

Abstrakt

Bakgrund: Intensivvård består definitionsmässigt av monitorering, diagnos och vård av patienter med tänkbar reversibel svikt i ett eller flera organsystem. Vårdpersonal bör arbeta med en holistisk syn på patienten, ta vara på de känslomässiga, fysiska, andliga och sociala behoven. För att alla delar skall kunna tillfredställas bör vårdpersonalen även uppmärksamma de anhöriga och göra dessa delaktiga i vården. En nödvändighet för att klara detta är att sjuksköterskan är insatt i vad patientens familj går igenom och vilka behov de har.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att belysa de upplevelser familjemedlemmar hade när deras anhörige vårdas på en intensivvårdsavdelning.

Metod: Litteraturstudien byggde på femton vetenskapliga artiklar varav sju var kvalitativa och åtta var kvantitativa studier. Dessa artiklar fann författarna via de internationella databaserna PubMed och Cinahl. Artiklarna granskades sedan med en granskningsmall och de studier som matchade litteraturstudiens syfte gick till vidare granskning för klassificering, värdering och kategoriindelning.

Resultat: Närhet ansågs som ett av de viktigaste behoven bland anhöriga till patienter på en intensivvårdsavdelning. Majoriteten av de anhöriga uppvisade en höggradig stress som var jämförbar med posttraumatiskt stressyndrom och de uppvisade symtom såsom hjärtklappning, sömnsvårigheter och ångestkänslor. Behovet av god information betydde oerhört mycket för alla anhöriga, den information som de anhöriga uppskattade mest var sjuksköterskans förklaring av diagnos, prognos och olika behandlingar som patienten genomgick.

Diskussion: Sjukvårdspersonalen kan gärna uppmuntra anhöriga till att hjälpa till med omvårdnaden om den sjuke men det är viktigt att förklara att detta ej är ett tvång och att inget är mer rätt än det andra. Kommunikation är nyckeln till att minska stress och osäkerhet hos de anhöriga.

Nyckelord: Anhöriga, Behov, Intensivvårdsavdelning, Systematisk litteraturstudie, Upplevelser.

Handledare: Daisy Raukola, Universitetsadjunkt

Examinerande lärare: Kenneth Asplund, Professor i Omvårdnad

Anhörigas upplevelser och behov på en intensivvårdsavdelning - en litteraturstudie

LISA MATTSSON & SUSANNE JOHANSSON

Mittuniversitetet, Sundsvall

Institutionen för hälsovetenskap

Sjuksköterskeprogrammet 180p

Omvårdnad C Vetenskapligt arbete, 51 –60 poäng

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	2
2. Syfte	5
2:1 Frågeställning	5
3. Metod	6
3:1 Litteratursökning	6
3:2 Inklusions- och exklusionskriterier	6
3:3 Fas 1	7
3:4 Fas 2	7
3:5 Fas 3	7
4. Analys	7
4:1 Etisk granskning	8
5. Resultat	8
5:1 Att vara anhörig	8
5:2 Anhörigas upplevelser av stress och känslor	10
5:3 Anhörigas upplevelser av förändring i roller och ansvar	13
5:4 Anhörigas förväntningar och upplevelser av interaktion	13
5:5 Anhörigas sätt att hantera situationen	15
6. Diskussion	17
6:1 Metoddiskussion	17
6:2 Resultatdiskussion	18
6:3 Slutsats	21
Referenslista	
Bilagor	

1. Bakgrund

Intensivvård består definitionsmässigt av monitorering, diagnos och vård av patienter med tänkbar reversibel svikt i ett eller flera organsystem. De som arbetar med intensivvård bör göra allt i sin makt för att ge god omvårdnad och god medicinsk behandling. Personalen bör även försöka minimera vårdtiden då den kan upplevas väldigt påfrestande av både patient och anhöriga (Larsson & Rubertsson, 2005, s 11). Patienter läggs in på intensivvårdsavdelningar (IVA) på grund av såväl medicinska som kirurgiska åkommor och är i behov av konstanta och komplexa tekniska, farmakologiska och operativa åtgärder. Till följd av sin skada/sjukdom är patienten i stort behov av personal och medicinskteknisk utrustning. Vården innebär att patienten övervakas intensivt och i livsuppehållande syfte (Burr, 2001, s 33).

På IVA finns det faktorer i den omgivande fysiska miljön som ljus, frekventa vårdinsatser och ljud som kan upplevas som stressande både för patienten och anhöriga. I huvudsak är det larmfunktioner på teknisk utrustning och den konstanta aktiviteten bland personal som orsakar höga ljud (Adam & Osborne, 2005, s 21-24). Personalen kan i vissa fall sänka volymen på utrustning för att minska störande ljud med undantag av livsuppehållande maskiner (Hudak, Gallo, Gonce-Morton, 1997, s 38). Exempel på medicinteknisk utrustning är oscilloskop för övervakning av elektrokardiografi (EKG), pulsoximeter för saturationsmätning och mätning av koldioxid (CO₂). För behandling används utrustning som respirator, continuous positive airway pressure (CPAP) och dialysmaskin (Burr, 2001, s 12).

IVA är ofta byggd med en öppen planlösning för att underlätta övervakning av patienten och därmed mindre personalkrävande. Nackdelar kan vara att det inskränker patientens privata utrymme, ökar risken för smittspridning och ljudnivån kan verka störande. Patientsängarna skall vara placerade på ett sådant sätt att personalen snabbt kan förflytta sig runt patienten och med plats för teknisk utrustning. Patienten ska ha möjlighet att sitta på sängkanten och anhöriga ska vid besök kunna sitta bredvid sängen utan att känna sig i vägen för andra patienter eller personal.

Anhöriga ska kunna erbjudas ett väntrum som är avskilt från avdelningen för samtal eller vila. Väntrummet bör vara utrustat med telefon och toalett samt vara dekorerat på ett lugnande sätt. Eventuella övernattningsrum bör ligga i anslutning till avdelningen (Adam & Osborne, 2005, s 24).

Lippincott Williams och Wilkins (2004, s 22-23) anser att vårdpersonal alltid bör arbeta med en holistisk syn på patienten. Det innebär att individens alla delar av dennes varande skall beaktas, till exempel de känslomässiga, fysiska, andliga och sociala behoven. För att alla delar skall kunna tillfredställas bör vårdpersonalen på bästa sätt uppmärksamma de anhöriga och göra dessa delaktiga i vården om deras familjemedlem. I en familj råder ofta balans och samklang så länge alla har hälsa och befinner sig i sitt ”normala” tillstånd. Om cirkeln av stabilitet bryts och någon blir kritiskt sjuk, uppstår genast en obalans och en disharmoni. Familjen upplever stress, en rädsla för att förlora en medlem i familjen och kanske även en omorganisering av de roller som finns inom familjen. När någon blir kritiskt sjuk eller skadad händer detta ofta plötsligt, familjen och patienten ”kastats” in i intensivvårdsmiljön vilket kan leda till en känsla av hjälplöshet och hopplöshet hos familjemedlemmarna. Sjuksköterskor bör vara medvetna om att dessa känslor kan uppstå hos familjen och sjuksköterskan skall finnas till hands, svara på frågor och uppdatera familjen om den sjukes tillstånd (Lippincott Williams & Wilkins, 2004, s 22-23).

Anhöriga till patienter på IVA kan visa upp en del symtom som ångest, posttraumatisk stress, och depressiva symtom. Erfarenheter visar att informationen de anhöriga får bör upprepas för att de ska kunna tillgodogöra sig den på ett bra sätt. Det är viktigt att personalen tar sig den tiden och noggrant informerar de anhöriga upprepade gånger om prognos och vilka personer som kommer att finnas runt den sjuke. Annan väsentlig information är den angående vilka behandlingsmetoder som används och vad den tekniska utrustningen är till för (Larsson & Rubertsson, 2005, s 15).

Målsättningen för intensivvården är:

”att optimera förutsättningarna för patienten att åter få hälsa och kunna återgå till ett liv med en kvalitet som patienten själv kan acceptera”

(Larsson & Rubertsson, 2005, s 19).

Detta är ett mål att följa när det handlar om etik på IVA där metoderna ofta är invasiva och därmed riskfyllda. De medicinska metoder som används för att nå detta mål syftar till att behandla eller stötta svikt i vitala funktioner och för att köpa tid åt patienten. De patienter som behandlas på IVA bör vara i ett behandlingsbart tillstånd, ha en chans att överleva. Det är svårt att avgöra detta i ett akut skede men det bästa för de patienter som är i ett terminalt skede är att bli placerad på en avdelning som bedriver palliativ vård. Etiska problem kan ofta uppstå i samband med intensivvård. De beslut vårdpersonal gör bör byggas på de fyra etiska principerna: *Autonomi, göra gott, inte skada* och *rättvisa*. Autonomi skall alltid respekteras. Detta kan dock vara svårt på IVA då många av patienterna är mycket svårt sjuka och kanske även medvetlösa. I dessa lägen kan anhöriga behöva konsulteras. Då bör sjukvårdspersonalen ha i åtanke att det är lika etiskt fel att låta en patient och dennes familj ta ett livsavgörande beslut själv, som att ta detta beslut åt patienten och familjen då dessa inte har den medicinska kunskap som behövs. Anhörigsamtal kan vara mycket svåra för familjemedlemmarna att genomföra och bör därför hållas i en bekväm och hemtrevlig miljö. Samtalen bör inbjuda till öppen dialog och tid för frågor skall finnas. Lundberg skriver i Larsson och Rubertsson (2005, s 18-21, 23) att läkare i allmänhet har svårt att tala med anhöriga om frågor som rör palliativ vård. Det är dock läkarens skyldighet att informera de anhöriga om patientens tillstånd på ett ödmjukt och begripligt språk och att sedan försäkra sig om att de anhöriga uppfattat informationen korrekt. De anhöriga bör även tillfrågas om hur de tror att den sjuke skulle vilja ha det i en specifik situation och även om patienten någon gång yttrat sin vilja angående eventuell palliativ vård. Anhöriga får aldrig lämna ett samtal i tron att de har varit med i beslutsfattandet angående begränsningar i behandlingen. Detta skulle kunna föra med sig stora skuld känslor hos de anhöriga som de sedan tvingas bära med sig genom livet.

Enligt rättvisepincipen skall det vara lika vård för alla oavsett exempelvis ålder, kön, hudfärg och nyttoprincipen står för att göra gott och att inte skada.

I sjukvårdssammanhang betyder detta att allt som görs skall göras för att gynna patienten (Larsson & Rubertsson, 2005, s 18-21, 23).

När en anhörig läggs in på IVA kan det föra med sig känslor i form av chock, förnekelse, ångest, skuld-känslor, rädsla för att förlora denne. De anhöriga sätter ofta sig själv i andra hand, de glömmer helt bort sig själv och sina personliga behov som mat, sömn och stöd. Detta brukar fortgå även om deras närstående blir inneliggande en längre tid. Studier av bland annat Daley (1984), Leske (1986), O'Neill, Norris och Grove (1986), Spatt et al (1986), visar även på att anhöriga har listat praktiska behov som minst betydelsefulla. Ytterligare studier, Molter (1979), Spatt et al. (1986), Warren (1993), Mendonca och Warren (1998) som har gjorts visar på att anhöriga ej får den uppmärksamhet och det stöd de behöver. En nödvändighet för att klara detta är att sjuksköterskan är insatt i vad patientens familj går igenom och vilka behov de har (Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnste, Grypdonck, 2005).

2. Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa de upplevelser familjemedlemmar har när deras anhörige vårdas på en intensivvårdsavdelning.

2:1 Frågeställningar

Hur ser de anhörigas behov ut och hur upplevs dessa?

Hur hanterar anhöriga sin situation under patientens vårdtid på IVA?

3. Metod

3:1 Litteratursökning

Denna litteraturstudie har sammanställts av vetenskapliga artiklar skriva utifrån kvantitativ och/eller kvalitativ metod. Artiklar har sökts i de internationella databaserna PubMed och Cinahl. Den systematiska litteratursökningen gjordes utifrån dessa sökord: *Intensive care unit, Family, Experience, Critical Care, Needs* och *Settings*.

Sökorden användes i varierade kombinationer för att på så sätt öka antalet artiklar som kom att granskas. Fullständig sökprofil presenteras i bilaga 1.

Sökorden tolkas enligt följande: *Intensive care unit* – Intensivvårdsavdelning, *Family* – nära anhörig som make/maka, förälder/barn, syskon, partner, far och morföräldrar eller annan anhörig som anses tillhöra familjen. Familj, familjemedlem, och anhörig används i den här uppsatsen synonymt med varandra. *Experience* – upplevelse, *Critical care* – vård i ett medicinskt kritiskt skede, *Needs* – behov, *Settings* – ”rumslig” miljö.

3:2 Inklusions- och exklusionskriterier

För att litteratursökningen skulle besvara denna uppsats syfte gjordes avgränsningar i databaserna i form av inklusionskriterier och exklusionskriterier. Inklusionskriterier var: *vetenskapliga studier, studier gjorda med kvalitativ och kvantitativ metod, studiedeltagare över 18 år, att studien var skriven på svenska, norska eller engelska, att studien inte var äldre än tio år, att sökningen visade titel och abstrakt* och att den var hämtat från *Nursing journals*. Exklusionskriterierna var: *sjuksköterskans perspektiv, patientens perspektiv, minderåriga patienter, minderåriga anhöriga samt specifika skador/sjukdomar.*

3:3 Fas 1

Sökningarna i de två databaserna PubMed och Cinahl resulterade i 740 stycken träffar. Dessa träffar kontrollerades genom att titlar och abstrakt sågs över och de artiklar som ansågs motsvara uppsatsens syfte gick vidare för granskning i fas 2.

3:4 Fas 2

Efter den första genomgången beställdes de artiklar som motsvarade syftet. De tjugosju (27) artiklarna som motsvarade uppsatsens syfte granskades enligt bifogad mall, se bilaga 2. Dessutom har referenslistor tillhörande dessa artiklar granskats och en manuell sökning utförts, där fann vi fyra (4) artiklar som bedömdes vara relevanta. Kravet för att studierna skulle inkluderas i bearbetningens tredje fas var våra inklusions- och exklusionskriterier. Av dessa trettien (31) artiklar gick femton (15) artiklar vidare till fas 3. Sexton (16) artiklar exkluderades på grund av att felaktigt syfte, bristfällig metodbeskrivning eller att de var reviewartiklar.

3:4 Fas 3

I fas 3 klassificerades och värderades de femton (15) artiklarna, se bilaga 3. Samtliga femton (15) artiklar har bedömts ha kvalitet motsvarande medel och hög och utgör därmed underlag för denna studie. Artiklarna sammanställdes i tabell där författarens namn, årtal, land, artikelns titel, studiens syfte, metod och design, deltagare och bortfall, huvudfynd samt typ av studie och kvalitet presenterades, se bilaga 4.

4. Analys

Efter att artiklarna sammanställts i tabell gjordes en innehållsanalys där data systematiskt klassificerades och ledde fram till teman utifrån studiernas syfte och frågeställningar, jmf Forsberg och Wengström (2003 s 146). För att få en djupare förståelse lästes artiklarna ytterligare några gånger och detta ledde fram till att fem teman formulerades: *Att vara anhörig, Anhörigas upplevelser av stress och känslor, Anhörigas upplevelser av förändringar i roller och ansvar, Anhörigas förväntningar och upplevelser av interaktion och Anhörigas sätt att hantera situationen.*

4:1 Etisk granskning

Denna litteraturstudie baseras uteslutande på artiklar som är granskad av etiska nämnder, författarna anser därför att denna litteraturstudie inte behöver godkännas av etisk kommitté, jmf Forsberg och Wengström (2003 s 73-74).

5. Resultat

Resultatet baseras på sju kvalitativa respektive åtta kvantitativa vetenskapliga studier. Studierna har genomförts i Sverige, Kina, USA samt Jordanien. Vi har valt att inte presentera studierna i resultatet utan hänvisar istället till bilaga 4.

5:1 Att vara anhörig

En studie av Engström och Söderberg (2004) visar betydelsen av att vara nära den sjuke. Detta beskrevs av anhöriga som det viktigaste behovet. Samtidigt som detta ansågs som ett starkt behov så tyckte många anhöriga att det, framförallt till en början, kunde vara skrämmande. Synen av den anhörige kopplad till övervakningsutrustning beskrevs som skrämmande och överklig. Anhöriga upplevde även att personen såg förändrad ut och upplevde en förvirring hos den sjuke när han/hon vaknade upp ur medvetslöshet. Det uppskattades när personalen uppmuntrade till att sitta vid den sjuke och att tala till honom/henne även fast patienten var tillsynes okontaktbar. Att hjälpa till med omvårdnaden av den sjuke uppmuntrades och var även något som de flesta anhöriga tyckte kändes bra. Exempel på saker som de anhöriga kunde hjälpa till med var att massera den sjuka för att undvika liggsår och att sköta munvården.

En studie av Eldredge (2004) visar att alla deltagare utförde någon form av omvårdnadshandlingar medan deras make/maka vårdades på IVA, majoriteten kunde även tänka sig att fortsätta hjälpa till när deras partner flyttades från IVA. Under tiden som patienten vistades på IVA fanns det olika sätt som anhöriga valde att vara nära den sjuke på. Önskan om närhet kunde uttryckas i känslomässig eller fysisk kontakt såsom att besöka ofta och passivt röra vid den sjuke till exempel genom att hålla handen. Andra valde som nämnt ovan att ta del i omvårdnadsarbetet och att ”aktivt” beröra patienten. Några valde att istället vara ”nära på distans” genom att till exempel vara anträffbar på telefon och ringa till avdelningen och patienten med jämna mellanrum.

De anhöriga som valde att hjälpa till med omvårdnaden upplevde positiva känslor som till exempel lycka, hjälpsamhet, nytta och tillfredsställelse.

Minoriteten av de tillfrågade tyckte att deras försök till att hjälpa gav dem känslor som att vara onödiga, uppgivna och hjälplösa (Eldredge, 2004).

Engström och Söderberg (2004) skriver om behovet av att visa respekt för den sjuke uppmärksammades av anhöriga, till exempel valde många att gå ut ur rummet när personalen skulle sköta patientens hygien eller när olika behandlingar skulle utföras. Respekt för patienten såsom att inte tala ”över” patientens huvud, även fast denne var medvetslös, tyckte många anhöriga var viktigt – särskilt när vårdpersonalen diskuterade behandlingar eller prognos vid sängkanten. Närheten till andra svårt sjuka respekterades genom att tala lågt och att försöka undvika att tala om sin anhörig så att andra i rummet hörde. Vid svår sjukdom/skada kan hela familjen påverkas, anhöriga beskriver hur de inte bara måste tänka på den sjuke anhörige utan även på resten av familjen, som till exempel barn, barnbarn och föräldrar. Samtidigt som de anhöriga tyckte att det var krävande att behöva ”finnas till” för övriga familjemedlemmar, så sågs familjen som ett viktigt stöd och de kände sig ensamma när de andra i familjen inte fanns i närheten. Oro över hur de andra familjemedlemmarna hanterade situationen uppstod hos de flesta. Många kände ett behov av stöd från en nära vän eller familjen. Förutom att ha familjen nära uppskattades personalens ständiga närhet när patienten låg i respirator, det upplevdes som en trygghet att den sjuke konstant övervakades av personalen samtidigt som familjen alltid hade någon i närheten att prata med om frågor uppstod. Att tala med andra familjer med svårt sjuka anhöriga upplevdes även det som stärkande då man insåg att det fanns andra som genomlevde en liknande situation. Ett annat behov som ansågs stärkande var att ibland få tid att vara för sig själv utan närhet till andra. I dessa fall uppskattades de anhörigrum som fanns anslutna till avdelning, känslan av att kunna dra sig tillbaka och vara själv, samtidigt som den sjuke fanns i närheten hade stor betydelse för att familjen skulle orka med långa besök på avdelningen (Engström & Söderberg, 2004).

Behovet av att ha tillgång till ett väntrum med bekväma möbler samt toalett var några av de behov som anhöriga upplevde tillgodoseddes minst (Yin King Lee & Lau, 2002).

5:2 Anhörigas upplevelser av stress och känslor

En studie av Chui och Chan (2005) beskriver till vilken grad anhöriga upplever stress. Studien visar att majoriteten av deltagarna upplevde högsta möjliga nivå av stress medan resterande deltagare upplevde en medelnivå, ingen deltagare upplevde helt utebliven eller låg stressnivå. Det visade sig även att kvinnor ofta upplevde en högre nivå av stress jämfört med män och att föräldrar till patienter var mer stressade än andra familjemedlemmar som till exempel maka/make. I undersökningen ses även ett samband mellan hög grad av stress och deltagare med lägre utbildningsnivå. Hur de anhöriga påverkas av stress beskriver Auerbach, Kiesler, Wartella, Rausch, Ward, Ivatury (2005), denna studie visar att merparten av de anhöriga upplever samma nivå av stress som psykiatripatienter som lider av posttraumatiskt stressyndrom. Symtom på detta var till exempel sömnsvårigheter, mardrömmar och att svåra minnen hela tiden kom tillbaka. Stressnivåerna hos de anhöriga sjönk när patienten skrevs ut från IVA.

Om den anhörige las in på IVA planerat minskade stressen hos anhöriga jämfört med om patienten lades in akut, efter inläggning ökade stressen ju längre patienten var tvungen att stanna på avdelningen. De tre kategorier av stressorer som anhöriga graderade som mest påfrestande var *osäkerhet*, *kommunikationssvårigheter* och *förändringar i familjeroller och ansvar*. Osäkerhet var den upplevelse och stressfaktor som de flesta anhöriga rankade högst, upplevelsen av osäkerhet delades in i tre underkategorier. Den situationen som uppstår vid inläggning på IVA beskrevs som förvirrande och skrämmande då de flesta anhöriga inte hunnit förbereda sig på vad som skulle ske då orsaken ofta var akut sjukdom eller trauma. När den första chocken över patientens tillstånd minskat något uppstod en osäkerhet om patienten skulle överleva och hur prognosen löd. Frustration, förtvivlan, ångest, oro, rädsla och skuld känslor var känslor som ofta beskrevs av familjemedlemmarna, många upplevde även fysiska symtom såsom hjärtklappning, andnöd och yrsel (Chan & Twinn, 2006).

I Engström och Söderbergs (2004) studie uppgav alla deltagare att de hade problem med sömnen. Alla av de tillfrågade sov ingenting alls de första dygnet efter inläggning, de följande dygnet var sömnen mycket sporadiskt och många tyckte sig inte ha något behov av att sova alls.

Upplevelsen av IVA beskrivs som en känsla av osäkerhet och brist på kontroll av händelser – allt detta associeras med att inte veta vad som kommer att hända, snabba förändringar, besked som skiftar angående patientens hälsa, beslutsfattande, raden av människor som vårdar patienten, teknik och ett för många obegripligt medicinskt språk. Att förlita sig på den avancerade medicinska tekniken som används på IVA och att besluta att patienten ska få avlida med värdighet och kanske på ett sätt som patienten önskat var beslut och tankar som i många fall lade grunden till den osäkerhet som anhöriga kände. I de fall patienten uttryckt att han/hon inte önskade att bli vårdad med livsuppehållande medel ställdes de anhöriga inför ett dilemma och en känsla av att måsta ”skydda” patienten från olika medicinska och kirurgiska ingrepp samtidigt som man önskade bästa möjliga vård. Osäkerhet angående vad de kunde vänta sig om patienten avlider och om han/hon kommer att lida komplicerades ibland av bristen på kommunikation med vårdpersonalen (Kirchhoff, Walker, Hutton, Spuhler, Vaughan-Cole, Clemmer, 2002).

När den anhörige lagts in på IVA var kommunikationssvårigheter en stressor som identifierades av de flesta deltagare i studien. Att inte förstå informationen som gavs eller att inte våga fråga personalen ökade osäkerheten och oron. Anhöriga beskrev att de kändes sig chockade, sårbara och sorgsna, och att de under hela tiden som den sjuke låg inlagd upplevde sig själv som känsliga och att det var en svår tid att genomgå. Oro och rädsla över den sjukets och familjens framtid var en överhängande känsla (Engström & Söderberg, 2004).

Rädsla var generellt den känsla som först uppstod när beskedet om den anhöriges inläggning på IVA kom. En del anhöriga kände till viss del även att det var deras fel att den sjuke hamnat på IVA, skuld känslor såsom att de borde ha förutsett detta och ringt en doktor tidigare, var vanliga och ökade stressen hos familjerna (Chan & Twinn, 2006).

Det som de tillfrågade ansåg svårast i Engström och Söderbergs (2004) studie var att tvingas vänta på information och att inte veta om deras partner skulle överleva eller inte. Att vänta på att den sjuke skulle vakna ur medvetslöshet för att få reda på om denne drabbats av exempelvis irreversibla hjärnskador eller förlamning tärde på samtliga deltagare (Engström & Söderberg, 2004).

Studier av Yin King Lee och Lau (2002) och Lee, Chien och Mackenzie (1999) visar att hälften av de deltagande anhöriga valde att ranka behovet av att få veta den *förväntade utgången* högst.

I andra studier rankade anhöriga informationsbehoven i följande turordning, *att få sina frågor besvarade ärligt* som viktigast, och därefter att få *besked om vem som kunde ge vilken information* (Leung, Chien & Mackenzie, 2000), (Yin King Lee & Lau, 2002) och (Al-Hassan & Hweidi, 2003).

Yin King Lee och Lau (2002), Al-Hassan och Hweidi (2003), Lee, Chien och Mackenzie (1999) och Chien, Chiu, Lam och Ip (2005) har även gjort studier där det framkom att behoven av att få *informationen given på ett begripligt språk*, *att veta exakt vilka behandlingar patienten genomgår* och att de anhöriga skulle få *information av läkaren varje dag* var rankade bland det tre första behoven.

Att vänta beskrivs av de anhöriga som ett emotionellt helvete. Det beskrevs som långsamt samtidigt som det var stressigt. Det som upplevdes som mest stressigt var att inte veta den förväntade utgången och känslan av att deras liv var på ”paus”. Även om de anhöriga fick sina frågor besvarade så kunde inte all information fångas upp på grund av att de anhöriga hade en sådan oreda i sina tankar (Bournes & Mitchell, 2001). I de fall den sjuke tillfrisknat och lämnat IVA upplevde anhöriga känslan av en överväldigande trötthet och många upplevde sorg och grät ofta, även fast utgången hade varit god. När den anhörige återvände hem efter vårdtiden uttrycktes en oro från familjen över att något nytt skulle inträffa och många upplevde sig själv som överbeskyddande och kontrollerande, till exempel genom att kontrollera att den nu friska anhörige andades när han/hon sov (Engström & Söderberg, 2004).

5:3 Anhörigas upplevelser av förändringar i roller och ansvar

Svår sjukdom/skada hos någon familjemedlem orsakade förändringar i familje- och sociala roller och ansvarstagande. Förändringarna beskrivs som svårigheter att utföra vardagliga sysslor, svårigheter att fungera socialt, känslomässigt och ekonomiskt. Många yngre anhöriga beskrev upplevelser av att försumma familjen hemma samt oro över att inte fungera tillfredställande som förälder (Chan & Twinn, 2006). Trots denna förändring ökade samhörigheten och banden mellan familjemedlemmarna stärktes (Engström & Söderberg, 2004).

5:4 Anhörigas förväntningar och upplevelser av interaktion

Den information anhöriga främst förväntade sig av sjuksköterskan var att: Sjuksköterskan ska förklara patientens diagnos och den utrustning som används, förbereda familjen för deras första besök på IVA, presentera sig själva, tillåta de anhöriga att ringa när som helst, tillåta de anhöriga att besöka den sjuke så ofta och hur länge de så önskade. Majoriteten av de anhöriga ansåg att sjuksköterskan levde upp till ovan nämnda förväntningarna och att informationsbehoven blev uppfyllda. De anhöriga saknade information om IVA och om förberedelsen för deras första besök. De anhöriga fick inte heller någon information om hur denna situation skulle komma att påverka barnen i familjen (Fox-Wasylyshyn, El-Masri, Williamson, 2005).

Söderström, Saveman och Benzein (2005) skriver att de initiala interaktionerna mellan personal och anhöriga kommer att prägla deras kommande relation. Sjuksköterskor upplevdes ge information i både uttalad och outtalad form. De anhöriga som kunde tyda all information, både uttalad och underförstådd kände sig mer tillfredsställda med vården och att de kom överens med personalen. Uttalade meddelanden kunde till exempel vara att personalen var där för patienten och inte familjen. Ett annat exempel var att personalen försäkrade att de anhöriga var välkomna när som helst under dygnet underförstått att det var på bekväma tider för personalen. De familjemedlemmar som förstod detta fogade sig därefter och kände sig nöjda.

Kontinuerlig information till anhöriga om patientens tillstånd och att de obegränsat kunde besöka den sjuke ledde till att anhöriga inte upplevde det

negativt vid de tillfällen de blev hänvisade att lämna vårdsalen. När anhöriga upplevde att de negligerades av personalen uppstod missförstånd. Anhöriga förstod varken de uttalade reglerna, den medicinska information som gavs angående behandlingar och prognos eller de oskrivna regler som rådde på avdelningen. Missförstånd uppstod även när anhöriga fick information om vilken tid på dygnet patientansvarig läkare var tillgänglig, vilket ledde till att de inte fick fullständig information om närståendes tillstånd. Detta var orsaken till att anhöriga upplevde att personalen nonchalerade dem. Personalen i sin tur kunde inte fånga upp de anhörigas sätt att kommunicera vilket ledde till att de anhöriga inte fick kontinuerlig information och de kände sig åsidosatta. När personalen bad de anhöriga att vänta utanför vårdsalen kände de sig förolämpade. Dessa familjemedlemmar ifrågasatte tillvägagångssätten för hur information framfördes och ansåg att systemet med att utse en familjerepresentant var en alldeles för svår uppgift (Söderström et al. 2005).

Vid situationer där närståendes tillstånd försämras förelåg samstämmighet hos anhöriga och personal om att sjukdomens svårighetsgrad och behandling ska diskuteras med anhöriga. Anhöriga uttryckte vilja att erhålla information om till exempel varför andningssvårighet uppkommer, prognos, hur långvarig en eventuell intuberingsperiod förväntas bli och framtida livskvalité. Anhöriga önskade information om symtom som den sjuke kunde uppleva, exempelvis smärta. När beslutet att intubera patienten väl var taget önskade de anhöriga att få kontinuerlig information angående patientens tillstånd (Nelson, Kinjo, Meier, Ahmad, 2004). Informationen till anhöriga var olika beroende på vem som informerade - läkare eller sjuksköterska. Om patienten vårdades av flera läkare eller sjuksköterskor varierade informationen och missförstånd uppstod oftare (Nelson et al. 2004), (Kirchhoff et al. 2002). Vårdplaneringssamtal med anhöriga där personal som är ansvariga för patientens omvårdnad deltar, leder till färre missförstånd (Nelson et al. 2004).

I den palliativa fasen är kommunikationen ett sätt att hjälpa familjen. Bristen på kommunikation bidrar till de anhörigas frustration, osäkerhet och rädsla. Anhöriga uttrycker att ett problem var att inte veta när en läkare skulle finnas till hands.

Detta gjorde att de anhöriga inte vågade lämna avdelningen och kände sig frustrerade och förvirrade. Information som anhöriga efterlyste var orsaken till dödsfallet. De ville ha information ofta, det gav de anhöriga trygghet och de kände att de kunde vara säkra på att få information när en försämring sker hos den sjuke (Kirchhoff et al. 2004). De anhöriga som inte kände sig sedda av personalen och de som hade svårt att uttrycka känslor upplevde situationen ohållbar. De lämnade inte vårdsalen, satt intill den sjuke och upplevde de att de var paralyserade av skräck och oro. Personalen upptäckte ofta inte den känslostorm som pågick hos de anhöriga (Söderström et al. 2005).

I de fall den sjuke tillfrisknat och lämnat IVA tyckte många anhöriga att det kändes bra att återvända för att återigen träffa vårdpersonalen, detta upplevdes som ett sätt att få ett avslut på hela situationen. (Engström & Söderberg, 2004).

5:5 Anhörigas sätt att hantera situationen

Chui och Chan (2005) visar i sin studie att mer än hälften resterande deltagare använde sig av coping-strategier i måttlig utsträckning, medan resten använde coping-strategier i hög utsträckning. Den mest använda typen av strategi var ”*reframing*” (positiv omformulering) och den minst använda strategin var ”*passive appraisal*” (förnekelse). Studien visar att desto mer stress som de anhöriga utsattes för desto fler coping-strategier användes. Höjd nivå av stress innebar att förnekelse sällan användes som strategi. Däremot såg man att familjer vars anhöriga lagts in på IVA på grund av akut trauma använde mer ofta förnekelse som strategi än de familjer vars patienter lades in planerat. Inga skillnader kunde påvisas i användandet av coping-strategier mellan olika kön, åldrar eller utbildningsnivåer, däremot sågs skillnader i användandet mellan religiöst troende och icketroende.

Av Chan och Twinn, (2006) studie framkom fyra kategorier av coping-strategier. Det som användes mest frekvent var att: *söka information, söka stöd, tilltro till kulturella värderingar* och *religiös tilltro*. *Söka information* var den vanligaste strategin som användes av anhöriga till svårt sjuka/skadade. Denna strategi ansågs minska antalet stressorer som påverkade familjerna. Att söka information gjordes huvudsakligen på två sätt, från vårdpersonal och från Internet. I de fall som informationen söktes från vårdpersonalen minskade känslan av osäkerhet inför den nya situationen. De gånger Internet användes var det framförallt för att söka kunskap om skadan/sjukdomen som den anhörige drabbats av. *Söka stöd* var den näst största kategorin av coping-strategier. Särskilt yngre, arbetande anhöriga hade ett stort behov av stöd från familjen, framförallt på grund av förändringar i familjerollerna och behovet av hjälp med vardagliga sysslor för att kunna fungera. *Tilltro till kulturella värderingar* och *religiös tilltro* var de tredje och fjärde största kategorierna. Kulturella ritualer och attityder till sjukdom och skada spelade stor roll och religiösa böner och ritualer användes av de deltagare som hade en religiös övertygelse. De uttryckte att den religiösa tilltron och de ritualer som utfördes gav dem mod, styrka och uppmuntran att möta den nya situationen de ställts inför (Chan & Twinn, 2006).

Engström och Söderberg (2004) skriver att trots att de anhöriga upplevde sorg och förtvivlan beskrev många samtidigt en känsla av själslig styrka. Många uttryckte att de aldrig trott att de skulle ha kunnat bemästra en så svår situation som de nu befann sig i, och att oavsett hur svårt sjuk/skadad den anhörige var så fanns det alltid hopp om tillfrisknande. De ansåg att det inte fanns något alternativ till att orka och att hålla hoppet uppe. Trots att de upplevde hopp kände många att det inte var tillåtet att hoppas på ett tillfrisknande, som till exempel att hela tiden söka efter tecken hos den sjuke på att han/hon började bli bättre. Några beskrev hur de ersatte sömnbehoven med att istället äta medan andra inte kunde äta alls. En stor orsak till sömnsvårigheterna var rädslan för att missa ett telefonsamtal från sjukhuset angående de anhöriges tillstånd. Erbjudande om insomningstabletter avböjdes av många just av denna anledning. På grund av rädslan att missa telefonsamtal önskade många att det funnits en plats i närheten av avdelningen där de kunnat spendera nätterna (Engström & Söderberg, 2004).

Kommunikationsproblem och anhörigas upplevelse av nonchalans hos personalen tvingade de anhöriga att söka stöd hos andra familjer på avdelningen som var i samma situation (Söderström et al. 2005).

6. Diskussion

6:1 Metoddiskussion

Anledningen till att *coping* inte finns med som sökord är att författarna inte ville påverka sökresultatet i så hög grad utan att utifrån sökresultatet skapa sig en bild av hur anhöriga upplever och handskas med den nämnda situationen och inte förändra resultatet med förutfattade meningar och eventuella fördomar. Litteratursökningen försvårades något på grund av olika definitioner av vad författarna menar med ”anhörig”. Det engelska ordet ”*family*” valdes till sist då det är tillsynes den vanligaste benämningen som används i vetenskapliga studier. Författarna har valt att beskriva begreppet med egna ord för att på så vis innefatta samtliga använda begrepp i de valda artiklarna. Vidare så begränsar denna litteraturstudie sig inte till någon specifik skada eller sjukdom då resultatet önskas beskrivas så generellt som möjligt för att vara mer användbart. Att valet föll på att granska vuxna anhörigas upplevelser då en vuxen patient vårdas på IVA var på grund av att båda författarna ansåg att barn som anhöriga eller patient skulle komplicera den allmänna bilden som eftersträvades av upplevelser och behov. Artiklarna som använts i denna litteraturstudie är gjorda i Sverige, Kina, Jordanien samt USA. På grund av kulturella och religiösa skillnader mellan väst- och östvärlden har ingen vikt lagts på att tolka dessa skillnader utan författarna kan endast konstatera att skillnader finns i till exempel sättet att använda coping-strategier. Det generella resultatet som presenteras anses dock kunna vara överförbart till nytta för svenska intensivvårdsavdelningar.

6:2 Resultatdiskussion

Det samlade resultatet av de vetenskapliga artiklarna kom att bli tydligt och i många fall enstämigt, resultatet svarade således på våra frågor. De flesta artiklar som denna litteraturstudie bygger på genomsyrades av de anhörigas stora behov av grundlig information.

I det första temat i resultatet tas bland annat vikten av närhet upp. Trots att det för många anhöriga verkar skrämmande att se tillståndet hos den sjuke familjemedlemmen förvärras så är det ett problem som kan överbryggas med hjälp av förstående personal som förklarar för och uppmuntrar familjen till att hjälpa till med omvårdnadssysslor och att söka fysisk kontakt med den sjuke.

I de studier som behandlar den fysiska och psykiska närheten mellan familj och patient kan man uttyda en skillnad i hur personer väljer att "vara nära". Eldredge (2004) skriver i sin studie att cirka en tiondel av de anhöriga inte uppskattade att vara vårdpersonalen behjälplig med omvårdnaden, jmf Engström och Söderberg (2004). Dessa skillnader kan vara viktiga att tänka på när sjukvårdspersonal uppmuntrar anhöriga att hjälpa till med omvårdnad eller att besöka patienten. Vårdpersonalen bör informera de anhöriga om att ingen behöver hjälpa till mot sin vilja och att inget är mer rätt än det andra. Kommunikation är nyckeln till att minska stress och osäkerhet hos de anhöriga.

I de studier som belyser interaktioner mellan personal och anhöriga, jmf Fox-Wasylyshyn et al. (2005) och Söderström et al. (2005) ses en tydlig önskan från de anhöriga att bli informerade på ett begripligt och tydligt vis. Det kom även fram att alla anhöriga ej är lika lyhörda för den information som presenteras och att anhöriga lätt kan känna sig negligerade av personalen. Personalen bör försäkra sig om att de anhöriga förstår vad som gäller på avdelningen och inte ta för givet att de har förmågan att förstå implicit information i det krisläge de anhöriga ofta befinner sig i. Personalen bör vara lyhörd för de anhörigas emotioner så att de som har svårt att uttrycka känslor inte glöms bort, då det verkar vara dessa som i regel känner sig åsidosatta. När situationen försämras och den sjuke går från ett kritiskt till ett kroniskt tillstånd, det vill säga att denne blir i behov av en respirator, är om möjligt informationsbehovet än större.

I Nelson et al. (2004) studie framgår tydligt att okunskapen bland de anhöriga är stor inom detta område, de flesta visste inte att smärtor kunde uppstå och att den upplevda livskvalitén för den sjuke kunde försämrast. Personalen bör informera i god tid innan det blir aktuellt med intubering så de anhöriga har tid på sig att fundera. Personalen bör även stötta de anhöriga och ej låta de känna att det är de anhöriga som själva tagit beslutet.

Tyvärr så kunde informationen förvirra de anhöriga då den ofta kom från flera olika människor i personalstyrkan. Detta kan leda till att de anhöriga känner att personalen inte uppmärksammar den sjuke och att oron växer sig större hos de anhöriga. För att stoppa denna snöbollseffekt av ångest och oro bör det hållas möten där alla inblandade i vården om den sjuke deltar jmf Nelson et al. (2004) och Kirchhoff et al. (2002). Anhörigas stora behov av information kommer även fram i en annan studie av Chan och Twinn, (2006). Den visar att söka information var en av de största copingstrategierna hos de anhöriga och detta minskar stressen hos familjemedlemmarna. Denna upptäckt bör tas i beaktande då det även framkommer att de anhöriga söker information på Internet. Det gäller att förekomma den information som går att finna där eftersom den inte alltid är korrekt och kan stjälpa de anhöriga i deras kamp mot ångest och oro.

Att förnekelse sällan används som en copingstrategi hos de anhöriga var en positiv men oväntad upptäckt, dock användes förnekelse oftare då en akut inläggning av den sjuke förelåg, vilket kan verka förståeligt. Att de flesta anhöriga försökte se positivt på tillståndet ("*reframing*") jmf Chui och Chan (2005) hjälpte dem med stor sannolikhet att klara av situationen och kanske även hålla dem ifrån att falla in i kris.

De framkom även att de anhörigas hälsa kan komma att svikta när de går igenom en sådan prövning som denna, att behöva bevittna en kritiskt sjuk familjemedlem, jmf Engström och Söderberg (2004). De flesta beskriver att de varken kan äta eller sova som de brukar, att de sitter som på nålar och väntar på att telefonen ska ringa, eller så sitter de vid sängkanten och väntar på ett tecken som visar hopp om att den sjuke börjar tillfriskna.

De höga stressnivåerna som ständigt påverkade de anhöriga visade sig skilja något mellan exempelvis kön och utbildningsnivå, jmf Chui och Chan (2005). Detta kan kanske bero på kvinnors respektive mäns ansvars- och familjeroller samt att utbildning kan vara till fördel när anhöriga till exempel söker information från Internet eller andra källor. Vidare kanske det kan vara så att en gedigen utbildning i vissa fall är liktydig med en mer stabil ekonomisk situation och ett stabilare socialt nätverk vilket inverkar positivt på hur familjen hanterar situationen.

Auerbach et al. (2005) beskriver hur stressnivåerna i många fall var likvärdiga med posttraumatiskt stressyndrom som uppmättes hos patienter på psykiatriska avdelningar. Denna typ av svår stress torde gå att förhindra i större utsträckning med hjälp av tydligare information och att de anhöriga bättre tas om hand av lämplig personal, exempelvis kurator.

Akut sjukdom eller skada är naturligtvis omöjligt att förutsäga men i de fall en patient gradvis försämras innan beslutet tas om IVA-inläggning anser vi att det är av yttersta vikt med någon form av anhörigutbildning, jmf Chien et al. (2004).

Detta skulle även med största sannolikhet underlätta för de anhöriga som beskriver osäkerhet som den mest stressframkallande känslan, jmf Chan och Twinn, (2006) och Kirchhoff et al. (2002). Den nämnda anhörigutbildningen kan med fördel även fortsätta efter det att den sjuke blivit utskrivna från IVA för att på så sätt få familjen att känna sig tryggare och för att få ett avslut på den svåra tid som varit. Detta stämmer även väl överens med det som Engström och Söderberg, (2004) skriver, nämligen att många familjer valde att återvända till IVA efter den anhöriges tillfrisknande.

6:3 Slutsats

Vi anser att denna litteraturstudie kan vara av betydelse för kunskapsutvecklingen inom intensivvården. Patienterna som vårdas där är kritiskt sjuka och stor uppmärksamhet läggs runt patienten. Det kan vara lätt att förbise de anhöriga i allt detta arbete. IVA infattar mycket teknisk apparatur och det är ofta fler patienter i samma rum. Det är av stort värde för all intensivvårdspersonal att få insikt i de anhörigas upplevelser för att kunna ge ett så bra bemötande som möjligt. En lösning skulle kunna vara att låta sin personal fortbilda sig inom ämnet kommunikation och information.

Framtida forskning i ämnet skulle kunna vara riktat mot att hitta sätt att minska stressen hos anhöriga och att förbättra kommunikationen mellan vårdpersonal, anhöriga och patient. Vidare skulle forskning kunna bedrivas för att göra miljön på IVA mindre skrämmande för anhöriga, att arbeta fram en handlingsplan för att bättre kunna tillgodose anhörigas behov av information vore av stort värde.

Referenslista

Adam, S.K., Osborne, S. (2005). *Critical care nursing – Science and Practice*. New York: Oxford University Press.

Al-Hassan, M.A., Hweidi, I.M. (2003). The Perceived Needs Of Jordanian Families Of Hospitalized, Critically Ill Patients. *International Journal Of Nursing Practice*. Vol 10 (2004), 64-71.

Auerbach, S.M., Kiesler, D.J., Wartella, J., Rausch, S., Ward, K.R., Ivatury, R. (2005). Optimism, Satisfaction With Needs Met, Interpersonal Perceptions Of The Healthcare Team, And Emotional Distress In Patients´ Family Members During Critical Care Hospitalization. *American Journal of Critical Care*. Vol 14 (2005), No 3.

Bournes, D.A., Mitchell, G.J. (2001). Waiting: The Experience Of Persons In A Critical Care Waiting Room. *Research in Nursing & Health*. Vol 25 (2002), 58-67.

Burr, G. (2001). *Reaktioner och relationer i intensivvård*. Lund: Studentlitteratur.

Chan, K.S., Twinn, S. (2006). An Analysis Of The Stressors And Coping Strategies Of Chinese Adults With A Partner Admitted To An Intensive Care Unit In Hong Kong: An Exploratory Study. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 16 (2006), 185-193.

Chien, W-T., Chiu, Y.L., Lam, L-W., Ip, W-Y. (2005). Effects Of A Need-based Education Programme For Family Carers With A Relative In An Intensive Care Unit: A Quasi- Experimental Study. *International Journal Of Nursing Studies*. Vol 43 (2006), 39-50.

Chui, W. Y-Y., Chan, S. W-C. (2005). Stress And Coping Of Hong Kong Chinese Family Members During A Critical Illness. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 16 (2007), 372-381.

Eldredge, D. (2004). Helping At The Bedside: Spouses´ Preferences For Helping Critically Ill Patients. *Research in Nursing & Health*. Vol 27 (2004), 307-321.

Engström, Å., Söderberg, S. (2004). The Experience Of Partners Of Critically Ill Persons In An Intensive Care Unit. *Intensive and Critica Care Nursing*. Vol 20 (2004), 299-308.

Forsberg, C., Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Fox-Wasylyshyn, S.M., El-Masri, M.M., Williamson, K.M. (2005). Family perceptions of nurses´ roles toward family members of critically ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung*. Vol 34, (2005), No 5.

Hudak, C.M., Gallo, B.M., Gonce-Morton, P. (1997). *Critical care nursing – A holistic approach*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Kirchhoff, K.T., Walker, L., Hutton, A., Spuhler, V., Vaughan Cole, B., Clemmer, T. (2002). The Vortex: Families' Experience With Death In The Intensive Care Unit. *American Journal Of Critical Care*. Vol 11 (2002), No 3.

Larsson, A., Rubertsson, S. (2005). *Intensivvård*. Stockholm: Liber.

Lee, I.Y.M., Chien, W.T., Mackenzie, A.E. (1999). Needs Of Families With A Relative In A Critical Care Unit In Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 9 (2000), 46-54.

Leung, K-K., Chien, W-T., Mackenzie, A.E. (2000). Needs Of Chinese Families Of Critically Ill Patients. *Western Journal of Nursing Research*. Vol 22 (2000), 826.

Lippincott Williams, Wilkins. (2004). *Emergency nursing made incredibly easy!* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Nelson, J.E., Kinjo, K., Meier, D.E., Ahmad, K., Morrison, R.S. (2004). When Critical Illness Becomes Chronic: Informational Needs Of Patients And Families. *Journal of Critical Care*. Vol 20 (2005), 79-89.

Polit, D.F., Beck, C.T. (2004). *Nursing Research – Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Söderström, I-M., Saveman, B-I., Benzein, E. (2005). Interactions between family members and staff in intensive care units – An observation and interview study. *International Journal Of Nursing Studies*. Vol 43 (2006), 707-716.

Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*. Vol 14, (2005), 501-509.

Yin King Lee, L., Lau, Y.L. (2002). Immediate Needs Of Adult Family Members Of Adult Intensive Care Patients In Hong Kong. *Journal Of Clinical Nursing*. Vol 12 (2003), 490-500.

Databas	Limits	Sökord	Antal träffar	Studier till vidare granskning	Artiklar använda i studien
Pubmed	Publicerat senaste 10 åren, Humans, Abstract, Nursing Journals, All adults	Intensive care unit AND Family	189	17	10
Pubmed	Publicerat senaste 10 åren, Humans, Abstract, Nursing Journals, All adults	Intensive care unit OR critical care AND family AND settings	99	4	1
Pubmed	Publicerat senaste 10 åren, Humans, Abstract, Nursing Journals, All adults	Intensive care unit AND family AND experience	3	3	0
Pubmed	Publicerat senaste 10 åren, Humans, Abstract, Nursing Journals, All adults	Intensive care unit AND family AND settings AND needs	67	0	0

Databas	Limits	Sökord	Antal träffar	Studier till vidare granskning	Artiklar använda i studien
Cinahl	Publicerat mellan åren 1997-2007, publicerat på engelska, svenska eller norska, all adults, all gender, full text links och abstract	Intensive care unit AND family	25	2	0
Cinahl	Publicerat mellan åren 1997-2007, publicerat på engelska, svenska eller norska, all adults, all gender, full text links och abstract	Intensive care unit AND family AND experience	10	0	0
Cinahl	Publicerat mellan åren 1997-2007, publicerat på engelska, svenska eller norska, all adults, all gender, full text links och abstract	Intensive care unit OR critical care AND family	336	1	0
Cinahl	Publicerat mellan åren 1997-2007, publicerat på engelska, svenska eller norska, all adults, all gender, full text links och abstract	Intensive care unit AND family AND needs	11	0	0

Artikelgranskning

Artikel nr:..... Granskare:.....

Författare:.....

.....

Titel:.....

.....

Årtal:..... Tidskrift:.....

Land där studien utfördes:

Typ av studie: Original Review Annan

Kvantitativ Kvalitativ

Område:

1.....

2.....

3.....

4.....

Kvalitetsbedömning: Hög (I) Medel (II) Låg (III)

Kommentar:.....

.....

..... Fortsatt

bedömning: Ja Nej

Motivering:.....

KVALITETSBEDÖMNING

Frågeställning/hypotes:.....
.....
.....
.....

Typ av studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervention
 Annan
Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv
 Randomiserad Kontrollerad
 Intervention Annan

Studiens omfattning: Antal försökspersoner (N):..... Bortfall (N)

Tidpunkt för studiens genomförande?..... Studiens längd.....

Beaktas: Könsskillnader? Ja Nej Åldersaspekter? Ja Nej

Kvalitativa studier

Tydlig avgränsning/Problemformulering? Ja Nej
Är perspektiv/kontext presenterade? Ja Nej
Finns ett etiskt resonemang? Ja Nej
Urval relevant? Ja Nej
Är försökspersonerna väl beskrivna? Ja Nej
Är metoden tydligt beskriven? Ja Nej
Kommunicerbarhet: Ges en klar bild av resultat? Ja Nej
Giltighet: Är resultatet logiskt, begripligt, i
överensstämmelse med verkligheten, fruktbar/nyttigt? Ja Nej

Kvantitativa studier

Urval: Förfarandet beskrivet Ja Nej

Representativt Ja Nej

Kontext Ja Nej

Bortfall: Analysen beskriven Ja Nej

Storleken beskriven Ja Nej

Interventionen beskriven Ja Nej

Adekvat statistisk metod Ja Nej

Vilken statistisk metod är använd?
.....
.....

Etiskt resonemang Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten -valida Ja Nej

-reliabla Ja Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Omarbetad utifrån SBU-granskningsmall Hellzén, O., & Pejler, A .(1999)

Kvalitativa studier (K)

Kvalitativa studier är de som använt intervjuer och observationer som datainsamlingsmetod. Kvalitativa studier syftar till att beskriva upplevelser, den levda erfarenheten av dessa och livsvärlden hos individer (Polit & Beck, 2004, s 245).

Kontrollerad klinisk studie (CCT)

Kontrollerad klinisk studie betyder att undersökarna använt sig av en experimentgrupp och sedan jämfört dem med en kontrollgrupp (Polit & Beck, 2004, s 178).

Deskriptiv studie (DS)

Deskriptiva studier använder sig ej av någon experimentgrupp utan beskriver olika samband eller händelseförlopp (Polit & Beck, 2004, s 192).

Värdering

De artiklar som ansågs hålla *hög* kvalitet var de som besvarades med ”ja” i granskningmallens samtliga frågor (bilaga 2), att det ej var för stort bortfall samt att en bortfallsanalys var utförd.

De artiklar som ansågs hålla en *medel* kvalitet var de som övervägande besvarades med ”ja” och där bortfall är presenterat men inte alltid analyserat.

Artiklar som ansågs hålla en *låg* kvalitet valdes bort i fas 2.

Författare, Årtal, Land	Titel	Studiens syfte	Metoddesign/Analys	Deltagare/Bortfall	Huvudfynd	Typ av studie/ Kvalitet
Lee, Chien, Mackenzie. 1999 Kina	Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong.	Syftet är att utforska familjemedlemmars uppfattning av omedelbara behov när en anhörig läggs in på intensivvårdsavdelning.	Kvalitativ, Kvantitativ. Frågeformulär, semi-strukturerade intervjuer. Deskriptiv statistik, Innehållsanalys.	30 anhöriga Inget bortfall.	De tre mest vanliga behoven var att veta den förväntade prognosen, tala med doktor varje dag och försäkran om att den bästa möjliga vården gavs till patienten. Tre kategorier av behov kunde urskiljas – kognitiva, känslomässiga och fysiska behov.	K DS Medel
Leung, Chien, Mackenzie. 2000 Kina	Needs of Chinese Families of Critically Ill Patients	Syftet är att beskriva vilka behov som familjemedlemmarna själva ansåg vara de viktigaste i det akuta skedet, 48-96 timmar, efter att deras anhörige lagts in på intensivvårdsavdelning. Deras uppfattning jämförs sedan med sjuksköterskornas uppfattning om vad som är familjernas behov.	Kvantitativ. Frågeformulär. Deskriptiv statistik.	37 anhöriga samt 45 sjuksköterskor valde att delta. 13 anhöriga deltog inte. 3 sjuksköterskor deltog inte. Bortfallsanalys gjord.	De behov anhöriga ansåg vara viktigast var att få ärliga svar på frågor, att veta vem i personalen som kan svara på frågor, att få träffa patienten regelbundet och att känna hopp. Sjuksköterskorna rangordnade behoven, i de flesta fall, annorlunda än de anhöriga.	DS Hög

Författare, Årtal, Land	Titel	Studiens syfte	Metoddesign/Analys	Deltagare/Bortfall	Huvudfynd	Typ av studie/ Kvalitet
Bournes, Mitchell. 2001 Kanada	Waiting: The Experience of Persons in a Critical Care Waiting Room	Syftet är att upptäcka andemeningen i att vänta..	Kvalitativ. Intervjuer. Parse´s fenomenologisk hermeneutiska analysmetod.	Ett informationsblad om undersökningen delades ut i ett väntrum. 12 personer var intresserade av att vara med i studien och ringde därav upp undersökaren.	Att vänta beskrivs som ett "emotionellt helvete" där en känsla av att allt går långsamt blandas med en oerhörd stress. Att prata med andra anhöriga och personal hjälper i väntan	K Medel
Chan, Twinn. 2006 Kina	An Analysis of the Stressors and Coping Strategies of Chinese Adults With a Partner Admitted to an Intensive Care Unit in Hong Kong, An Exploratory Study	Syftet är att identifiera de viktigaste stressorerna som påverkar kinesiska vuxna med en partner inlagd på intensivvårdsavdelning och att förstå de viktigaste coping-strategierna som används för att klara av stressorerna.	Kvalitativ. Explorativ. Semi-strukturerad intervju Innehållsanalys.	18 anhöriga stämde in på studiens inklusionskriterier. 8 anhöriga valde att inte delta.	Stressorer som ansågs som de viktigaste att påverka anhöriga var bl.a. osäkerhet, kommunikations-svårigheter, ändrade familjeroller och beslutsfattande. Religiös övertygelse avgjorde i många fall vilken coping-strategi som kom att användas.	K Hög

Författare, Årtal, Land	Titel	Studiens syfte	Metoddesign/Analys	Deltagare/Bortfall	Huvudfynd	Typ av studie/ Kvalitet
Fox- Wasylyshyn, El-Masri, Williamson. 2005 USA	Family Perceptions of Nurses' Roles Towards Family Members of Critically Ill Patients: A Descriptive Study	Syftet är att undersöka sjuksköterskans roll mot familjer till kritiskt sjuka, uppfattat från familjens perspektiv, och om sjuksköterskan tillgodoser familjernas behov.	Kvantitativ. Frågeformulär. Deskriptiv statistik	36 anhöriga blev inbjudna att delta i studien. 29 av dessa fullföljde frågeformuläret Bortfall: 7 Bortfallsanalys gjord	Sjuksköterskan levde i de flesta fall upp till de anhörigas förväntan. I tre fall gjorde hon/han inte det: "förklara patientens diagnos" "förklara utrustning" "Förbereda familjen för deras första besök".	DS Hög
Kirchhoff, Walker, Hutton, Spuhler, Vaughan- Cole, Clemmer. 2002 USA	The Vortex: Families' Experience With Death in the Intensive Care Unit.	Syftet är att i detalj beskriva familjemedlemmars upplevelse av anhörigs palliativa vård på intensivvårdsavdelning.	Kvalitativ. Semi-strukturerad intervju Innehållsanalys.	Av 41 anhöriga som rekryterades från patientjournalerna valdes 8 ut för att delta i studien. 33 föll bort. Bortfallsanalys gjord	Osäkerhet angående prognos, beslut familjen fattar före palliativ vård, vad som kan förväntas när patienten avlider och ev. lidande för den döende patienten var de upplevelser anhöriga ansåg som viktigast. Bästa botemedlet mot familjens osäkerhet är god kommunikation.	K Medel

Författare, Årtal, Land	Titel	Studiens syfte	Metoddesign/Analys	Deltagare/Bortfall	Huvudfynd	Typ av studie/ Kvalitet
Chien, Chiu, Lam, Ip. 2005 Kina	Effects of a Needs-Based Education Programme for Family Carers With a Relative in an Intensive Care Unit: A Quasi-Experimental Study.	Syftet är att undersöka effekten av ett behovsbaserat utbildningsprogram hos familjemedlemmar, under patientens första tre dagar på en intensivvårdsavdelning.	Kvantitativ, Kvasi-experimentell studie. Frågeformulär. Deskriptiv statistik.	66 anhöriga rekryterades till studien. Alla deltagare fullföljde studien.	Behovsbaserade utbildningsprogram har visat sig vara effektiva då de förbättrar de anhörigas psykiska välmående och hjälper till att bättra tillgodose deras behov.	CCT Hög
Chui, Chan. 2005 Kina	Stress and Coping of Hong Kong Chinese Family Members During a Critical Illness.	Syftet är att undersöka stress och coping strategier hos familjemedlemmar med en anhörig inlagd på Intensivvårdsavdelning i Hong Kong.	Kvantitativ. Strukturerad intervju. Deskriptiv statistik.	133 anhöriga mötte studiens kriterier och valde att delta. Bortfall ej beskrivet.	Merparten av familjemedlemmar upplevde en hög nivå av stress, reframing strategier (att acceptera situationer man ställs inför) var den copingstrategi som användes mest av deltagarna i studien. Sjuksköterskor bör vara medvetna om olika kulturella faktorer som inverkar på anhörigas stress och copingstrategier.	DS Medel

Författare, Årtal, Land	Titel	Studiens syfte	Metoddesign/Analys	Deltagare/Bortfall	Huvudfynd	Typ av studie/ Kvalitet
Eldredge. 2004 USA	Helping at the Bedside: Spouses Preferences for Helping Critically Ill Patients	Syftet är att undersöka vilka preferenser en maka/make/sambo har när det gäller att hjälpa till med omvårdnaden om sin partner på en intensivvårdsavdelning	Kvantitativ. Frågeformulär. Deskriptiv	138 partners mötte inklusionskriterierna. 88 anhöriga valde att delta. Bortfall: 50 Bortfallsanalys gjord	Majoriteten av partners ville ha en aktiv roll när det gällde att hjälpa till med omvårdnaden. Det gjorde att de fick känna sig nödvändiga och hjälpsamma..	DS Hög
Engström, Söderberg. 2004 Sverige	The Experiences of Partners of Critically Ill Persons In An Intensive Care Unit	Syftet är att beskriva partners upplevelse när deras kritiskt sjuka make/maka/sambo vårdas på Intensivvårdsavdelning.	Kvalitativ. Narrativa intervjuer. Innehållsanalys	Ett brev sändes till 8 anhöriga till kritiskt sjuka patienter. Deltagare: 7. Bortfall: 1 Bortfallsanalys gjord	Tre centrala teman växte fram: ”Att få vara nära sin partner.” ”Sätta sig själv i andra hand” och slutligen ”Att leva i osäkerhet”	K Medel

Författare, Årtal, Land	Titel	Studiens syfte	Metoddesign/Analys	Deltagare/Bortfall	Huvudfynd	Typ av studie/ Kvalitet
Al-Hassan, Hweidi. 2003 Jordanien	The Perceived Needs of Jordanian Families of Hospitalized, Critical Ill Patients	Syftet är att identifiera behoven hos anhöriga till kritiskt sjuka, hospitaliserade patienter.	Kvantitativ. Frågeformulär. Deskriptiv statistik.	Ett frågeformulär skickades till 240 personer. 158 skickade tillbaka det riktigt ifyllt. Bortfall: 82 Bortfallsanalys gjord	De som svarade listade 16 av 45 behov i formuläret som viktiga eller mycket viktiga. Två exempel på dessa 16 behov är: ”att få tala med doktorn varje dag” och ”få information om varje dag	DS Hög
Auerbach, Kiesler, Wartella, Rausch, Ward, Ivatury. 2005 USA	Optimism, Satisfaction With Needs Met, Interpersonel Perceptions of the Health Care Team and Emotionel Distress in Patients Family Members During Critical Care Hospitalization..	Syftet är att analysera familjemedlemmars uppfattning om hur väl deras behov är mötta, deras emotionella stress och nivån på deras psykopatologiska dysfunktion, deras uppfattning om personalens vård och korrelationen mellan dessa variabler.	Kvantitativ Frågeformulär. Deskriptiv statistik.	40 anhöriga valdes ut som representant för hela familjen. Bortfallsanalys ej gjord	Plötslig inläggning av anhörig på IVA är en traumatiskt upplevelse. Stressnivåerna hos anhöriga är höga. Behov som är sämst mötta av ssk är: ”information om patientens tillstånd”, ”Förklaring varför man utför vissa åtgärder”	DS Medel

Författare, Årtal, Land	Titel	Studiens syfte	Metoddesign/Analys	Deltagare/Bortfall	Huvudfynd	Typ av studie/ Kvalitet
Nelson, Kiyoshi, Meier, Ahmad, Morrison. 2004 USA	. When Critical Illness Becomes Chronic: Information Needs of Patients and Families	Syftet är att ta reda på vilken information som är relevant för familj-patient-vårdar kommunikationen när kritisk sjukdom blir kronisk.	Kvalitativ. Strukturerade intervjuer. Grounded Theory.	211 passade inklusionskriterierna. Deltagare: 25 Bortfall: 185 Bortfallsanalys gjord	Sex stora domäner som är viktiga för kommunikationen identifierades. Dessa är viktiga för beslutstagande och kommunikation när kritisksjukdom blir kronisk	K Hög
Söderström, Saveman, Benzein. 2005 Sverige	Interactions Between Family Members and Staff in Intensive Care Units – An Observation and Interview Study.	Syftet är att beskriva och förtydliga interaktioner mellan personal och anhöriga på en intensivvårdsavdelning.	Kvalitativ. Observation. Semistrukturerad intervju. Innehållsanalys.	24 anhöriga deltog / 3 anhöriga valde att inte delta. Bortfallsanalys gjord.	Utförlig information är viktig för att utveckla en ömsesidig förståelse mellan personal och anhöriga.	K Medel

Författare, Årtal, Land	Titel	Studiens syfte	Metoddesign/Analys	Deltagare/Bortfall	Huvudfynd	Typ av studie/ Kvalitet
Yin King Lee, Lau. 2002 Kina	Immediate Needs of Adults Family Members of Adult Intensive Care Patients in Hong Kong.	Syftet är att undersöka de omedelbara behoven hos vuxna anhöriga till en patient på en Intensivvårdsavdelning i Hong Kong.	Kvantitativ Frågeformulär. Deskriptiv	40 personer svarade på frågeformuläret, alla utförde detta korrekt. Bortfall: 0 Bortfallsanalys gjord	Kategorin ”försäkrän” identifierades som den viktigaste kategorin. Det viktigaste behovet visade sig vara ”att få veta hur allt skulle sluta”	DS Hög