina känslor. Det som man diskuterar på dessa möten hoppas man skall kunna bidra med en lösning till familjens situation och ett nytt sätt för familjen att kommunicera. Under dessa möten diskuterar man även hur familjen tidigare har försökt lösa konflikter och man diskuterar hur konflikter skall kunna lösas i framtiden och var och en får en uppgift som skall bidra till en bättre relation inom familjen. (Droglänken, 2006)

## **5 TIDIGARE FORSKNING**

Respondenterna har sökt tidigare forskning via EBSCO, som är en databas för vetenskapliga artiklar, var respondenterna fann tretton artiklar av relevans. I tidsskrifterna *Vård i Norden* från åren 2008-2012, *Journal of Advanced Nursing* från åren 2009- 2011, *Journal of Transcultural Nursing* från åren 2010-2012 och *Scandinavian Journal of Caring Sciences* åren 2009-2012 hittades inga relevanta artiklar. Sökord som användes var; alcohol abuse, Substance use in Finland, Substance use and relatives, Finland, alcohol in Finland, treatment for alcohol, interventions och family.

Syftet med Copello, Templeton och Powells artikel (2010) var att göra en uppskattning av förekomst och kostnader av alkohol och droger i Storbritannien. Det saknas uträkningar om hur många familjemedlemmar som lider av missbruk och dess påföljande ekonomiska kostnader. Artikeln behandlar modeller som räknar ut hur många vuxna familjemedlemmar som drabbas och kostnaderna av missbruket. De modeller som presenteras i artikeln räknar ut ungefär hur många familjemedlemmar som drabbas negativt av missbruket av tidigare data

med statistik om missbrukare. I tabell 1 är resultatet att 1,5 miljoner briter (partners och föräldrar) lider av missbruk. Dock skall man beräkna att ännu mera familjemedlemmar drabbas och att barn är uteslutna ur beräkningarna. Kostnaderna som familjemedlemmarna står för är många och de offrar mycket för missbruket. Familjen påverkas även socialt. De kan ha svårt att sova, bli trakasserade och de kan bli rädda för berusade personer. Familjemedlemmarna kanske måste bestå kostnaderna för drogen eller alkoholen när missbrukaren inte själv har pengar. Utöver detta kommer ofta även kostnader i form av obetalda räkningar och lån, böter, stölder och själva bostaden. Det finns även den psykologiska kostnaden som familjemedlemmarna betalar, att mentalt leva med en missbrukare. Resultatet var att anhöriga lägger ut flera tusen pund på missbrukaren per år och samhället sparar mycket pengar på detta sätt. Undersökningen vill uppmärksamma att det finns betydande brister när det gäller uppgifter om anhöriga till missbrukare. Man bör samla in mera uppgifter om anhöriga och pengar som de spenderar på familjemedlemmens missbruk. Vet man mera exakta siffror på familjemedlemmarna som drabbas, kan man utveckla bättre hjälp och stöd för dem.

Syftet med Zucker, Donovans m.fl. (2009) artikel var att undersöka barn i åldern 0-10 år hur olika faktorer formar barnen och deras framtid med alkohol. Faktorer som formar barnen delas in i ospecifika och specifika faktorer. Sådana faktorer är miljön och sociala faktorer, stress, psykisk misshandel, föräldrars syn på alkohol samt media. Man kan kalla dessa faktorer för en ospecifik alkoholriskfaktor, en ospecifik barndomsfaktor samt alkoholspecifik riskfaktor. Resultatet som man fick fram i artikeln var att man har rätt ut de stora utvecklingsprocesserna och mekanismerna som fungerar i åldersgruppen 0-10 hur de ser på alkohol och tidigt missbruk. Man kom fram till att barn under 10 år väldigt sällan dricker alkohol men de påverkas av olika krafter när de växer upp om hur de i framtiden kommer att förhålla sig till alkohol. Det finns många risker, sårbarheter och skyddsprocesser som redan fungerar i ett barns kropp. Vissa av dessa processer påverkar inte hur barnen ser på alkohol i framtiden, medan det finns vissa faktorer som är av särskild vikt i framtiden. Barnets syn på alkohol formas av en samverkan av biologiska, psykiska och sociala faktorer. Biologiskt så menar artikeln att barnen kan ärva en benägenhet att bli missbrukare. Psykiska faktorer kan vara ifall barnet blir misshandlat, om barnet har föräldrar som är deprimerade eller barnet annars mår psykisk dåligt. Socialt innebär det hur barnets föräldrar, vänner, media och kultur ser på alkoholkonsumtion, om man accepterar det eller om det är förbjudet.

Syftet med Härkönen och Mäkeläs (2009) artikel var att undersöka förändringar i attityder och normer gällande alkohol i Finland under de senaste 40 åren. Författarna använde sig av tidigare undersökningar som hade gjorts i Finland om alkohol och presenterade nya resultat om finländares attityder och normer gentemot alkohol nuförtiden. Materialet som användes i undersökningen var sex nationella undersökningar om alkoholvanor i Finland år 1968, 1976, 1984, 2000 och 2003. Även en skandinavisk alkoholundersökning från 1979 och en finsk undersökning om alkohol från 2003 användes. Resultatet visade att sedan 1960-talet har attityderna gentemot den egna alkoholkonsumtionen på fritiden ändrats. Även könsskillnaderna hade ändrats när det gällde alkoholkonsumtionen, den hade konvergerat. Normerna hade också ändrats. Det är nuförtiden mera accepterat att dricka på fritiden men inte på vardagar och när man är i arbetet. Dock så har attityderna mot alkoholen varierat under åren. På 1970-talet väckte den nya liberaliseringen stora frågor gällande alkoholpolitiken som fortsatte genom 1980-talet till början på 1990-talet. Sedan slutet på 1990-talet har man satt en striktare alkoholpolitik trots att man ser mera tillåtande på det egna alkoholbruket än vad man har gjort förr.

Syftet med Helakorpi, Pärna, Rahu, och Tekkels (2010) artikel var att undersöka vuxna människor i Finland och Estland under åren 1994-2006 gällande alkoholkonsumtion och vad som skiljer dem åt. Vuxna personer i åldern 25-64 år deltog, både män och kvinnor, under åren 1994-2006. Frågor som var centrala var; vilka som inte drack, hur ofta man drack och vilken mängd alkohol som dracks. Logistiska regressionsmodeller användes för att testa sociodemografiska skillnader i alkoholkonsumtionen åtminstone en gång per vecka. Resultatet som man fick var att antalet kvinnor som inte alls drack var 1,5 gånger högre än antalet män i både Finland och Estland. Mängden alkohol som förbrukades ökade i Estland både hos kvinnorna och hos männen. I Finland ökade alkoholförbrukningen hos kvinnorna men förblev stabil hos männen. Männen i Estland förbrukade mera alkohol än männen i Finland under det sista undersökningsåret. Även detta gällde de estniska kvinnorna. Singelkvinnor, skilda kvinnor och kvinnor som är separerade i Finland drack också större mängder alkohol. Skilda kvinnor samt separerade kvinnor i Estland drack också större mängder alkohol. Kvinnor i Finland som hade lägre skolning drack mindre än kvinnorna med hög utbildning, men detta gällde inte kvinnorna i Estland. Männen i Estland med lägre skolning drack mera än kvinnorna med en helt vanlig utbildning i Finland. Både i Finland och i Estland har alkoholkonsumtionen ökat genom åren.



Syftet med Garcia och Thibauts (2010) artikel var att få en bibliografisk granskning av sexmissbruk där man samlade artiklar från MEDLINE samt EBSCO för att få en djupare förståelse för sexmissbrukare. Det saknas robust vetenskaplig data och en klar definition på sexuella störningar. Man fick fram olika begreppsbildningar av överdrivna sexuella störningar, sexmissbruk. Modellerna kallas för obsessive compulsive disorder, där man tänker, fantiserar, har sexuella luster och man kan känna sig olustig i sociala sammanhang. Vid impulse control disorder, misslyckas man med att motstå lustar, impulser och frestelser som senare skadar individen själv eller andra. Under akten mår man väldigt bra men man mår senare väldigt dåligt. Out of control excessive sexual disorder, beror på sexuell excitering eller på hämningar. Perioder av dåligt humör och en låg sexuell respons tar sig senare uttryck i ett överdrivet sexuellt beteende. Vid addictive disorder, upplever man depression, ångest och skam när man inte har tillräckligt med sexuella aktiviteter. Trots att det saknas robust data om sexmissbruk så fann man element som kännetecknar sexmissbruk och kännetecknen på en beroendeframkallande handling. Tiden som man spenderar på sexuella aktiviteter är väldigt stor. Man fortsätter med detta sexuella beteende trots att det får negativa konsekvenser. Man har gång på gång försökt att stoppa detta sexuella beteende men man har misslyckats hela tiden.

Huxley och Foulger (2008) beskriver föräldrar som har problem med missbruk. Användningen av rusmedel har många skadeverkningar på individen i form av psykiska, fysiska och sociala men. Missbruket kan även påverka uppfostran negativt. Vad man strävade efter att kartlägga var om föräldrarnas missbruk påverkar hur effektivt och hur säkert de uppfostrar sina barn. Barn med missbrukande föräldrar löper större risk för vanvård, känslomässiga och fysiska övergrepp. Det har visat sig att föräldrarna, framförallt mödrarna, möter på många hinder då de försöker få hjälp mot sitt missbruk. Ofta saknas kompetens hos vårdpersonalen att förstå och kunna handleda föräldrarna i deras komplexa och invecklade situation där hela familjen egentligen är i behov av vård.

Opitz, Tsytarev och Frohs (2009) behandlar kvinnors sexmissbruk. I undersökningen deltog 99 kvinnor som själva hade erkänt sig vara beroende av sex. Största delen av kvinnorna hade anmält sig till ett program som skulle hjälpa dem ut ur situationen och genom programmet hade de kommit i kontakt och anmält sig som frivilliga till undersökningen. I undersökningen tog man i beaktande ett flertal olika faktorer såsom ålder, familjeförhållanden, civilstatus etc. Utöver detta skulle deltaganden även fylla i test med olika teman såsom sexvanor, barndomstrauman, alkoholvanor, narkotikamissbruk, familjens anpassningsförmåga, sitt

mående i allmänhet och förhållandet till föräldrarna. Man fann ett märkbart samband mellan sexmissbruk och övergrepp i barndomen, depression och substansmissbruk. Man fann också ett samband mellan sexmissbruk och en historia av alkohol eller narkotikamissbruk hos kvinnan.

Sussmans (2011) artikel omfattar de olika formerna av prevention och behandling som finns för ungdomars substansmissbruk nuförtiden. Sussman poängterar att då man strävar till att minska de biverkningar och sjukdomar som droganvändningen orsakar hos unga, bör man i första hand rikta uppmärksamheten till att försöka förebygga det att ungdomarna ens prövar på olagliga medel. Det finns alltid ungdomar som dessa program inte når av en orsak eller annan och dem bör man stöda till tillfrisknande. Det centrala i behandlingen är att avsluta drogmissbruket medan man i preventionen försöker förebygga att beteendet uppstår. Av behandlingsprogrammen finns det nuförtiden fyra olika former: Minnesotatillvägagångssättet, terapeutisk gemenskapsstrategi, familjeterapi och kognitiv beteendeterapi. Man har även börjat använda sig av gruppterapi och farmakoterapi. Preventionsprogram som har visat effekt är skolbaserade program, familjeprogram samt program i massmedierna. Något som verkligen har visat sig vara effektivt hos ungdomarna är motiverande samtal. Under dessa samtal får klienten klargöra sina mål samt fullfölja dem och ändra sitt beteende, allt detta med hjälp av terapeuten. Resultaten av dessa ovannämnda former är som bäst anspråkslösa. Slutligen poängteras att det fortfarande finns ett stort behov av behandlingsformer och former av prevention då det kommer till unga och substansmissbruk.

Syftet med Mäkelä, Kauhanen, Koskenvuo, Paljärvi, Poikolainen & Sillanmäkis (2009) artikel är att finna samband mellan depression och att dricka sig berusad. Det är aningen oklart ifall själva alkoholen orsakar depressionssymtom eller ifall en bakomliggande depression i själva verket är orsaken till alkoholkonsumtionen. Studien omfattade hela Finlands befolkning i åldern 20-54. Man skickade ut första enkäten år 1998 och igen år 2003. Alkoholkonsumtionen uppskattades genom gram ren alkohol och utifrån följderna av alkoholintaget såsom intoxikationer, alkoholrelaterad medvetslöshet och baksmälla under de senaste 12 månaderna. Man bedömde de symtom som tydde på depression utifrån "Bec Depressive Inventory". Vid uppföljningen efter 5 år fann man ett samband mellan depression och alkoholkonsumtion som ledde till berusning. Man fann också att berusningstillståndet i sig självt orsakade depressionssymtom. Framförallt antalet baksmällor kunde associeras till depressiva symtom. Dock krävs det vidare undersökningar för att fastställa ifall alkoholen i

sig utlöser depressionssymtom eller ifall alkoholen enbart orsakar att en bakomliggande depression kommer till ytan.

Mistrals (2011) artikel beskriver sambandet mellan psykiska sjukdomar och missbruk och framförallt substansmissbruk i form av narkotika och alkohol. Denna form av problematik benämns vanligen som en ”dubbeldiagnos”. En person med en dubbeldiagnos är en utmaning för psykiatrin men även för missbrukarvården eftersom båda parterna har svårigheter att identifiera problemet och att erbjuda rätt form av vård.

En studie gjord i Storbritannien visar att 44 % av patienterna inom mentalvården under det gångna året hade haft skadligt alkohol- eller drogmisbruk. Detta samtidigt som 85 % av alla klienterna inom missbrukarvården hade någon form av psykisk sjukdom. Denna form av problematik får oftast sin början redan i tidig ungdom och blir en påfrestning inte bara för individen utan även för familjen och samhället. Ofta är dessa personer inblandade i kriminella aktiviteter och de lider ofta av fattigdom, hemlöshet och självmordstankar. En stor del av denna grupp har låg utbildning och svårigheter med att underhålla relationer och arbetsförhållanden.

Vården av patienter med en dubbeldiagnos är oftast individuell men interventioner tillsammans med familj och andra nära har visat goda resultat. Behandlingen av denna patientgrupp blir dock en stor utmaning i framtiden både inom missbrukarvården och mentalvården.

Mäkelä och Österbergs (2009) artikel beskriver konsekvenserna av att man tog bort alkoholskatten på alkoholhaltiga drycker år 2004 för resenärer från Finland som reste till Estland. Från Estland fick man år 2004 billigare alkohol eftersom alkoholskatten togs bort när Estland blev medlem i EU. Även i Finland sänktes alkoholskatten med en tredjedel. Man kom fram till att alkoholkonsumtionen ökade med 10 % i Finland och att alkoholrelaterade skador ökade med några få undantag. Mest ökade leverskadorna, med 46 %. Mest ökade alkoholkonsumtionen bland medelåldersbefolkningen samt den äldre delen av befolkningen och även dessa drabbades värst av konsekvenserna av alkoholintaget. I studien kom man fram till att konsumtionen under år 2004 ökade och att de negativa konsekvenserna av alkoholkonsumtionen ökade också. De som drack mycket och ofta var lyhörda till priset på alkohol. Befolkningen i Finland fick mera hälsoproblem än tidigare så hälsokostnaderna steg på grund av att man importerade alkohol skattefritt till Finland. Polisen

arresterade även mera berusade personer och personer som kört berusat år 2004 än vad de hade kunnat räkna med. Även dödsfall under 2004 med alkohol involverat ökade både hos män och kvinnor men främst hos män. Män och kvinnor dog av alkoholförgiftning eller sjukdomar förorsakade av alkohol. Befolkningen sökte även vård för psykiska besvär förorsakade av alkohol. Samhället fick alltså ökade kostnader på grund av alla brott, flera sjukhusbesök samt dödsfall. Studien är byggd på tidigare data och statistik.

Syftet med Mäkeläs (2011) artikel var att ta reda på om det finns tecken på en sorts ”tämja” eller minskning i dryckesmönstren och skadorna per drucken liter alkohol under den tid då Finland var ett land som drack vid speciella tillfällen med låg alkoholkonsumtion. Man har kommit fram till att alkoholkonsumtionen har ökat såsom skadorna relaterade till alkohol. Skadornas antal är större bland de kroniska än bland de akuta skadorna relaterade till alkohol. Nuförtiden dricker man även samma mängd alkohol men inte lika snabbt som man gjorde förr. Bevisen tyder inte på att de finländska alkoholvanorna har blivit mera medelmåttliga. Man kom också fram till att attityderna och normerna gällande alkohol har förändrats och alkoholen är nuförtiden mera accepterad. Studien är byggd på tidigare data, undersökningar och statistik.

Lavikainens och Lintonens (2009) artikel undersöker finska ungdomars erfarenheter av skador relaterade till alkohol genom två olika upplagor med metodologiska frågor, öppna frågor samt strukturerade frågor. Ungdomarna var i åldern 12-18 år. Man ville se om frågorna skulle leda till olika svar om alkoholen. Ungdomarna rapporterade väsentligt olika skador på grund av alkoholdrickandet beroende på om de svarade på öppna eller strukturerade frågor. Därför är det speciellt viktigt att tänka efter vilken sorts metod/frågor man använder sig av i olika studier, öppna frågor kan vara till fördel.

Resultatet som man fick fram i de öppna frågorna var att 80 % av de som svarade drack alkohol, och 62 % sade att de hade upplevt alkoholrelaterade skador och 31 % sade att de inte hade upplevt skador. Vanliga skador som både pojkar och flickor rapporterade var illamående och bakfyllor. I de strukturerade frågorna var de vanligaste skadorna på föremål, kläder (19 %) eller gräl (18 %). De öppna frågorna gav mera frihet så man fick fram mera skador såsom ”moralisk baksmälla” och ekonomiskt förbrukade alkoholen pengar eftersom ungdomarna inte hade mycket pengar från förr. Viktökning var även oroväckande bland ungdomarna, medan sömnproblem hade en negativ inverkan på skolan. I framtida forskning kan man ta reda på om ungdomarna har lärt sig av konsekvenserna av alkoholdrickandet.

Utifrån dessa artiklar kan respondenterna dra en slutsats att missbruk påverkar många olika faktorer och många olika människor. Anhöriga hamnar ut för att ekonomiskt stödja missbrukaren och som en följd av detta sparar samhället pengar. Detta utöver att anhöriga redan mår dåligt på flera olika plan p.g.a. missbruket. Missbrukaren drabbas av fysiska, psykiska och sociala problem. Det finns ett klart samband mellan depressioner, psykiska sjukdomar, sexmissbruk och rusmedelsmissbruk. Personer med dubbeldiagnos utgör en utmaning för både missbrukarvården och psykiatriska vården.

Barn formar tidigt sin framtida syn på alkohol och droger. Det finns biologiska, psykiska, fysiska och sociala dimensioner som formar barnets uppfattning om alkohol. Föräldrar med missbruk kan påverka sina barns uppväxt så att dessa också utvecklar en missbrukarproblematik. Barn till missbrukare löper större risk att bli vanvårdade. Från ungdomars erfarenheter av alkohol skall man kunna skapa ett förebyggande program och vidta åtgärder för att alkoholen inte skall komma in i ungdomars liv i ett för tidigt skede.

Attityderna och normerna gentemot alkoholen i Finland har förändrats så att alkoholen nuförtiden är mera accepterad än tidigare men det finns också bättre behandlingsmetoder i nuläget än t.ex. för 40 år sedan.

## **6 UNDERSÖKNINGENS GENOMFÖRANDE**

I lärdomsprovet ha respondenterna använt sig av kvalitativ dataanalysmetod och utav detta gjort en innehållsanalys av materialet.

Kvalitativ forskning kännetecknas av närhet till forskningsobjektet och det är ett försök till att överkomma det subjektiva-objektiva förhållandet som naturvetenskapen utmärker sig med. Forskaren vill sätta sig in i den undersöktes situation och se världen med den undersöktes ögon. Forskaren vill se det som han forskar inifrån så att han får en djupare och fullständig uppfattning om det som man forskar om. Som forskare påverkas man hela tiden av sitt eget beteende och de värderingar som man bör kunna sätta åt sidan medan man forskar. Kvalitativa forskning har sin grund i hermeneutiken och fenomenologin. (Holme & Solvang, 1991, 100-101)

## 6.1 Val av informanter

Respondenterna har gjort en narrativ undersökning. Fyra personer som är anhöriga till missbrukare har deltagit i undersökningen konfidentiellt. Deltaganden har fått frågor som de har besvarat skriftligt i ett häfte som vi skickat ut till vår kontaktperson i en stödförening. Svaren har deltaganden skrivit i en berättande form. Dessa frågor handlar om hur de anhöriga har upplevt missbruket samt hur missbruket har påverkat anhörigas liv. Åt deltaganden bifogade respondenterna en kort presentation om sig själva och syftet med undersökningen.

## 6.2 Narrativ metod

Ordet narrative kommer från latinets gnarus (att veta, vara expert på) och narō (berätta, skildra). (Johansson, 2005, 41) Narrativ metod är en metod som man använder för att samla in berättelsen eller berättandet. Man analyserar antingen muntliga eller skriftliga berättelser. Den narrativa metoden används både vid kvalitativa och kvantitativa undersökningar. Det finns flera olika narrativa metoder (Johansson, 2005, 20-22)

Narrativ betyder en människas berättelse från början till den aktuella dagen och det är den egna berättelsen. Den som skriver sin berättelse skall inte styras av någon utan det skall komma direkt från berättaren själv. Man får en överblick av helheten av berättelsen och forskaren får indikationer på vad som är väsentligt. (Trost, 1997, 28)

Livsberättelser handlar om när en person berättar eller skriver om sitt liv eller specifika händelser i sitt liv. Forskning som använder sig av narrativ metod vill undersöka olika aspekter, perspektiv, samt teman som har format människans identitet samt gett mening i livet. Personen som berättar ställs i centrum. Genom berättelserna förklarar personerna hur olika händelser i livet har skapat deras identitet. Man får då reda på hur de upplever sitt eget liv, med andra ord så är det självbiografiskt. Genom livsberättelserna får man även möjligheten till att förstå andra personer, man tar del av människans liv och händelser. Det finns även kulturella berättelser där man betonar nationen, social klass, ras och sexuell identitet. Kollektiva berättelser ger de som har blivit nertystade möjlighet att göra sig hörda. T.ex. dominerande kulturer har tystat ner kvinnor och homosexuella. Deras berättelser är snarare gruppens historia än individens historia. Deras berättelser kan ge hopp och sociala förändringar. (Johansson, 2005, 23-24)

Narrativ metod är en metod som vänder sig till individens vardagsliv. Berättelsen fokuserar på en specifik händelse i individens liv eller en erfarenhet som man vill belysa. Det är alltid personen som skriver berättelsen som är i fokus; individens erfarenhet, uppfattning eller upplevelser. Man uppmanar individen att skriva om specifika händelser speciellt noggrant. Allting bör vara väl genomtänkt när man ger berättaren information om vad han skall skriva om. Väl efteråt har man inte möjligheten att komplettera informationen. Man kan även lämna information i form av dagboksanteckningar. Där skriver individen anteckningar vid varje tillfälle som studeras. (Dahlberg, 1993, 86-88)

Det kan finnas motsättningar mellan personens faktiska liv och det liv som personen berättar om. Genom berättelserna får man reda på personens världsbild och identitet. Man kan aldrig få en berättelse om ett liv hur det faktiskt var utan det är en pågående konstruktion av olika faktorer kring personen. (Johansson, 2005, 213-214)

### **6.3 Innehållsanalys**

Innehållsanalysen är en väl använd form av analys, framför allt i vårdvetenskapliga sammanhang. Denna form av analys är ett sätt att beskriva, organisera samt kvantifiera det fenomen som man undersöker. Den passar vid analys av material såsom brev, artiklar eller rapporter. I och med innehållsanalysen strävar man till att bygga upp sådana modeller som presenterar det fenomen som man studerar i en förkortad form och göra den lättare att förstå. Innan forskaren påbörjar sin analyseringsprocess bör man ha på klart om man enbart kommer att analysera det som står färdigt skrivet eller om man även kommer att analysera mellan raderna. (Kygäs & Vanhanen, 1999, 3- 4)

Innehållsanalysen är ett sätt att analysera dokument, såväl skrivna som dokument som återger en diskussion i form av prat. Innehållsanalysen kan delas in i många olika delar och den har många olika former men det gemensamma för alla former av innehållsanalys är att det alltid utan undantag är frågan om en tolkning. Man kan t.ex. dela in innehållsanalysen i kvalitativ och kvantitativ analys. Den kvalitativa analysen, som beskriver ett fenomen, är mera använd. Innehållsanalysen kan ytterligare delas in i latent och manifest analys. Den manifesta analysen innebär att man beskriver och tolkar det som finns direkt skrivet i texten, medan den latent analysen innebär att man även tolkar det osagda och läser mellan raderna (Olsson &

Sörenson, 2011, 209-210) Grundtanken med innehållsanalys är att man i texten skall kunna hitta vissa ledtrådar till ett djupare budskap. Författaren till texten är kanske inte alltid själv medveten om detta budskap. Ju mera subtila och oskrivna budskap det finns i texten som man vill analysera, desto mera svåranalyserad är den. ( Denscombe, 2010, 307-309)

Alltid då man påbörjar sin analys bör man redogöra för en s.k. analysenhet oberoende av vilken form av analys man använder sig av. Denna analysenhet består oftast av ett ord eller eventuellt en kort mening. Analysenheten är det som styr uppgiften. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 5)

Respondenterna kommer i sitt examensarbete att använda sig av induktiv innehållsanalys vilket innebär att materialet indelas i olika kategorier. Första stadiet i detta är att reducera materialet. Materialet benas ut i små komponenter och dessa komponenter samlas ihop till större enhetliga kategorier. Till exempel kan ett påstående som ”att leva med en missbrukare i familjen har orsakat lidande för hela familjen” kategoriseras i en grupp som heter ”lidandet”. Man formar ett antal subkategorier, t.ex. rädsla, ångest, sorg och oro, utifrån de påståenden som har framkommit i undersökningen. Dessa i sin tur bildar en övre kategori som kan kallas t.ex. ”psykisk påfrestning”. Andra kategorier kan vara ”ekonomi” eller ”fysisk sjukdom”. Många kategorier kan tillsammans höra till en gemensam kategori, i detta fall t.ex. ”lidande”. På detta vis kommer respondenterna att analysera och bearbeta sitt material.

Vad som har ansetts vara problematiskt med innehållsanalysen är det att resultatet som man får anses vara för subjektivt eftersom forskaren inte klarar av att bearbeta analysprocessen objektivt. En annan utmaning för forskarna har varit att bilda tillräckliga och rätta kategorier så att materialet framställs pålitligt. För pålitlighetens skull är det viktigt att de kategorier som man bildar har ett konkret samband med materialet. Att undersökningens resultat motsvarar materialet är forskaren ensam ansvarig för. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 10)

## **6.4 Etisk diskussion**

Då man utför en forskning finns det vissa etiska principer som man bör följa. Forskarens arbetssätt måste utformas på ett sätt som anses vara ärligt. Man bör även se till att de som deltar i en forskning inte på något vis utsätts för skada i och med att de medverkar i undersökningen. Utöver detta bör man som forskare ha respekt för deltagarnas rättigheter och deras värdighet. (Denscombe, 2010, 193) Det som respondenterna främst har tagit hänsyn till



är hur frågorna till deltaganden är ställda. Missbruk och beroende kan vara ett känsligt ämne och respondenterna har strävat till att utforma frågorna på ett vis som inte kan upplevas som kränkande av deltaganden. I och med att respondenterna inte träffade deltaganden och inte hade möjlighet att diskutera och ytterligare förklara syftet med frågorna var det viktigt att frågorna var välformulerade och etiskt korrekta.

## **6.5 Undersökningens praktiska genomförande**

De personer som deltog i undersökningen har frivilligt anmält sig via en stödförening. Respondenterna skickade ut häften med frågor om missbruk. Deltaganden fick svara och berätta fritt på frågorna och sedan sända svaren åt respondenterna. Respondenterna har inte träffat deltaganden. Respondenterna själva har ingen personlig erfarenhet av ämnet men finner ämnet intressant och kunskap om detta ämne är nyttigt inom alla delar av vården. Missbruk är ett ämne som alltid är aktuellt och som vårdare bör man ha förståelse för både missbrukarens och anhörigas situation. I och med att respondenterna inte har träffat deltaganden har respondenterna valt att inte analysera mellan raderna. Det var inte möjligt att tillägga faktorer såsom kroppsspråk och känslouttryck i analysen och därmed består analysen av enbart det som är skrivet.

## **7 RESULTAT**

Respondenterna skickade ut 5 häften med frågor och fick tillbaka 4 svar. Alla deltaganden var närstående till missbrukare. De flesta hade varit eller var för tillfället i ett förhållande med missbrukaren eller så var missbrukaren en förälder. Alla missbrukare led av alkoholmissbruk men även blandmissbruk i form av tabletter (värkmedicin och bensodiazepiner) framkom. Svaren är skrivna i berättande form utifrån de frågor som respondenterna ställde deltaganden. Vissa korta citat framkommer i slutet av resultatredovisningen i varje stycke. Deltagarna fick berätta om sin relation till missbrukaren, vilken form av missbruk det var frågan om och hur situationen såg ut samt hur situationen upplevdes ur anhörigas synvinkel. Deltaganden fick

också berätta om de har sökt hjälp, var de har upplever att de fått bäst stöd samt vad de har upplevt som särskilt påfrestande under missbruket.

Respondenterna har valt att dela upp materialet i fem huvudkategorier och dessa kategorier är ytterligare delade i undergrupper. Den första kategorin är ”Den psykiska påfrestningen” med undergrupperna ångest och maktlöshet, ensamheten, självkänsla och fysiska symtom. Den andra kategorin är ”Våld och manipulation” och undergrupperna är psykisk misshandel, fysisk misshandel, lögn och manipulation. Den tredje kategorin är ”Den yttre fasaden” och dess undergrupp är ”allt är ok”. Den fjärde kategorin heter ”Familjeförhållanden” och dit hör undergrupperna missbruket och barnen, missbruket och partnerförhållandet. Den femte kategorin heter ”Hjälpen” och har tre undergrupper att nå botten, alla parter behöver hjälp, lättnaden.

## **7.1 Den psykiska påfrestningen**

I kategorin **Den psykiska påfrestningen** har respondenterna fokuserat på de känslor som har uppstått i samband med att missbruket har pågått. Materialet i denna kategori är uppdelat i tre undergrupper: **ångest och maktlöshet, ensamhet** samt **självkänsla och fysiska symtom**.

### **7.1.1 Ångest och maktlöshet**

Gemensamt för alla deltaganden i undersökningen var känslan av hjälplöshet som uppstod i samband med missbruket. Ofta uppstod gräl p.g.a. hjälplöshetskänslan då anhöriga har önskat att missbrukaren skall sluta dricka och familjen skall kunna leva ett ” normalt ” liv utan alkohol.

Att inte veta hurdan situationen är hemma, är personen full, är han arg eller är han överhuvudtaget hemma upplevdes påfrestande. Det hände sig att missbrukaren försvann och var borta i dagar, i vissa fall till och med veckor, för att sedan komma hem smutsig, full, blodig och väldigt arg. Att konstant leva i oro och grubbla på jobbet över situationen hemma ledde för vissa till att de drog sig hemifrån och sökte efter aktiviteter och sysselsättningar så att de inte skulle vara tvungna att se på vad som pågick i hemmet. Ett vanligt scenario var att då missbrukaren kom hem gick han direkt till kylskåpet och öppnade en öl och blev sittandes i

soffan resten av kvällen med en öl i handen. Ibland blev han aggressiv, ful i munnen eller helt enkelt somnade någonstans i huset. Framförallt i de fall där deltaganden var barn till missbrukaren var kvällens höjdpunkt det då föräldern tuppade av och man äntligen kunde slappna av.

I berättelserna framkom att tröskeln till att söka professionell hjälp för sitt psykiska illamående som anhörig var mycket högre än att söka efter lugnande medel i Alkos hylla. Att söka hjälp inom psykiatri kändes mera skamligt än att lugna sin oro med alkohol. Närstående kunde själva börja dricka för att överhuvudtaget orka med situationen hemma.

*”Det blev en acceptans att ta en till natten.”*

*”Småningom hann han knappt in genom dörren innan han var i kallskåpet och jag hörde kapsylen öppnas. Usch vilket ljud!! Det blev småningom som rena tortyren bara av att höra detta ljud.”*

*”... jag bönade, bad, grät, slog, var aggressiv; inget hjälpte.”*

### **7.1.2 Ensamhet**

De deltaganden som hade levt i ett parförhållande med missbrukaren lyfte fram ensamheten och hur det är att vara ensam fastän man är två i ett förhållande. Att leva i ett parförhållande påpekade att man lärde sig snabbt hur man skall förbli osynlig och inte göra stort väsen av sig så att man inte bara irriterar föräldern.

Att leva med en person med missbruk tvingade ofta den nyktra personen till att ”överfundera”; sköta hemmet, eventuella barn och allt som får vardagen att rulla på samtidigt som missbrukaren ”underfunderar”. Detta upplevdes av anhöriga som att leva i ett kristillstånd där ingenting längre är roligt och där den ena parten enbart gör det han vill medan den andra parten sköter alla måsten. Man var ensam och trött och i början av förhållandet levde man i hoppet att missbrukaren nog skall ändra sig och sina vanor och att allt blir bra till slut.

Att uppfostra barn tillsammans med en person med missbruk upplevdes som att man motarbetade varandra, hade inga gemensamma regler och man förvandlades till en skugga bredvid den andra. Den nyktra i förhållandet upplevde att denne levde ett helt eget liv med barnen där missbrukaren inte deltog i uppfostrandet särskilt mycket.

*”Man knogar och kämpar på och känner det som om man drar ett tungt lass med ansvar för både jobb och hemarbete + barn, eftersom den andra personen lever ansvarslost.”*

### **7.1.3 Självkänsla och fysiska symtom**

Det framkom hos deltaganden att som en följd av missbruket krympte det sociala nätverket. Man ville inte gå på olika fester och evenemang där spriten flödade och då blev man stämplad som onormal och tråkig som inte hakade på. Det sociala umgänget minskade och inte hade man heller lust att umgås med missbrukaren. Att leva i en relation med en missbrukare upplevdes som att man inte blev uppskattad utan man nervärderades, förblev en skugga och man hade inget människovärde i relationen och självkänslan försvann. Som en följd av den psykiska påfrestningen och den försämrade självkänslan påpekade deltaganden att de småningom började lida av även fysiska symtom. Som exempel på dessa framkom illamående, magproblem, oregelbunden hjärtrytm, högt blodtryck och huvudvärk. Andra följder var att minnet försämrades och koncentrationssvårigheter uppstod. En anhörig berättade att hon inte överhuvudtaget fick hjälp fastän hon uppsökte läkare för sina fysiska symtom, eftersom ingen i vårdpersonalen sannerligen förstod situationen som hon befann sig i utan fick som råd att ”ta det lugnare en tid framöver”.

*”Självkänslan började vackla och försvann helt. Alltefter tiden gick blev jag deprimerad, fick koncentrationssvårigheter, dåligt minne och blev till sist utmattad.”*

*”....var jag orsaken till att han börjat dricka?”*

## **7.2 Våld och manipulation**

I detta kapitel har respondenterna valt att fokusera på våld och dess olika former samt manipulationen som kan uppkomma i samband med missbruk och berusningstillstånd.

Undergrupperna i denna kategori är **psykisk misshandel, fysisk misshandel, lögn och manipulation.**

### **7.2.1 Psykisk misshandel**

Gemensamt för alla deltaganden var att under missbrukets gång hade de utsatts för psykiskt våld. Den psykiska misshandeln var i form av elakheter, mobbning, att tala illa om familj och vänner och att kränka andras människovärde. Även tystnad ansågs av en del anhöriga som en våldsform, missbrukaren gick inte att kommunicera med och vägrade diskutera. Den psykiska misshandeln upplevdes som det värsta med hela missbruket. För en deltagande hade den psykiska misshandeln lett till personlighetsförändringar som ännu i denna dag är kvarstående. Ofta uppstod misshandeln i samband med att anhöriga påpekade drickandet eller något missbrukaren gjort under påverkan.

*” Det handlade mest om psykisk misshandel i vårt hem. TYSTNAD!! ”Mykkäkoulu”!! Min man gick inte med på att diskutera!!”*

*”...det han gjorde och sade åt oss skulle vi ta med en nypa salt för vi ska inte ta så allvarligt sånt som han gör i fyllan. Vi vet ju att han älskar oss.. Det var pappas åsikt..”*

### **7.2.2 Fysisk misshandel**

Endast i ett fall framkom fysisk våld i samband med missbruket. Misshandeln omfattade främst slag mot ansiktet, strypgrepp men även kränkande och nedvärderande saker som att slänga ner någon på marken och spy över denne. Det hände sig att missbrukaren påstod att slagen inte ens träffade offret och att han bara slog i väggen för att demonstrera, även om det klart och tydligt syntes att offret blev slaget.

*”Den som vågade säga emot fick sig en rejäl omgång och där var både psykiskt och fysiskt våld.”*

*”...han lät mig inte springa till henne, i hennes famn... Han höll oss skilt.”*

### 7.2.3 Lögner och manipulation

I alla berättelser framkom att missbrukaren till en början hade försökt dölja sitt problem i form av gömda spritflaskor, personen drack i smyg eller hittade på ursäkter att få avlägsna sig för att göra ”andra viktiga saker”, vilket betydde att dricka sprit. Till och med kunde missbrukaren gömma glaset bort från bordet så att ingen kunde följa med hur mycket denne drack. I ett antal fall vägrade missbrukaren erkänna att han hade problem.

Framförallt i fall där barn var inblandade upplevdes det som om föräldern gång på gång lovade att göra saker tillsammans med familjen eller att köpa saker åt någon familjemedlen, men detta blev sällan av och besvikelsen var stor.

*”..hade ofta ärende i källaren av olika orsaker. Hade frisk andedräkt. Gurglade ofta på munvatten eller åt sisu. Inga klockor ringde”*

*”....”Ska vi inte fara hem snart pappa?” Svaret ”Snart far vi, pappa ska bara ha en öl till” och där satt vi i flera timmar.”*

## 7.3 Den yttre fasaden

I detta kapitel har respondenterna valt att ta fram skamkänslorna och rädslan att berätta åt utomstående hur situationen ser ut hemma. I kapitlet framkommer en undergrupp **”allt är ok”** som tar upp både skamkänslor och hur svårt det upplevs att be om hjälp.

### 7.3.1 ”Allt är ok”

I majoriteten av deltagarnas berättelser framkom att anhöriga var väldigt försiktiga med att låta utomstående veta om missbruket och hemmasituationen. Delvis beskrevs orsaken till detta vara skammen, man skämdes över missbrukaren, ville inte erkänna problemet eller ville helt enkelt inte att folk skulle veta hur det stod till. Skammen i sin tur ledde också till att man drog sig från att uppsöka läkare för sina psykiska eller fysiska besvär då man inte ville börja förklara situationen åt någon utomstående. Anhöriga fick ofta skämmas över hur missbrukaren betedde sig på sociala tillställningar där alkohol serverades. En annan orsak till att man inte berättade för någon var att anhöriga ansåg att folk inte skulle

förstå. Vissa deltaganden hade önskat att någon skulle fråga hur det stod till och man upplevde att människor omkring en var rädda att fråga och kanske helt enkelt inte ville blanda sig i. Ingen reagerade och detta upplevdes som tungt.

Ett barn till en missbrukare berättade att folk hade kommit fram till henne och frågat om allt är väl hemma, men att hon varit för rädd för att berätta sanningen och därför svarat att allt är bra. I fall där föräldrarna skilt sig och barnen spenderade tid hos båda föräldrarna berättade barnet inte alltid hur det stod till hos missbrukaren åt den nyktra föräldern eftersom man inte ville ”oroa denne”.

*”Kulisserna hölls upp, jag berättade inte för någon, kanske i ett senare skede åt mina närmaste väninnor.”*

*” Det kom ibland människor som frågade om allt var väl och fast det inom mig ropade ”HJÄLP”, så svarade jag allt är bra.”*

## **7.4 Familjeförhållanden**

I detta kapitel har respondenterna valt allt lyfta fram vad ett missbruk gör åt familjeförhållanden. Respondenterna redogör för hur missbruket upplevs av barnen i en missbrukarfamilj och hur missbruket upplevs av partnern till missbrukaren. Undergrupperna i detta kapitel är **Missbruket och barnen, missbruket och parförhållandet**.

### **7.4.1 Missbruket och barnen**

I majoriteten av berättelser där ena föräldern har varit missbrukare och barn fanns med i bilden beskrevs mamman som den elaka och pappan som den snälla. Pappan som drack var den som köpte barnens kärlek, han gav dem pengar och köpte saker åt dem. I några fall var det också så att pappa blev snäll och lugn då han druckit, medan mamma som kämpade med att balansera hemmet samt uppfostra barnen var nervös och upplevdes av barnen som elak. Det visade sig att den nyktra förälderns ångest och oro gick ut över barnen och därför fick

barnen aldrig en trygg och god relation med den nyktra föräldern, men nog med missbrukaren! Detta visade sig i flera fall då barnen hade blivit vuxna och inte då heller hade lyckats bygga upp en fungerande relation till den nyktra föräldern.

Att ha en förälder med missbruk visade sig ha konsekvenser i det långa loppet hos barnen. Det hände sig att de blev tvungna att ta paus i studierna, de fick svårigheter med att bygga upp ett fungerande förhållande och att lita på folk. Barnen hamnade också att fungera som medlare mellan föräldrarna som inte pratade med varandra. Då mamman drog sig hemifrån på aktiviteter utanför hemmet och jobb fick barnen som var hemma agera vuxna och ta ansvar för missbrukaren redan vid låg ålder.

Deltaganden beskrev att de höll ihop förhållandet ofta ”för barnens skull”, även om barnen också mådde dåligt över förhållandet. I de fall där föräldrarna skiljde sig och gick sina skilda vägar upplevdes detta som ”skönt” av barnen, att äntligen ha lugn och ro i huset.

*”Partnern till den som dricker börjar också bete sig ”onormalt” så därav skuldkänslorna gentemot barnen.”*

*”Så jag laga mat åt min pappa, han åt. Jag ledde honom via wc till sängen och klädde av honom. Sen redde jag upp i hemmet sånt som han slagit sönder...”*

#### **7.4.2 Missbruket och parförhållandet**

Deltaganden som levde eller hade levt i ett parförhållande med missbrukaren hade ofta i början av förhållandet levt i hoppet om att de skall få partnern att sluta dricka. Man började lurpassa på missbrukaren, leta efter gömda flaskor och småningom då ingen förändring skedde utan situationen bara förvärrades förvandlades den anhöriges personlighet och man blev mera bitter, även om detta inte hörde till personlighetsdragen från förut. Man hade ingen lust att göra någonting tillsammans med sin partner utan stannade ihop oftast för barnens skull och man letade efter egna aktiviteter på annat håll, levde sitt eget liv och blundade till en viss del för problemet hemma. En anhörig poängterade i sin berättelse det faktum att man faktiskt är två i ett förhållande men att det ofta händer att man fastnar i någon form av patient-terapeutförhållande med missbrukaren där man försöker ”bota” missbrukaren från sin sjukdom.



I de berättelser där deltaganden hade skilt sig från missbrukaren beskrevs detta beslut som väldigt smärtsamt och svårt men att de i slutändan kände lättnad och upplevde trygghet i vardagen då man t.ex. visste vad som väntade då man kom hem efter en dag på jobbet.

*”En dag såg jag honom i ögonen och sade, att nu får han välja mellan mig och alkoholen. Svaret kom snabbt: alkoholen.”*

*”Alla relationer i familjen är mer eller mindre störda p.g.a. missbuket....följderna av missbruket sprider sig som ringar på vatten.”*

## **7.5 Hjälpen**

I detta kapitel kommer respondenterna att redogöra för hjälpen som anhöriga har fått för att bearbeta situationen. Respondenterna lyfter fram hur och var anhöriga upplever sig ha fått bäst hjälp. Undergrupperna i detta kapitel är **Att nå botten, Alla parter behöver hjälp** och **Lättnaden**.

### **7.5.1 Att nå botten**

I de berättelser där missbrukaren har blivit nykter krävdes det att han själv skulle nå botten, inse sin situation för att bli motiverad till en förändring. Viljan att ändra sina vanor kom från missbrukaren själv. I två berättelser berättade anhöriga att för att missbrukaren skulle hitta motivationen att bli nykter krävdes en nära döden-upplevelse, i ett fall var det som en följd av överdrivet drickande medan i det andra fallet var det frågan om ett självmordsförsök. Först när botten var nådd upplevde anhöriga att missbrukaren och de själva fick hjälp av social- och hälsovården. Missbrukaren fick vård och rätta verktyg att ta sig ur missbruket och i vissa fall erbjöds även hjälp åt anhöriga men detta var minimalt. I alla fall var anhöriga själv tvungna att leta efter hjälp och stödformer.

*”Han titta sig i spegeln och sade: ”Min dotter ska inte behöva säga att min pappa drack ihjäl sig”.”*

## 7.5.2 Alla parter behöver hjälp

Alla deltaganden hade upplevt sig få hjälp på lite olika sätt och på olika ställen men alla hade de en gemensam nämnare, nämligen Al-anon, som är en anonym självhjälsgrupp för närstående till missbrukare. Vänner och nära, rehabilitering, terapi, sorgbearbetningskurs och djur var andra hjälpformer som stött och hjälpt anhöriga under och efter missbruket. En anhörig poängterade att man faktiskt behöver hjälp även efter att (och om) missbrukaren nyktrat till. En god vårdplats för missbrukaren är en sådan vårdplats som även tar hänsyn till anhöriga och kan erbjuda dem hjälp eller åtminstone tipsa och ge råd om var de kan hitta hjälp och stöd mera anpassad för anhörigas behov. Med rätt sorts stöd riktad till hela familjen kunde man slippa känslor av agg, besvikelse och illamående som uppstått under missbrukets lopp.

*”När min sambo kom hem ”klappade jag ihop”! Jag var dötrött! Förstod ingenting!?”*

## 7.5.3 Lättnaden

Alla deltaganden i undersökningen hade deltagit i Al-Anon-möten och alla beskrev en lättnadskänsla som uppstod i samband med att få träffa andra anhöriga. Under dessa möten fick deltaganden insikt om att alkoholism är en familjesjukdom och de fick litteratur samt ytterligare kunskap om sjukdomen. Den största lättnaden upplevdes vara att få höra att andra människor hade upplevt samma som en själv och att man inte är ensam. Andra anhöriga erbjöd stöd och feedback och man fick lära sig att alkoholister överlag fungerar rätt så lika.

*”Hur kunde nästan alla ha eller haft ungefär samma situationer, samma känslor, samma obehagliga alkoholist runt sig som jag!?? Tårarna rann nerför mina kinder,,,kanske mest av lättnad. Jag är inte ensam!!”*

## 8 TOLKNING

I tolkningen presenteras resultatet och jämförs med teoretiska bakgrunden enligt rubrikerna den psykiska påfrestningen, våld och manipulation, den yttre fasaden, familjeförhållanden och hjälpen.

### 8.1 Den psykiska påfrestningen

Deltaganden berättade att de aldrig visste vad som väntade dem när de kom hem från jobbet eller från skolan. De grubblade i arbetet över vad som väntade hemma. Vissa sökte sig hemifrån bara för att slippa se vad som pågick i hemmet. Gräl uppstod då anhöriga ville att missbrukaren skulle sluta dricka så att de kunde leva ett normalt liv. Eriksson (1994) menade att man upplever rädsla inför sitt lidande. All rädsla och oro skall omvandlas till lidande så att man kan bearbeta sina känslor för att sedan få bekräftelse och försoning med det. Lundberg (2005) beskriver även de konstanta tankarna kring missbrukaren och vad som väntar hemma eller vad som kommer att hända.

Deltaganden betonade att de vara ensamma i förhållandet fastän de hade en partner. De själva tvingades till att "överfundera" när missbrukaren "underfunderade" i hemmet. Deltaganden blev trötta och ensamma men levde på hoppet att det skulle bli bättre. Vid barnuppfostran sade informanterna att det inte existerade några gemensamma regler och att de motarbetade varandra samt att anhöriga kände att missbrukarna inte deltog i barnuppfostran som en förälder borde göra. Lundberg (2005) beskriver hur den nyktra partnern gör allt i sin makt för att allting skall vara perfekt i hushållet och främst utåt. Alla sociala kontakter minskas och man lämnar snart ensam med sin familj som inte heller fungerar korrekt. När det kommer till barnuppfostran är det lätt för missbrukaren att inte sätta upp regler för att verka snäll. Missbrukaren kan ge dyra presenter eller pengar för att bedöva sitt dåliga samvete.

Deltaganden beskrev att de inte ville gå på fester och att de drog sig tillbaka socialt. Anhöriga fick inte heller uppskattning av missbrukaren utan nedvärderades till den grad att självkänslan försvann och anhöriga kände att deras människovärde också försvann. Anhöriga började till sist känna av fysiska symtom i form av illamående, magproblem, oregelbunden hjärtrytm, högt blodtryck, huvudvärk och även försämrat minne och koncentrationssvårigheter nämndes. Lundberg (2005) beskriver hur anhöriga till missbrukare avskärmar sig från vänner och andra

tillställningar. Man vill inte att det skall komma till kännedom att det existerar ett missbruk i familjen för det är skamligt. Även symtom som sömnsvårigheter, huvudvärk, nedstämdhet, ångest, ätstörningar och illamående framkommer. Ångesten och skuld känslorna gör att man börjar må allt sämre och självkänslan påverkas i högsta grad.

## **8.2 Våld och manipulation**

Anhöriga beskrev hur de utsattes för mobbning, elaka ord samt smutskastning av familj och vänner. Informanterna tyckte att även tystnaden var en del av psykisk misshandel. Att inte kunna tala eller diskutera med någon ledde till och med till personlighetsförändringar hos en av deltaganden. Hos en av informanterna framkom det att denne hade blivit utsatt för fysisk misshandel. Det handlade om slag mot kroppen, strypgrepp och kränkande handlingar. Missbrukaren i detta fall förnekade att han hade slagit personen utan påstod att han bara hade träffat väggen. Eriksson (1994) beskriver lidandet som en kamp där känslor som skam och förnedring upplevs. Den psykiska misshandeln är ett lidande som är uthärdligt eller outhärdligt. Den goda kampen betyder att man växer som människa och överkommer sina hinder och blir hel. Den onda kampen innebär man tappar hoppet och man kan inte längre växa som människa. Lidandet i den värsta formen gör att människan går miste om livskraften och människan klarar inte av att göra det som hon var skapad för. För att komma genom den psykiska misshandeln så lider man, man kan klara det eller så bryter man ihop som människa.

Deltaganden tog upp hur missbrukarna gömde alkohol, kom med olika ursäkter för att dra sig undan så att man kunde dricka. Missbrukaren drack ofta i smyg och kunde inte erkänna att alkoholen var ett problem. Barnen upplevde att föräldern som missbrukade inte höll sina löften och på så vis förlorade man tilltron till föräldern. Lundberg (2005) tar upp hur barn lever i otrygghet och oro. Genom brutna löften förlorade barn tilliten och levde i otrygghet. Lundberg (2005) tar även upp hur tiden går åt till att leta efter alkohol i huset eller på andra ställen. Missbrukaren kan även ha uppgifter att sköta endast för att kunna dra sig undan och dricka alkohol i fred.

### **8.3 Den yttre fasaden**

Allting är okej, så valde deltaganden att beskriva vardagen under missbruket fastän det var tvärtom. Informanterna ville inte att det skulle framkomma att det fanns ett missbruk i familjen för det upplevdes som skamligt. Man förnekade problemet och var rädd att folk inte skulle förstå. Lundberg (2005) beskriver att missbruket skall tystas ner. Skammen över att det finns missbruk i familjen skall inte komma ut. Samtidigt lever de anhöriga på hoppet om att det blir bättre sedan. Ser allting bra ut mot samhället kan man inte ha misstankar om att det finns missbruk. Hushållet blir det man har kontroll över fastän man inte har kontroll över någonting.

Sociala tillställningar var ofta jobbiga. Där serverades sprit och missbrukaren skämde ofta ut anhöriga. Anhöriga berättade även att de hade önskat att någon hade frågat hur de mårde. Lundberg (2005) beskriver hur sociala tillställningar där alkohol serveras i fri mängd är en obekvämlig situation för anhöriga. Missbrukaren kan bli alltför berusad och skamkänslorna växer hos de anhöriga. Även i dessa situationer undviker man alla sociala tillställningar eller så lever man även här på hoppet att det blir bättre nästa gång.

Barnen vågade inte säga hur det var hemma eller hur de egentligen mårde utan sa bara att det var bra eftersom de var rädda för att berätta hur det egentligen låg till. En annan orsak till att barn inte berättar är för att inte oroa någon annan, som i detta fall skilda föräldrar. Lundberg (2005) skriver att barnen tar ofta skulden på sig varför föräldrarna dricker eller tar droger. Barnen säger inte heller hur det ligger till hemma, barnen vill inte heller ta hem vänner då de inte vet vad som väntar när de kommer hem. Barn kan även få problem med vuxna kontakter eftersom missbrukar föräldern kan ha brutit så många löften så barnen har inget förtroende för vuxna längre.

### **8.4 Familjeförhållanden**

Ofta var det modern (den nyktra) som beskrevs som elak medan fadern beskrevs som den snälla. Fadern köpte barnens kärlek med presenter, gav barnen pengar och ibland blev han snäll och hyggelig efter att han hade druckit och mamman blev bara nervös. Lundberg (2005) beskriver att barn uppfattar missbrukaren som den snällare eftersom han kan vara lugnare och

snällare än den nyktra som kan uppfattas som hispig. Även mutor, som presenter och pengar, uppfattas som någonting positivt som man inte får från modern.

Modern pressades att se efter missbruket, mängden som konsumerades, att uppfostra barnen, sköta hushåll och jobb alldeles ensam. Dessutom ska man hantera sin ångest och oro som gick utöver barnen. Deltaganden som då var barn uppgav att än idag har de svårt att ha en riktig relation till den nyktra föräldern på grund av hur hon var under missbrukartiden. Föräldrarna var ofta ihop för att barnen skall ha en familj men barnen mådde sämre av dessa förhållanden. Copello, Templeton och Powell (2010) beskriver i sin artikel att utöver den psykiska och sociala påfrestningen som anhöriga utsätts för som en följd av missbruket är de också ofta tvungna att stå för kostnaderna av missbruket. Missbrukaren lever ansvarslost och har ofta en del obetalda böter, lån etc. Ibland blir anhöriga tvungna att t.o.m. betala för t.ex. spriten.

Lundberg (2005) beskriver den nyktra föräldern och i dessa fall modern som den sämre av föräldrarna. Moderns konstanta ångest och oro över missbrukaren går ut över barnen. När allting fallerar kring modern som självständigt försöker hålla ihop samtidigt som allting skall se bra ut utåt till samhället. Hon är trött och ensam och hennes känslor går ut över barnen som uppfattar henne som någonting negativt. Betances (2008) betonar också hur förhållandet mellan föräldrarna blir påfrestat på grund av missbruket.

Barnen hamnade ofta i kläm i familjer med missbruk, uppgav deltaganden. De fick problem med människorelationer och hamnade ofta som medlare i hushåll där den nyktra inte talade med missbrukaren. Barnen kunde må så dåligt att de fick ta paus i sin skolgång för att kunna återhämta sig. Hyxley och Foulger (2008) betonade i sin artikel att barn med missbrukande föräldrar ofta löper större risk att bli utsatta för vanvård. Ett annat problem är att vårdpersonal ofta saknar kompetens att hjälpa dessa familjer. Lundberg (2005) beskriver att barn till missbrukare kan få svårt med senare relationer till vuxna men även till andra på grund av missbrukarförhållandena. Brutna löften och lögn gör att barn får svårt att lita på andra. De upplevelser som barnen har haft under sin barndom eller under barndomen/ungdomen har tär så hårt på dem så de inte orkar utan måste ta en paus för att orka gå vidare.

Deltaganden beskrev även hur det var att vara partner med en missbrukare. I början beskrev anhöriga hur de letade efter alkohol i huset. De lurpassade på missbrukaren när han drack. Man levde på hoppet att saker och ting skulle bli bättre sedan, vilket det aldrig blev. Deltaganden beskrev hur de blev bittra och deras personlighet ändrades till det negativa. Lundberg (2005) beskriver hur den nyktra i förhållandet lever på hoppet och vill att allting

skall bli bättre och tror på det. Efter tillräckligt många motgångar ändras humöret och man upplever allt mera ångest och oro. Man ägnar sin tid åt missbruket, letar flaskor och ser efter ifall missbrukaren dricker.

Anhöriga ville inte längre hitta på saker med missbrukaren utan levde sitt eget liv, men de stannade ihop för barnen. De som skilde sig beskrev skilsmässan som smärtsam men senare var det en lättnad och de fann igen trygghet i tillvaron. Eriksson (1995) menar det finns tre dimensioner av lidande som benämns som ”att ha ett lidande, att vara i ett lidande och att varda i ett lidande”. Den sista dimensionen ”att varda i ett lidande” är kampen mellan hopp och hopplöshet samt liv och död. Vinner människan i den sista dimensionen, så kan hon finna meningen med sitt lidande. Informanten tog alltså ett livsomvälvande beslut som tog en positiv riktning och hon fann frid i sitt liv.

## 8.5 Hjälpen

Deltaganden berättade att missbrukarna själva ville söka vård för att bli nyktra när de hade nått botten. I ett fall handlade detta om ett självmordsförsök och i ett annat fall tänkte missbrukaren nästan dricka sig till döds. Efter dessa incidenter sökte missbrukarna vård hos social- och hälsovården och de kunde ta sig ur missbruket. Anhöriga fick söka eget stöd. Även här kan man hänvisa till Eriksson (1995), människan har ett lidande. Människan är i kampen mellan hopp och hopplöshet, liv och död. Vinner man den sista dimensionen av lidandet ”varda i ett lidande”, så finner människan igen mening med livet och livet får en positiv mening.

Alla behöver hjälp och stöd, skrev informanterna, och en stor gemensam nämnare för informanterna var Al-anon, som är en anonym självhjälsgrupp för närstående till missbrukare. Utöver Al-anon nämndes rehabilitering, terapi, sorgbearbetningskurser, vänner och djur som hjälp för anhöriga under eller efter missbruket. Alla informanter hade deltagit i Al-anon-möten och den största lättnaden var när de insåg att det även fanns andra som hade varit med om liknande saker och situationer. Droglänken (2006) beskriver familjeterapi som ett sätt att hjälpa hela familjen. Alla har chansen att tillsammans bearbeta missbruket och säga hur de mår samt hur de har upplevt missbruket. Heiling (2004) betonar också att alkoholanvändning i det långa loppet ökar risken för självmord.

## **9 KRITISK GRANSKNING**

I följande kapitel kommer respondenterna att kritiskt granska studieresultatet enligt Staffan Larssons (1994) kriterier. Kapitlet delas in i fyra undergrupper: perspektivmedvetenhet, intern logik, etiskt värde och teoritillskott.

### **9.1. Perspektivmedvetandet**

Larsson menar att delen alltid måste relateras till helheten för att vi skall uppnå innebörd. Man kan säga att allt meningsfullt tänkande innebär en tolkning. Larsson beskriver förförståelsen, vilket innebär att vi redan vid första mötet av det vi har planerat att tolka har en viss förförståelse och föreställning av ämnet och ibland även av undersökningsresultatet. Dock kommer denna förförståelse att konstant ändra under tolkningsprocessen i och med att vi får mera kunskap om ämnet. Om forskaren väljer att redogöra sin förförståelse i forskningen kommer då utgångspunkten för tolkningen att bli tydlig. Man kan också välja att beskriva sina personliga erfarenheter av ämnet ifall dessa är betydelsefulla samt relevanta och man på detta vis redogör för sin förförståelse. (Larsson, 1994, 165-167)

Vad som har styrt respondenterna till valet av detta ämne är ett generellt intresse för ämnet samt personliga erfarenheter. Största orsaken till ämnesvalet var att man konstant inom vården träffar på patienter med missbrukarproblematik. Valet av ämne kan också ha påverkats av det faktum att respondenterna personligen också på något vis känner personer med missbrukarproblematik och på detta vis kanske har lite erfarenhet av ämnet. Innan studien hade respondenterna liten kunskap om hur man bemöter en person med missbruk och ännu mindre kunskap om hur missbruket påverkar anhöriga och andra nära. Man kan således påstå att utgångspunkten för denna studie var att respondenterna hade väldigt lite kunskap om vården av anhöriga.



## 9.2 Intern logik

Larsson hävdar att för att forskningen skall uppnå intern logik bör det råda harmoni mellan de olika momenten i forskningen dvs. forskningsfrågan, datainsamlingen och analystekniken. Alla delar i forskningen skall forma en helhet. Detta är grundtanken i intern logik. Delar som inte bidrar med någonting i helheten är därmed onödiga i förhållande till forskningens syfte. (Larsson, 1994, 168-170)

Att utifrån frågeställningarna som presenteras i syftet utforma frågor åt deltaganden upplevde respondenterna som det bästa sättet att få svar på frågeställningarna. I och med att deltaganden öppet fick berätta upplevde respondenterna att frågeställningarna blev besvarade och att det också dök upp oväntad information och kunskap om ämnet, vilket också visade sig vara användbart. Som datainsamlingsmetod fungerade både e-post och häften var deltaganden svarat i. E-mail var respondenterna tvungna att använda då förstahandsvalet, häften och frågor, inte visade sig funka så väl som väntat. Allt som allt fick respondenterna fyra omfattande svar. Som analysmetod valdes innehållsanalys eftersom materialet var i form av kvalitativ data och respondenterna upplever att på detta vis lyftes de viktigaste resultaten i undersökningen fram på ett smidigt sätt. Respondenterna anser sist och slutligen att det råder harmoni mellan forskningsfrågan, datainsamlingen och analystekniken i undersökningen.

## 9.3 Etiskt värde

Larsson beskriver etiken och att visa god etik är en viktig aspekt i en vetenskaplig studie. Forskaren bör tänka efter att inte törsten efter ny kunskap kommer i vägen för kravet att skydda individen och anonymiteten i en forskning. Larsson beskriver att det värsta en forskare kan göra sig skyldig till är lögn i forskningen. Viljan att uppnå ett visst forskningsresultat bör inte väga mera än sanningen och ett korrupt forskningsresultat kan utnyttjas av andra. (Larsson, 1994, 171-172)

Eftersom respondenterna bad deltaganden att öppna sig om väldigt personliga och känsliga erfarenheter, har respondenterna försökt och verkligen tänkt på att ställa frågorna så finkänsligt som möjligt för att inte såra någon. Utöver detta har största delen av deltaganden nåtts via en stödförening och de är därmed också okända för respondenterna. Utöver detta har respondenterna tänkt igenom citaten som framkommer i studien att de inte skall peka ut någon

viss person och att deltaganden inte skall vara igenkännbara av någon annan än dem själva på basen av citaten. I och med att respondenterna inte hade väldigt mycket kunskap om ämnet från tidigare hade de inga direkta förväntningar på forskningsresultatet och respondenterna har därmed inte styrt resultatet åt ett visst håll för att uppfylla egna förhoppningar. Resultatet är därmed sanningsenligt och en sammanfattning av deltagandens berättelser.

## **9.4 Teoritillskott**

Kvaliteten i en teori handlar enligt Larsson om hur bra ens egen teori kan relateras till tidigare forskning samt tidigare teorier och ifall ens egen teori kan bidra till eller omkullkasta gamla teorier. För att bilda en teori som bidrar med ny kunskap bör man redan i början se till att man väljer sådana frågeställningar som har potential att byggas vidare på. Man bör alltså redan i problemställningen ha en viss grad av nytänkande med sig. Detta ställer krav på forskaren. (Larsson, 1994, 175-176)

Respondenterna upplever att deras resultat bekräftade tidigare teorier men det är svårt att säga om studien bidragit med ny kunskap. Respondenterna upplevde att de fick ny kunskap och en ökad förståelse av ämnet men man bör ta i beaktande att respondenterna inte hade särskilt mycket kunskap om ämnet innan studien. För allmänheten upplever respondenterna att gamla teorier kanske främst bekräftas av denna studie. Respondenterna kunde förankra stora delar av resultatet i teoretiska bakgrunden men upplevde att det var svårare att hitta några större samband mellan resultatet och tidigare forskning eftersom det överlag upplevdes som svårt av respondenterna att hitta relativ forskning till studien.

## **10 DISKUSSION**

Det resultat som respondenterna fick genom livsberättelserna svarade på frågorna som ställts. Frågorna som besvarades var följande:

1. Hur har missbruket påverkat vardagslivet för de anhöriga?
2. Vad har de anhöriga upplevt som särskilt påfrestande som en följd av missbruket?
3. Har de anhöriga till missbrukare fått någon form av stöd?

Missbruket har påverkat de anhörigas vardagsliv. Anhöriga har fått lägga om sina egna vanor, fritid, sociala umgänge och leva i ovisshet på grund av missbruket. Humöret varierar hos missbrukaren på grund av flera olika faktorer; missbrukaren kan själv må dåligt, blanda alkohol med mediciner eller kanske själv ha låg självkänsla.

Vad som upplevdes som särskilt tungt var den psykiska påfrestningen som anhöriga utsattes för som en följd av missbruket. Ovissheten beskrevs som något av det värsta, att inte veta hur det ser ut hemma då man kommer hem. Anhöriga upplevde sig socialt isolerade av att inte kunna planera saker eller göra saker som en familj. Tystnaden ansåg många vara värst, missbrukaren teg liksom de anhöriga eller så blev barnen mellanhanden. Anhöriga berättade att de levde i tystad med sin partner och de kunde inte dela sina känslor och upplevelser. Man försumrades som människa och man fick inte utlopp för sina känslor.

I livsberättelserna framkom att det var rent av skamligt att söka hjälp av terapeuter och att anhöriga hellre själva började dricka alkohol för att bedöva sina känslor. Informanterna ansåg att ingen skulle förstå deras situation och att familjehedern inte skulle få nedsvärtas. Lättnaden var ändå som störst när informanternas gemensamma nämnare Al-anon nämns. Al-anon är en stödförening för anhöriga till missbrukare där man kan diskutera och höra andras upplevelser av missbruk. Det beskrevs som en lättnad av anhöriga att få höra att andra personer hade upplevt samma situationer och känslor som de.

Det som framkom i resultatet är inte direkt något nytt inom detta område men stämmer bra överens med vad som är skrivet i bakgrunden och bekräftar tidigare teorier.

Eftersom att respondenterna bad deltaganden att berätta sina historier, sina egna upplevelser, vilket deltaganden gjorde, kan man anse att resultatet är tillförlitligt. Respondenterna upplever sig ha fått svar på frågorna. Dock är det omöjligt att veta om deltaganden berättade allt av värde eller om de har lämnat bort någonting ur berättelserna. Respondenterna kan inte veta om deltaganden har tagit sig tid att verkligen besvara frågorna i lugn och ro. Efter att ha läst igenom livsberättelserna och fått resultatet och tolkningen så är tillförlitligheten på resultatet tillfredsställande. Det kan hända att en annan aspekt hade visat sig eller att annan information hade kommit fram om respondenterna hade bitt flera personer att delta i undersökningen, men respondenterna tror trots allt att buskapet i det stora hela vore detsamma. Alla deltaganden i undersökningen råkade också vara kvinnor och det skulle ha varit intressant om någon av deltaganden hade varit män. Resultatet påverkades även av att alla deltaganden kontaktades via en stödförening.

Resultatet som respondenterna fick av livsberättelserna stämmer bra överens med bakgrunden och den teoretiska utgångspunkten med Erikssons (1994) lidande. Det framkom inget nytt som skulle vara banbrytande inom vetenskapen men för respondenterna själva bidrog resultatet med mycket ny kunskap. Respondenterna anser att det dock vore viktigt att allmänheten informerades mera aktivt om att anhöriga också lider och att det finns stödföreningar. Det finns absolut rum för mera forskning i ämnet eftersom det finns relativt lite forskning som fokuserar sig på anhöriga.

Framförallt vårdpersonalen borde få utbildning i hur man skall hantera situationer med missbruk och anhöriga. Deltaganden beskrev besvikelsen då ingen i vårdpersonalen var kunnig att hjälpa dem och inte kände igen situationen som de befann sig i. Orsaken till detta tror respondenterna vara okunskap om ämnet i sig och ofta saknar vårdpersonal rätt redskap och utbildning att hjälpa anhöriga.

Om undersökningen i sig anser respondenterna att den har bidragit med kunskap om anhöriga till missbrukare och gett råd om vad som hjälper en anhörig. Respondenterna anser att informationen är väldigt nyttig med tanke på vårt yrkesval. Undersökningens praktiska genomförande är någonting som respondenterna sannolikt skulle tänka på ifall man skulle göra om undersökningen. Att kontakta anhöriga via stödförening var i sig en lyckad ide, men att skicka ut frågor och häften i början av sommaren var ingen bra ide. Tyvärr råkade det sig att folk semestrade just då, vilket resulterade i att respondenterna fick materialet över en månad försenat och en del material dök aldrig upp av okänd orsak. Vissa deltaganden gick då med på att skriva om sina svar och skicka dem via e-post. Även om undersökningens genomförande inte var problemfritt, fick respondenterna i alla fall fyra väldigt omfattande och intressanta livsberättelser att bygga lärdomsprovet på. Undersökningen i sig upplever respondenterna ha varit väldigt intressant och överlag en positiv upplevelse.

## LITTERATUR

Aalto, M. (2007). *Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveydenhäiriö- kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste*. Duodecim. [online] [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_spape=%2Fportlet.action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_tunnus=duo96517&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_frompage=haku&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_hakusana=M.+Aalto](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spape=%2Fportlet.action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo96517&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=haku&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_hakusana=M.+Aalto) Hämtat 12.3.2012

Betances, A. (2008). *How to Shield children from alcohol and other drugs*. Tate Publishing.

Dahlberg, K. (1993). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Studentlitteratur.

Denscombe, M. (2010). *Forskningshandboken*. Studentlitteratur, s.193,307-309

Eriksson, K. M. m.fl. (1995). *Den mångdimensionella hälsan- verklighet och visioner*. Vasa sjukvårdsdistrikt SKN och Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber utbildning.

Haglund, O. Lauritzson, O.(2005). *Om alkohol*. Ica bokförlag.

Heikkilä, T. Larivaara, P. Lindroos, (2009). *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. Duodecim.

Heilig, M. (2004). *Beroendetillstånd*. Studentlitteratur.

Holme, I. Solvang, B. (1991). *Forskningsmetodik*. Studentlitteratur.

Inkinen, M. Partanen, A. Sutinen, T. (2000). *Päihdehoitotyö*. Tammi.

Johansson, A. (2005). *Narrativ Teori och metod*. Studentlitteratur.

Kyngäs, H. Vanhanen, L. (1999). *Sisällön analyysi*. Hoitotiede vol 11 no 1/-99, s.3-11

Larsson, S. (1994). *Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier*

Lundberg, H. (2005). *Tolv steg tillbaka till livet- Om familjesjukdomen alkoholism*. Förlagshuset Gothia,

Olsson, H. Sörenson, S. (2011). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Liber.

Trost, J. (1997). *Kvalitativa intervjuer*. Studentlitteratur.

Copello, A. Templeton, L. Powell, J. (2010). The impact of addiction on the family: Estimates of prevalence and costs. *Drugs, education, prevention and policy*. 17: 63-74.

Donovan, J. Masten, A. Mattson, M. Moss, H. Zucker, R. (2009). Developmental Processes and Mechanisms, Ages 0-10. *Alcohol Research & Health*. Vol 32, No 1. [online]

Froh, J. Opitz, D.M. Tsytsarev, S. (2009). Women's Sexual Addiction and Family Dynamics, Depression and Substance Abuse. *Sexual addiction and compulsivity* 16:324-340. Hämtat 8.3.2012 [online]

Garcia, F. Thibaut, F. (2010). Sexual Addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36: 254-260.

Helakorpi, S. Pärna, K. Rahu, K. & Tekkel, M. (2010) Alcohol consumption in Estonia and Finland: Finbalt survey 1994-2006. *BMC Public Health*, 10: 261 [online]

Huttunen, M. (2011). Päihde ja huumeriippuvuus. *Lääkärikirja Duodecim*. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00414&p\\_haku=p%E4ihdeh%E4iri%F6](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414&p_haku=p%E4ihdeh%E4iri%F6) Hämtat 6.1.2012 [online]

Huxley, A. & Foulger, S. (2008). Parents who misuse substances: implications for parenting practices and treatment seeking behavior. *Drugs and Alcohol Today, Volume 8 Issue 3*. Hämtat 8.3.2012 [online]

Härkönen, J. & Mäkelä, P. (2010). Changes in the norms guiding alcohol use in the Finnish general population over the past 40 years. *Addiction Research and Theory*. 18(4): 392-408. Hämtat 8.3.2012 [online]

Institutet för hälsa och välfärd, (2006) <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=1&currentEvent=getData&sexCount=1&setId=p85c1a784c430d8d8ee99f421644afab2dbb94b088f4b1c&indCount=2&yearCount=2> Hämtat 5.1.2012. [online]

Kauhanen, J. Mäkelä, P. Kauhanen, L. Koskenvuo, M. Paljärvi, T. Pokolainen, K. & Sillanmäki, L. (2009). Binge drinking and depressive symptoms: a 5-year population-based cohort study. Department of Public Health. University of Helsinki. Hämtat 3.4.2012 [online]

Karvonen, P. (2006). *Hepatit B och hur man skyddar sig*. Droglänken. <http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/351-hepatit-b-och-hur-man-skyddar-sig> , Hämtat 9.3.2012 [online]

Lintonen, T.P. & Larvikainen, H. M. (2009). Alcohol use in adolescence: identifying harms related to teenager's alcohol drinking. *Journal of Substance Use*, 14(1): 39-48. Hämtat 4.6.2012 [online]

Mistral, W. (2011). Mental health and substance use. *British Journal of Healthcare Management*, Vol 17 No 7. Hämtat 8.3.2012 [online]

- Mäkelä, M. & Österberg, E. (2006). Alkoholbruket i Finland. <http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/111-alkoholbruket-i-finland>  
Hämtad 9.3.2012 [online]
- Mäkelä, P. (2011). Has the boozing Finn been tamed? Changes in the relationships between drinking, intoxication, and alcohol-related harm when turning from a spirits-drinking country to a beer-drinking country. *Contemporary Drug Problems*, Vol. 38 issue 4, p. 517-539.  
Hämtat 4.6.2012 [online]
- Mäkelä, P. Österberg, E. (2009.) Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland*, 2009 Apr; 104(4): 554-63. Hämtat 4.6.2012[online]
- Mäkelä, R. (2006). Familjeterapi. *Droglänken*.  
<http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/647-familjeterapi>  
Hämtat 16.5.2012 [online]
- Mäkelä, R. (2005). *Depression*. <http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/141-depression> Hämtat 9.3.2012 [online]
- Partanen, A. (2005). *Huumeiden käyttäjien terveysterveystapalvelut*. Droglänken.  
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/371-huumeiden-kayttajien-terveysneuvontapalvelut>  
Hämtat 16.5.2012 [online]
- Poikolainen, K. (2005). *Alkoholens skadliga inverkan på hälsan*. Droglänken.  
<http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/233-alkoholens-skadliga-inverkan-pa-halsan>  
Hämtat 9.3.2012 [online]
- Salo-Chydenius, S. (2006). *Motiverande intervju/motiverande handlingssätt*. Droglänken.  
<http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/644-motiverande-intervju> Hämtat 16.5.2012[online]
- Seppä, K. (2006). *Mini-intervention*. Droglänken.  
<http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/642-mini-intervention> Hämtat 16.5.2012 [online]
- Sussman, S. (2011). *Preventing and treating substance abuse among adolescents*. The Prevention Researcher, Volume 18(2). Hämtat 8.3.2012 [online]
- Österberg, E. (2006). *Sociala Alkoholskador*. Droglänken.  
<http://www.paihdelinkki.fi/informationssnuttar/121-sociala-alkoholskador> Hämtat 12.3.2012 [online]

## BILAGOR

Vi är två sjukskötarstuderanden på Yrkeshögskolan Novia som går sista året och nu håller på med vårt examensarbete. Vi har valt att undersöka och ta reda på information om missbruk men vi är framförallt intresserade av missbruk ur anhörigas synvinkel. Vad vi vill få reda på med denna undersökning är anhörigas känslor, upplevelser och tankar om att ha en närstående med missbruk. Vi vill få ta del av era erfarenheter. Vi kommer att göra en tolkning och resultatredovisning av det ni skrivit men vi kommer inte att bifoga era svar direkt i examensarbetet.

Frågorna hittar ni på detta dokument men även i häftet vi skickar med där ni får skriva era tankar. Ifall att ni önskar att skriva på datorn är det absolut ok. Vi är tacksamma om ni tar er tid och svarar på dessa frågor vi har i häftet. Ni får skriva fritt och ta med det ni anser vara viktigt eller helt enkelt vill nämna i undersökningen. Ni kommer att förbli anonyma.

Tack för att ni deltar!

### FRÅGORNA

1. Berätta din ålder och kön samt ditt förhållande till missbrukaren. Släkt, vän, partner?
2. Berätta om vilken form av missbruk din anhörig har lidit/lider av?
3. Hur såg/ser situationen ut för missbrukaren under den tiden han/hon missbrukade/missbrukar?
4. Hur upplevde/upplever ni situationen med missbruket?
5. Har missbruket påverkat ert vardagsliv?
6. Har ni själv sökt stöd?
7. Varifrån upplever ni att ni har fått mest hjälp? Familj, vänner, stödförening?
8. Vad har ni upplevt som särskilt påfrestande med missbruket?

Mvh. Annika och Julia