



# EXAMENSARBETE

Hösten 2014

Sektionen för Hälsa och Samhälle  
Sjuksköterskeprogrammet  
Omvårdnad 15 hp

## **Närståendes upplevelser av sjuksköterskans bemötande** - vid akuta somatiska sjukdomstillstånd

Författare

Pia Borgqvist Nilsson

Elizabeth Nilsson

Handledare

Britta Lena Engström

Examinator

Inga Britt Lindh

## **Förord**

Vi vill passa på att tacka alla som gjort det möjligt för oss att genomföra den här litteraturstudien.

### **Britta-Lena Engström**

För att du har uppmuntrat oss och trott på vårt arbete samt ditt engagerande handledarskap.

### **Våra familjer**

För att ni har haft tålamod med oss och stöttas oss i vårt arbete.

### **Varandra**

För ett fantastiskt samarbete med givande diskussioner och många härliga skratt.

Pia Borgqvist Nilsson och Elizabeth Nilsson

2015-01-22

# Närståendes upplevelser av sjuksköterskans bemötande

## - vid akuta somatiska sjukdomstillstånd

Författare: Pia Borgqvist Nilsson och Elizabeth Nilsson

Handledare: Britta Lena Engström

Litteraturstudie

Datum: 20150122

### Sammanfattning

**Bakgrund:** När en familjemedlem blir akut sjuk påverkar det hela familjen, och denna upplevelse kan bli traumatisk för närstående. Det är då viktigt att bemötandet från sjuksköterskan under denna ansträngande period blir en positiv upplevelse för närstående. **Syfte:** Att beskriva närståendes upplevelser av sjuksköterskans bemötande vid akuta somatiska sjukdomstillstånd. **Metod:** Studien utfördes som en allmän litteraturstudie baserad på tio artiklar. **Resultat:** För att närstående skall uppleva bemötandet som positivt bör de få trygghet, bekräftelse samt känna delaktighet. Detta gör att närstående känner sig delaktiga i vården och upplever ett förtroende för sjuksköterskan.

**Diskussion:** Genom att använda sig av KASASM teorin i praktiken kan sjuksköterskan få en förståelse för de närståendes upplevelser när en familjemedlem blir akut somatiskt sjuk. Sjuksköterskan förser närstående med information utan de behöver fråga om den, vilket gör de närstående delaktiga i vården och de förstår bättre vad som händer med familjemedlemmen.

**Slutsats:** Livet förändras för närstående när en familjemedlem blir akut somatisk sjuk. Att bli delaktiga i vården av den sjuke familjemedlemmen är viktigt för de närstående eftersom sjuksköterskan lätt kan försumma behoven de har, och bara ägna sig åt att tillgodose familjemedlemmens omvårdnadsbehov.

Nyckelord: Sjuksköterska, upplevelser, familj, kritiskt sjuk, behandling

# Next of kins' experiences of the nurses encounter -of acute somatic illnesses

Authors: Pia Borgqvist Nilsson and Elizabeth Nilsson

Supervisor: Britta Lena Engström

Literature review

Date: 20150122

## Abstract

**Background:** A persons' acute illness affects the whole family. In this traumatic situation, the nurse's treatment of the patient's next of kins is essential to make their experience of the hospital stay as positive as possible. **Aim:** To describe how the next of kins experience the encounter with the nurse in the event of a family members' acute somatic illness. **Method:** Ten selected articles on the subject were reviewed. **Results:** Important factors for a positive experience for the next of kin of the encounter with the treating nurse are feelings of security, confirmation, participation. All these taken together provide a feeling of involvement in the care of their family member and also confidence in the nurse. **Discussion:** With the practical use of KASAM theory, the nurse can acquire a better understanding of the next of kins experiences when their family member suffers an acute illness. By providing them continuously with relevant information, the nurse can help them participate in the care of their family member and to gain a better insight and understanding of the course of the disease. **Conclusion:** Life changes for the next of kins when a family member becomes acutely ill. To participate in the care of the ill family member is important to the next of kin, because the nurse can easily neglect their needs and only provide for the family members need of caregiving.

Keywords: Nurse, experience, family, critical illness, treatment

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>6</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>6</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
<b>METOD</b> .....	<b>8</b>
Design .....	8
Urval och datainsamling .....	9
Genomförande och analys.....	9
Etiska överväganden .....	10
<b>RESULTAT</b> .....	<b>11</b>
Trygghet .....	11
Bekräftelse .....	11
Delaktighet .....	12
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>13</b>
Metoddiskussion .....	13
Resultatdiskussion .....	16
<b>Slutsats</b> .....	<b>19</b>

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Granskningsmall för kvalitativa artiklar

Tabell 1 Kvalitetsgranskning

Figur 1 KASAM tolkning

## INLEDNING

När en familjemedlem blir akut sjuk i dagens samhälle kan det upplevas som att det finns mindre tid för sjuksköterskan att bemöta närstående. Ges sjuksköterskan då möjlighet att skapa ett professionellt bemötande till de närstående i denna situation? Bemötande menar Fossum (2013) handlar om att visa respekt och vara engagerad men också att ge ärlig information (a.a).

## BAKGRUND

Närståendes livssituation förändras drastiskt när någon i en familj oväntat blir akut sjuk eller råkar ut för en olycka. Närstående är de personer familjemedlemmen räknar in i sin närmaste krets. Det kan vara fru/man, sambo/särbo, barn samt vänner till familjemedlemmen. En konstellation med sinsemellan stora skillnader, men eftersom närstående tillhör familjen går de inte att exkludera utan måste också tas om hand (Sand, 2006). Cullberg (2006) beskriver närstående som en sammanhängande helhet där problem och bekymmer hos en av dem påverkar resten av de närstående negativt. När instinkter och livserfarenheter inte längre räcker till att hantera situationen är risken stor att en mental kollaps inträffar (a.a).

En mental kollaps kan uppkomma efter att en familjemedlem blivit akut somatisk sjuk. Cullberg (2006) beskriver att en mental kollaps kan bestå av en chock och reaktionsperiod, som kan pågå alltifrån minuter till dagar eller veckor. Det är viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar vilket period de närstående befinner sig i (a.a). Sjuksköterskan möter oftast närstående i chock - och i reaktionsperioden (Kock-Redfors, 2002). I chockperioden kan närstående upplevas alltifrån ointresserade till att vägra inse situationens allvar. Beroende på situation och vilken period närstående befinner sig i lyssnar de på vad sjuksköterskan säger, men förstår kanske inte informationens betydelse. I reaktionsperioden förekommer oftast hotelser om anmälningar mot sjuksköterskan men genom att närstående ges möjlighet att få utlopp för sina känslor, dämpas deras oro och aggressiviteten mot sjuksköterskan minskar (Cullberg, 2003).

Sjuksköterskan bör uppvisa lyhördhet för och respektera oron närstående känner, men också ge dem upplevelsen att bli sedda menar Sand (2006). Närstående bör behandlas med medmänsklighet för att ha möjlighet att hantera situationen som uppstår i samband med en familjemedlems sjukdom (Fisher, Lindhorst, Matthews, Munroe, Paulin & Scott, 2008). För att närstående ska uppleva ett

gott bemötande från sjuksköterskan, är det viktigt att måna om de närståendes behov av lugn och ro samt självständighet beskrev Croona (2003) i sin avhandling. Det räcker inte att bara komma in på rummet och vara där fysiskt utan sjuksköterskan bör visa inlevelse och äkta medkänsla (a.a). När en familjemedlem befinner sig på sjukhuset är det väsentligt med ett bra bemötande till närstående för att de ska må bra (Honoré, 2012). Ett gott bemötande hjälper till att etablera en atmosfär av tilltro hos närstående enligt en studie av Kim, Heerey och Kols (2008). Det inkluderar intresse att behandla familjemedlemmar respektfullt, fullfölja uppgifter utan brådska och säkerställa sekretess (a.a).

Att bevara en god relation med närstående bygger på gott bemötande från sjuksköterskan genom att sjuksköterskan är tillmötesgående och professionell, ge närstående möjlighet att få prata med en kurator eller präst samt att kontinuerligt ge närstående information om familjemedlemmens tillstånd (Kager, Hidås & Olsson, 1997). I en kritisk situation kan sjuksköterskans kommunikation med närstående utföras på olika sätt relaterat till den specifika situationen. Som till exempel inte undanhålla viktig information och att sjuksköterskan lyssnar uppmärksamt på närstående (a.a). Att finnas till hands för närstående är bland det mest betydelsefulla och essentiella i sjuksköterskeyrket (Cullberg, 2006). Om sjuksköterskan inte lyssnar på och uppfyller familjemedlemmens behov upplevs sjuksköterskan inte ha förmåga att ge emotionell stöttning samt ingen känsla för empati enligt Eriksson, Chiappe och Sellström (2003). Grundtanken hos sjuksköterskan verkar vara att närstående innebär problem och uppfattas som obekväma, frågvisa, och kan ha negativ inverkan på den sjuke familjemedlemmen (Sand, 2006).

För sjuksköterskan finns alltför få normer att förhålla sig till enligt Axelsson, Zettergren och Axelsson (2005). Sjuksköterskan får gå efter sin egen intuition och ofta agera utan planering gällande bemötande av närstående, men medkänslan måste ändå finnas där (a.a). Att på ett generellt sätt skapa bra möte kan göras genom att åstadkomma goda relationer och klimat som är trevligt att arbeta i och främjar alla involverade. Om problem uppkommer gäller det för sjuksköterskan att ta tag i och lösa problem (Croona, 2003). Det upplevs som positivt om sjuksköterskan visar förtrolighet och ömhet genom att använda kroppsspråket (Axelsson et al., 2005).

Kroppsspråk handlar enligt Magnusson (2014) om hur människor rör sig i förhållande till varandra innan samtal påbörjas (a.a). Det kan vara hur personer ser varandra i ögonen eller på sättet de hälsar (Fossum, 2013). Människor har en bekvämlighetssfär som delas upp i varierande avstånd beroende på hur nära förhållande de har till andra. En social sfär där de träffas i olika sammanhang, en privat

sfär där vänner och bekanta har plats och en intim sfär där människor är selektiva med vem som släpps in. Att närma sig nya människor kräver således omtänksamhet från sjuksköterskans sida (Magnusson, 2014). Sjuksköterskan fokuserar på och ger den sjuke familjemedlemmen företräde vilket kan betyda att närstående inte får mycket stöd i den aktuella situationen (Cullberg, 2006). Det är betydelsefullt att blanda in närstående när en familjemedlem vårdas på sjukhus (Fisher et al., 2008). Bemötande har stor relevans eftersom sjuksköterskan möter människor i varierande situationer vilka kräver hög yrkesskicklighet, betydande kunskaper och kompetens (Eide & Eide, 2005).

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för den legitimerade sjuksköterskan (2005) beskriver att insikter och lärdomar hos närstående och familjemedlemmen bör utnyttjas. Sjuksköterskans dialog med närstående och familjemedlem och skall vara känslig, deltagande och hänsynsfull (a.a). Kunskap om människors beteende, samhället, medicin och vårdvetenskap ska på ett ansvarsfullt, mänskligt och moraliskt sätt tillämpas i vården av familjemedlemmen framhåller Karolinska Institutet (2014). Viktigt är också att uppmärksamma närståendes behov, få dem att känna sig bekväma, omskötta, besvara närståendes frågor och tydliggöra vad som kommer att ske (a.a). Närstående kan därigenom få en känsla av ett gott bemötande från sjuksköterskan (Fossum, 2013).

## **SYFTE**

Syftet med litteraturstudien var att beskriva närståendes upplevelser av sjuksköterskans bemötande vid akuta somatiska sjukdomstillstånd.

## **METOD**

### *Design*

Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie enligt Friberg (2012). Det innebar granskning av vetenskapliga artiklar med insikt i det specifika problemområdet.



## *Urval och datainsamling*

Kvalitativa vetenskapliga artiklar som enligt Olsson och Sörensen (2011) bäst beskriver upplevelser valdes. För att inkluderas i studien skulle artiklarna utgå från närstående, innefatta deras upplevelser av sjuksköterskans bemötande under akut sjukdomstillstånd och vara skrivna på engelska. Artiklar som var kvantitativa, skrivna enbart ur patient – eller sjuksköterskeperspektiv och inom det psykiatriska området exkluderades. Begränsningar var artiklar på svenska eller engelska samt human. Experter på området skulle kritiskt ha granskat artiklarna innan de publicerades, så kallat peer reviewed (William, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Artiklarna baserades på studier från 2004 till 2014 för att få med så aktuell forskning som möjligt. Genom att titta på referenslistor i äldre uppsatser och artiklar fick författarna förslag på sökord. Syftet vägledde författarna till sökorden. De ord som användes var: *family, experience, encounter, treatment, relatives, communications, beliefs, family presence, care, intensive care unit, family members, nurses caring, trauma patients, next of kin, critical illness, attitudes, critical ill, family experience, patients.*

Systematiska litteratursökningar genomfördes i databaserna Cinahl, Science Direct och PubMed som var inriktade mot medicin och omvårdnad. Genom att systematiskt söka efter information i databaserna kunde sökprocessens steg dokumenteras och skrivas in i ett sökschema, se bilaga 1. Manuell sökning enligt Östlundh (2012) utfördes för att ytterligare inhämta information om ämnet. Trunkering (\*) användes för att få med alla böjningar av ett ord, i författarnas fall nurse\*. Den booleska operatören AND avgränsar sökningar och sammankopplar två eller flera sökord för att bilda en sökning som innefattar alla orden (a.a). Vid sökning i databasen PubMed användes ämnesordlistan MeSH termer.

## *Genomförande och analys*

Vid en första genomgång i litteratursökningen lästes artiklarnas titlar och de som inte svarade syftet sållades bort. Abstrakten lästes på de artiklar vars titlar ansågs passa syftet och om så var fallet hämtades artiklarna i fulltext. Artiklar som inte gick att få i fulltext beställdes.

Sammanlagt 25 artiklar vars titel och abstract svarade på studiens syfte valdes ut och lästes igenom. Därefter togs ett gemensamt beslut om artiklarna skulle ingå i resultatet eller inte. Vid noggrannare granskning föll 8 st artiklar bort då de inte svarade på syftet och 17 artiklar återstod. 6 st artiklar var kvantitativa därför valdes de bort, vilket resulterade i att 11 artiklar återstod. Artikeln från den manuella sökningen exkluderades på grund av att den inte gav något utfall och de kvarvarande 10 st

artiklar som svarade på syftet sammanställdes i en artikelöversikt, se bilaga 2. Därefter granskades de tio artiklarna efter Forsbergs och Wengströms (2006) checklista för litteraturstudier, se bilaga 3.

Under analysförloppet läste författarna igenom artiklarna var för sig flera gånger och därefter tillsammans. De utvalda artiklarnas resultatdelar lästes igenom tillsammans för att möjliggöra identifiering av enheter som var meningsbärande. De meningsbärande delarna i artiklarnas resultat som svarade på syftet färg och sifferkodades och grupperades därefter in i olika kategorier och översattes därefter till svenska. Därefter lästes de meningsbärande delarna åter igenom. Friberg (2012) menar att texter bör analyseras noggrant vilket författarna tog fasta på. Delarna analyserades en tredje gång, lyftes ut och grovsorterades i likheter och olikheter som därefter kategoriserades (a.a). Ur detta utkristalliserades huvudkategorierna: trygghet, bekräftelse och delaktighet.

Granskning av artiklarna genomfördes enskilt av författarna med hjälp av Forsberg och Wengströms (2006) granskningsmall. Därefter jämförde författarna granskningarna med varandra. En sammanfattning av artiklarnas resultat gjordes med tanke på studiens syfte. En bedömningstabell skapades av författarna, se tabell 1, för att få möjlighet att avgöra vilka artiklar som passade in i kriterierna: hög, medel eller låg kvalitet. Kvalitetsbegrepp som användes var trovärdighet och tillförlitlighet och genom att granska artiklar fastställs dessa begrepp (Forsberg & Wengström, 2006; Olsson & Sörensen, 2011). Författarnas förförståelse skrevs ned i början av arbetet med projektplanen och redovisas i metoddiskussionen.

Tabell 1

<b>Kvalitet</b>	<b>Kvalitativa artiklar</b>
Låg	0-5 poäng
Medel	6-11 poäng
Hög	12-18 poäng

Bedömningen var att 8 artiklar var av hög kvalitet medan 2 artiklar var av medel kvalitet.

### *Etiska överväganden*

För att veta att resultat bygger på etisk korrekt genomförd forskning inkluderades artiklar som granskats och godkänts av en etisk kommitté, vars uppgift är att skydda medverkande studiedeltagare. Det är viktigt att deltagare i en studie medverkar på frivillig basis och ger sitt skriftliga samtycke till medverkan, att de har möjlighet till anonymitet samt kunna avbryta studien närhelst de själva vill (Stryhn, 2007; Olsson & Sörensen, 2011). Vid analysen av

artiklar gjordes ingen revidering eller plagiering av artikelförfattarna relaterat till respekt för deras arbete (Forsberg & Wengström, 2006).

## **RESULTAT**

Ur artiklarnas resultat utkristalliserades tre kategorier som svarade på studiens syfte: trygghet, bekräftelse samt delaktighet.

### **Trygghet**

Närstående upplevde trygghet om sjuksköterskan kunde sitt arbete och det fanns möjlighet att kontakta sjuksköterskan närhelst de närstående ville.

Närstående ville vara nära familjemedlemmen för att se förbättring och om de inte var på avdelningen när familjemedlemmens tillstånd förändrades, litade de på att sjuksköterskan informerade dem. Trygghet upplevdes också av närstående när de hade möjlighet att ringa sjuksköterskan dygnet runt och när sjuksköterskan hela tiden befann sig i rummet hos familjemedlemmen (Engström & Söderberg, 2004; Eggenberger & Nelms, 2007; McKiernan & McCarthy, 2010). Trygghet upplevdes när sjuksköterskan lyssnade på närståendes oro om att allt inte stod rätt till med familjemedlemmen och sjuksköterskan vidtagit nödvändiga åtgärder (Wagner, 2004). Vid både dåliga och goda nyheter var det viktigt för närstående att behålla hoppet eftersom det upplevdes som det gav dem tröst och trygghet (Eggenberger & Nelms, 2007). Trygghet i omvårdnaden av familjemedlemmen upplevdes om sjuksköterskan var kompetent och kunnig (McKiernan & McCarthy, 2010).

### **Bekräftelse**

Bekräftelse var viktigt för hur närstående skulle uppleva vårdtiden.

De närståendes behov var upplevelser av uppskattning och bekräftelse samt att sjuksköterskan upplevdes välkomnande när närstående besökte avdelningen (Wåhlin, Ek & Idvall, 2009). Men om sjuksköterskan som bemötte dem var stressad och inte bekräftade dem upplevdes bemötandet som negativt.(Clukey, Hayes, Merrill & Curtis, 2009), och det upplevdes värdefullt av närstående att få råd och stöd av sjuksköterskan om behovet fanns (McKiernan & McCarthy., 2010). Då närstående upplevde att sjuksköterskan bekräftade och bemötte dem som individer inspirerades de att bli delaktiga i vården och kom på så sätt närmare sin familjemedlem. Men också när sjuksköterskan

visade sympati med de närstående och de fick tid att diskutera med sjuksköterskan om situationen (Ågård & Harder, 2006; Eggenberger & Nelms, 2007). Även om sjuksköterskans huvudsakliga uppgift var att vårda familjemedlemmen ville närstående att sjuksköterskan även skulle finnas till hands för dem (Eggenberger & Nelms, 2007). I en studie av Clukey et al. (2009) framhölls att närstående upplevde sig bekväma när sjuksköterskan hjälpte dem i en obekväm situation genom att lyssna på och uppmärksamma deras behov och det betydde mycket för dem om sjuksköterskan gav dem en tandborste, en filt, en kopp kaffe eller ett leende. Närstående upplevde det då som att sjuksköterskan bekräftade dem.(a.a).

## **Delaktighet**

Bristande kommunikation och information mellan sjuksköterskan och närstående upplevdes som ett hinder för delaktighet i familjemedlemmens vård.

Tillsammans upplevde närstående och sjuksköterskan en positiv atmosfär i bemötandet genom att visa respekt för varandra. Men respekt var också viktigt för att närstående skulle uppleva sig nöjda med vården av deras familjemedlem (Söderström, Saveman & Benzien, 2006). Det upplevdes av närstående som skrämmande om sjuksköterskan inte kunde utföra vissa av sina arbetsuppgifter men ändå gav sken av att klara dem enligt Dreyer och Nortvedt (2007). I Eggenberger och Nelms studie (2007) upplevde närstående att de inte fick delta i familjemedlemmens vård och motarbetades av sjuksköterskan på ett negativt sätt (a.a). De kunde under vissa speciella omständigheter som till exempel en försämring i familjemedlemmens tillstånd, uppleva sig kränkta av sjuksköterskans bemötande. Oron över familjemedlemmen var stor och att få vara nära familjemedlemmen så mycket som möjligt var de närståendes enda tröst (Söderström et al., 2006).

Då tillståndet för familjemedlemmen stabiliserats tilläts närstående bryta mot regler som gällde besökstider på sjukhuset samt diskreta inofficiella besöksregler sjuksköterskan gav de närstående (Wagner, 2004). Trots att sjuksköterskan lovat att de kunde besöka sin familjemedlem kunde sjuksköterskan neka dem detta och bemöta dem på ett hårt och oförskämt sätt, vilket upplevdes av närstående som ett dåligt bemötande (Söderström et al., 2006) Närstående ansåg att sjuksköterskans arbete var att ta hand om deras familjemedlem, men om de upplevde att sjuksköterskan ansåg omvårdnadsarbetet som en börda blev de förnärmade. Det tolkades som ett oprofessionellt bemötande och uppförande (Clukey et al., 2009).

Om närstående hela tiden behövde fråga om allt och inte fick besked om vad som hände eller hade hänt deras familjemedlem, upplevde de frustration (Söderström et al., 2006). Men då närstående fortlöpande fick information och följa utvecklingen av familjemedlemmens tillstånd upplevdes delaktighet menade Wåhlin et al. (2009) medan det i Engström och Söderbergs (2004) studie framkom att det var viktigt att närstående fick besked på ett ärligt och rakt sätt även om den var negativ (a.a). Genom kommunikation uppfylldes den psykosociala supporten enligt Cypress (2011). De närstående upplevde förlamande och chockerande känslor när de för första gången fick information om den sjuke familjemedlemmens tillstånd. Att vänta upplevdes plågsamt och närstående skapade strategier för att hantera situationen (Söderström et al., 2006; Ågård & Harder, 2006). När känslomässig förbindelse upprättades mellan närstående och sjuksköterskan uppstod en speciell kommunikation och sjuksköterskan upplevdes som en i familjen. (Cypress, 2011; Eggenberger & Nelms 2007; Söderström et al., 2004).

Sjuksköterskan kunde knyta an till närstående genom att tillhandahålla information om utrustning, behandling, integritet, framtidsutsikter samt familjemedlemmens nuvarande vårdssituation. Ibland var närstående tvungna att fråga sjuksköterskan om hur familjemedlemmen mår, när de fick informationen blev de nöjda och upplevde förtroende för vården sjuksköterskan gav (Eggenberger & Nelms, 2007; Cypress B, 2011). Speciellt berömvärd var sjuksköterskan som gav närstående information utan att ha blivit tillfrågad (Söderström et al., 2004; Dreyer & Nordtvedt, 2007; Wåhlin et al., 2009; McKiernan & McCarthy, 2010).

## **DISKUSSION**

### *Metoddiskussion*

När människors upplevelser och erfarenheter ska studeras är det lämpligt att utföra en kvalitativ studie (Forsberg & Wengström, 2006). Syftet med studien var att beskriva närståendes upplevelser av sjuksköterskans bemötande vid sjukdomstillstånd som var akuta somatiska. Författarna tolkade datamaterial som baserats på tidigare forskning vilket kan ha lett till tolkningsfel på grund av författarnas okunskap av att göra en litteraturstudie. Risk fanns att författarna inte återgivit informationen korrekt. Kvalitativa litteraturstudier användes som grundade sig på flera forskares studier vilket genererade ett omfattande resultat. Sökningar efter artiklar gjordes i databaserna Cinahl, PubMed och Science Direct eftersom de innehåller artiklar associerade till vården.

Författarnas okunskap att söka i databaserna och använda olika sökfunktioner kan vara en svaghet som gjort att andra artiklar som passade syftet inte hittats.

Enligt Polit och Beck (2012) ökar tillförlitligheten då flera databaser användes. Därför använde författarna databaser inom olika områden såsom hälsovetenskap, medicin, omvårdnad, beteendevetenskap, biomedicin samt naturvetenskap. För att hitta artiklar som motsvarade syftet kombinerades sökord. Sökorden begränsades genom användning av den booleska sökoperatören AND och för att få med böjningsformer av ett sökord användes trunkering. Genom användning av andra sökord, sätta trunkering på andra ord än nurse samt använda de booleska operatorerna OR och NOT kanske andra artiklar framkommit. För att ytterligare avgränsa sökningarna använde författarna MeSH termer. Det innebär att söka ämnesord från ordlistor enligt Forsberg och Wengström (2006). När sökorden valts ut gjordes sökningar av artiklar.

Först lästes artiklarnas titlar och på de som verkade passa syftet lästes abstracten igenom. Det kan ha gjort att artiklar med ej relevant titel sållats bort. På de artiklar där abstracten svarade på syftet hämtades de i fulltext. Artiklar som inte gick att få i fulltext beställdes och för att artiklarna skulle vara så uppdaterade och aktuella som möjligt, användes endast artiklar som publicerats under åren 2004-2014. Artiklarna skulle vara peer reviewed, vilket innebär att neutrala forskare insatta i ämnet granskat dem för att vara säkra på att de uppfyller vetenskaplig standard (Olsson & Sörensen, 2011). I artikelsökningen inkluderades endast artiklar skrivna på engelska då det är det vetenskapliga språket som används världen över (Segersten, 2012). Medan författarna väntade på att få artiklar som beställts fortsatte artikelsökningen och under tiden lästes artiklar som hämtats ner via databaserna igenom. Den egentliga utvalsprocessen påbörjades när beställda artiklar anlät. Därefter påbörjade författarna arbetet med att översätta artiklarna från engelska till svenska. Även om goda kunskaper i det engelska språket innehas av författarna kunde det leda till felaktiga tolkningar av resultatet då engelska inte är deras modersmål. En svaghet kan vara att engelska språket inte alltid kan översättas direkt till svenska, det har författarna försökt undvika genom att använda engelsk-svensk ordbok.

25 artiklar hittades varav 8 artiklar inklusive artikeln från den manuella sökningen inte gav något utfall, 6 st visade sig vara kvantitativa. Upplevelser är svåra att mäta i kvantitativa artiklar (Forsberg & Wengström, 2006). Att inte ta med kvantitativa artiklar kan ha varit en svaghet då det kan ha funnits information om upplevelser i dem. Studiens inklusionskriterier skulle utgå från närstående och innefatta deras upplevelser av sjuksköterskans bemötande vid sjukdomstillstånd som var akuta

somatiska. Artiklar skrivna ur patient- och sjuksköterskeperspektiv samt psykiatriperspektivet exkluderades då de inte svarade på syftet.

Totalt tio vetenskapliga artiklar användes i resultatet varav fyra stycken var från USA, en från Norge, en från Irland, tre från Sverige och en från Danmark. Överförbarheten (Polit & Beck, 2012). till svenska förhållanden bör vara hög dels för att de svenska artiklarna kommer från både norra och södra Sverige dels för att flera av artiklarna kommer från Norden samt att vårdkulturen i Norden liknar varandra. Övriga artiklar härstammar från länder med västerländsk kultur med hög levnadsstandard vilket bör resultera i ökad överförbarhet. Om artiklar från Zimbabwe eller Sudan i Afrika eller östeuropeiska länder såsom Rumänien eller Bulgarien ingått i studien, kunde kanske resultatet blivit annorlunda och överförbarheten mindre eftersom det föreligger kulturella skillnader och sämre levnadsstandard i dessa länder. I några av artiklarna var urvalet färre antal deltagare i studien men inkluderades ändå eftersom de svarade på syftet. För att öka studiens trovärdighet och tillförlitlighet (Forsberg & Wengström, 2006; Olsson & Sörensen, 2011) lästes artiklarna först enskilt och sedan gemensamt.

Analysprocessen (Forsberg & Wengström, 2006) beskrevs utförligt för att studiens tillförlitlighet skall kunna bedömas. Artikelöversikt till varje artikel (Östlundh, 2012) gjordes för att resultatet lätt skulle vara överskådligt. Genom att kategorisera (Forsberg & Wengström, 2006) resultatens fynd blev de väl synliga i presentationen. Alla artiklar granskades efter Forsberg och Wengströms granskningsmall (2006). Granskningsmallen omfattar Ja och Nej frågor där poängbedömningen görs utifrån 1 poäng för Ja frågor och 0 poäng för Nej frågor. Författarna tyckte det var svårt att snabbt utvärdera artiklarnas kvalitet utifrån granskningsmallen. Därför skapade de en bedömningstabell för att snabbt räkna samman Ja frågornas poäng och utesluta artiklar med låg kvalitet. Detta kunde möjligen öka trovärdigheten och tillförlitligheten (Forsberg & Wengström, 2006; Olsson & Sörensen, 2011). Se tabell 1.

Författarnas förförståelse grundar sig på arbetserfarenhet inom vården, dock inte på en intensivvårdsavdelning. Det innebär att författarna således inte har någon större erfarenhet av närståendes upplevelser av sjuksköterskans bemötande på en intensivvårdsavdelning. Vid studiens början var författarnas förförståelse att sjuksköterskans bemötande var det som hade störst påverkan på de närståendes upplevelser av vårdtiden. Litteraturstudien bekräftade till viss del författarnas förförståelse då det framkom att rak och ärlig kommunikation, bekräftelse från sjuksköterskan samt besökstiderna var det som mest påverkade närståendes upplevelser av vårdtiden. Detta kan ha gjort att författarna omedvetet styr in resultatet mot sina förförståelser.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med litteraturstudien var att beskriva närståendes upplevelser av sjuksköterskans bemötande vid akuta somatiska sjukdomstillstånd. I litteraturstudien framkom tre fynd: trygghet, bekräftelse och delaktighet.

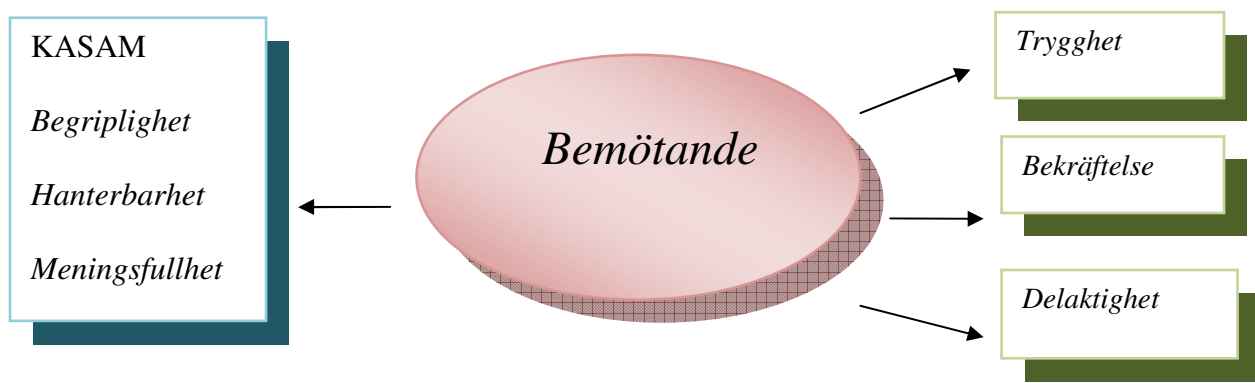
I det första fyndet framkom att närstående ville uppleva trygghet vilket återkommer i ett flertal studier. Trygghet upplevdes av närstående när möjlighet gavs till dem att ringa sjuksköterskan vilken tid på dygnet som helst (Engström & Söderberg, 2004). Det stöds i en studie av Williams, Lewis, Burgio och Goode (2012) att närstående kände sig trygga med att sjuksköterskan skulle informera dem om förändringar i familjemedlemmens tillstånd även om de befann sig i hemmet. Det gjorde att de vågade åka hem och vila eftersom möjligheten gavs och de inte upplevde att sjuksköterskan ansåg dem besvärliga. Om närstående kände sig trygga var det kanske lättare för dem att känna sig hoppfulla angående familjemedlemmens tillstånd vare sig informationen var positiv eller negativ vilket även tas upp i Maxwell, Stuenkel, och Saylor's studie (2007). Sjuksköterskans bemötande när närstående för första gången kommer till avdelningen för att besöka sin sjuke familjemedlem är viktigt. Känner de sig inte trygga i första bemötandet blir det svårt för dem att bilda en relation med sjuksköterskan. Det framgår i en studie av Magnusson och Granskär (2005) att närståendes känsla av trygghet förstärktes av att sjuksköterskan bemötte dem på ett positivt och engagerat sätt. Medan det i Jonasson, Liss, Westerlind och Berterö (2010) studie diskuteras att närstående genom sjuksköterskans bemötande upplevde omhändertagande och hänsynsfullhet.

Bekräftelse var det andra fyndet som framkom. I fyndet togs det upp att närstående uttryckte ett behov av att bli bekräftade, sedda och hörda av sjuksköterskan (Ågård & Harder, 2006). Birkler (2007) menar att sjuksköterskan bör närma sig de närstående med ett empatiskt förhållningssätt och ha förmåga att känna av hur närstående upplever situationen. Närstående var så fokuserade på familjemedlemmen att all energi och kraft gick till att stötta denne, vilket resulterade i att de glömde bort egna behov såsom att äta eller sova. Clukey, Hayes, Merrill och Curtis (2009), tar i sin studie upp att närstående upplevde bekräftelse om sjuksköterskan gav dem en kopp kaffe eller påminde dem att äta. I Redley, Beanland och Bottis (2003) studie framkom att närstående har ett behov av trygghet och när sjuksköterskan bemöter dem personligen tillgodoses det behovet.



I det tredje fyndet upplevde närstående att de inte kände sig delaktiga i sin familjemedlems omvårdnad. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2014:821), kap. 5, 3 § står att närstående ska ges möjlighet att påverka och vara delaktiga i omvårdnaden av sin sjuke familjemedlem om inte sekretessen eller tystnadsplikten hindrar detta. Genom delaktighet får närstående förståelse för situationen vilket gör den hanterbar och till följd av detta anser författarna att de får en högre KASAM. Antonovskys (2005) KASAM teori innebär att ohälsa kan undvikas om en känsla av sammanhang, KASAM, finns och när närstående ges möjlighet att kunna hantera, förstå, känna sig betydelsefulla genom att få ta del av sin familjemedlems omvårdnad. Det gjorde det lättare för dem att se framåt samt gav dem möjlighet att uppleva en positiv stämning.

När deras livssituation förändras och omgivningen ställer krav på dem, är det viktigt att de inte ser sig som handlingsförlamade offer utan upplever att det finns krafter för att klara av situationen. För att närstående inte själva ska bli sjuka bör sjuksköterskan stötta dem så inte ohälsa uppstår (Socialstyrelsen, 2005). Det stöds i en studie av Williams, Lewis, Burgio och Goode (2012) som menar att sjuksköterskan ska ta hand om och tillhandahålla närståendes behov av känslomässig stöttning. Närstående som upplever att livet är hanterbart har lättare att klara av ohälsa. Det gör att författarna i sin litteraturstudie ser en koppling till Antonovskys (2005) teori KASAM, samt att studiens resultat överensstämmer med teorin. Se fig. 1



Figur 1. Studiens resultat enligt författarnas tolkning

I resultatet framkom att närstående blev frustrerade om de hela tiden behövde fråga om allt och inte fick besked om vad som hände eller hänt deras familjemedlem (Söderström et al. 2006), medan Wåhlin, Ek & Idvall (2009) framhåller i sin studie att gavs de närstående fortlöpande information om familjemedlemmens tillstånd upplevde de delaktighet. Urizzi och Corrêa (2007) skriver i sin studie att det viktigaste inte är information gällande familjemedlemmens tillstånd, utan det viktigaste är att sjuksköterskan är medveten om att information är något som underlättar för närstående. Sjuksköterskan ska möta de närståendes personliga behov såsom: att finnas tillhands, att lyssna på vad de säger samt att trösta dem. För att förhindra att närstående upplever frustration är det viktigt att vi i vår yrkesprofession på ett tydligt, empatiskt och korrekt sätt informerar närstående om eventuella förändringar i familjemedlemmens tillstånd. Sjuksköterskan skall förevisa känslighet, omtanke, okränkbarhet, tillförlitlighet och empati (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, 2012) och i Socialstyrelsen (2005) står att sjuksköterskan ska försäkra sig om att närstående förstått informationen som getts, att det tagits hänsyn till hur den framförts samt informationens innehåll.

En studie av Giles, Karen och Hall (2013) poängterar att dålig kommunikation med sjuksköterskan kunde av närstående upplevas nonchalant och göra det svårt för dem att skapa en relation med sjuksköterskan. Ibland förskönades informationen för att inte sårta och minimera närståendes behov av hopp. Men trots att sanningen kunde vara påfrestande och beskedet negativt ville närstående få ärlig och rak information vilket stöds i en studie av Verhaeghe, Van Zuuren, Duijnsteer och Grypdonck (2005). När förtroende skapats mellan närstående och sjuksköterskan vågade de ta del av familjemedlemmens vård vilket öppnade upp för kommunikation. Det framkom också i resultatet att närstående fick löfte av sjuksköterskan att besöka sin sjuka familjemedlem, men sjuksköterskan kunde i ett senare skede bryta det löftet och neka dem tillträde till avdelningen på ett sätt som de upplevdes oförskämt (Söderström et al., 2006).

I en studie av Wagner (2004) framkom att sjuksköterskan gav närstående löfte att bryta besökstidernas regler när familjemedlemmens tillstånd blivit mer stabilt. Men, i studiernas resultat framkom inte om de närstående befann sig i chockperioden då intervjuerna genomfördes. Därför är det svårt att veta om närstående tolkat sjuksköterskans information om besökstiderna fel. Författarparet har inte hittat någon artikel som styrker detta, därför är kanske inte detta något stort problem. Stryhn (2007) beskriver att det mellan människor

existerar ett beroendeförhållande som grundar sig på ett etiskt ansvar. Sjuksköterskans värdegrunder bör vara att lindra och främja hälsa, göra gott, använda ett etiskt och humanistiskt synsätt, samt ur ett helhetsperspektiv fokusera på närstående och familjemedlemmen genom att följa den etiska koden (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, 2012).

Vi som sjuksköterskor har ett stort ansvar i det dagliga omvårdnadsarbetet och enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskan (2009), bör en dialog med närstående och familjemedlem vara känslig, deltagande och hänsynsfull. Det är möjligt att närstående upplever att sjuksköterskans negativa bemötande orsakar dem onödigt lidande vilket kan leda till sjukskrivning och medicinering, som i förlängningen eventuellt leder till ökade kostnader på både primär, sekundär och tertiär nivå. Det är därför viktigt att kontinuerligt utbilda sjuksköterskor hur de ska bemöta närstående för att minimera ohälsa hos dem. I en studie av Richard, Vernon Clare, Sutherland, Andrew. Young och Hartley (2014), framkom att den första uppfattningen människor får av andra – och de av oss – bestäms inom en tusendels sekund. Det är något vi som sjuksköterskor verkligen bör ha i åtanke i vår yrkesprofession.

## **SLUTSATS**

Litteraturstudien ger en insikt i hur närstående upplever sjuksköterskans bemötande vid akuta somatiska sjukdomstillstånd. Den förändrade livssituationen är den största förändring närstående ställs inför då familjemedlemmen blir akut somatiskt sjuk. Det som betyder mest för närstående är när sjuksköterskan inkluderar dem i vården av den sjuke familjemedlemmen. Att sjuksköterskan förstår närståendes känslor och upplevelser i den kritiska situationen är viktigt eftersom det kan vara lätt att försumma behoven de har, och bara ägna sig åt att tillgodose familjemedlemmens omvårdnadsbehov. Vidare forskning av bemötande bör ge möjlighet att tillföra ökade kunskaper i den kliniska verksamheten. Ytterligare ett förslag på fortsatt forskning kan vara att gå vidare med den fråga författarparet under arbetes gång ställts sig ett flertal gånger. Frågan lyder om kön och ålder har någon betydelse för hur närstående upplever behov av trygghet, bekräftelse och delaktighet. Kroppsspråk är ett kraftigt uttrycksmedel, vilket innebär att vi som sjuksköterskor bör vara uppmärksamma på det kroppsspråk vi uppvisar mot närstående. Kroppsspråket är kanske något som det bör arbetas med ute på de kliniska verksamheterna. Vi som sjuksköterskor bör alltid ha de närstående i åtanke och fråga oss: Vad behöver de? Den frågan bör vägleda oss som sjuksköterskor i det dagliga arbetet ute i den kliniska verksamheten.

## REFERENSER

\*Artiklar med symbolen ingår i studiens resultat

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterier*. Stockholm: Natur och kultur

Axelsson, Å., Zettergren, M., och Axelsson, C. (2005). Good and bad experiences of family presence during acute care and resuscitation: What makes the difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, (4) 2, 161-169. doi:10.1016/j.ejcnurse.2005.01.004

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdand. Etik och människosyn*. Stockholm; Liber

\*Clukey, L., Hayes, J., Merrill, A., och Curtis, D. (2009). "Helping them understand": Nurses' Caring Behaviors as Perceived by Family Members of Trauma Patients. *Journal of Trauma Nursing* 16 (2), 73-81

Croona, G. (2003). *Etik och utmaning. Om lärande av bemötande i professionsutbildning* (Doktorsavhandling, Växjö Universitet). Hämtad 2014-12-10 från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:206684/FULLTEXT01.pdf>

Cullberg, J. (2003) *Dynamisk psykiatri*. (7:e uppl.). Stockholm: Natur och kultur.

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. (5:e. uppl.). Stockholm: Natur och Kultur

\*Cypress, B. (2011). The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive and Critical Care Nursing* (27), 273-280. doi: 10.1016/j.iccn.2011.08.001

\*Dreyer, A., och Nordvedt, P. (2008). Sedation of ventilated patients in intensive care units: relatives' experiences. *Journal of Advanced Nursing* 61 (5), 549-556. doi: 10.111/j.1365-2648.2007.04555.x

\*Eggenberger, K.S., och Nelms, P.T. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1618-1628. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01659.x

Eide, H., och Eide, T. (2005). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur

\*Engström, Å., och Söderberg, S.(2004). The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 299-380. doi: 10.1016/j.iccn.2004.05.009

Eriksson, U., Chiappe, I., och Sellström, E. (2003). Att vårdas på sjukhus. Vad är patienterna missnöjda med? *Vård i Norden*, 23 (2), 36-39.

Fisher, C., Lindhorst, H, Matthews, T., Munroe, D.J., Paulin, D., och Scott. D. (2008). Nursing staff attitudes and behaviour regarding family presence in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 64 (6), 615-624. doi: 10.1111/j.1365-2648.2002.04828.x

Forsberg, C., och Wengström, Y. (2006). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur

Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I Fossum. B. (Red.). *Kommunikation – samtal och bemötande i vården*.(Sid. 25-50). Lund: Studentlitteratur

Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I Friberg. F. (Red.). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (Sid. 121-132). Lund: Studentlitteratur

Giles, M. T., och Hall, K. L. (2013). Qualitative systematic review: the unique experiences of the nurse-family member when a loved one is admitted with a critical illness. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (7), 145-64. doi: 10.1111/jan.12331

Honoré, K. (2012). Att vara anhörig. I Graubaek, A-M. (Red.) *Patientologi – Personcentrerad vård i teori och praktik* (Sid. 230-261). Stockholm: Natur & Kultur

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2012).

[http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etikpublikationer/Sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etikpublikationer/Sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf) Hämtad från Internet 2014-09-18, kl. 14.50

Jonasson, L-L., Liss, P-E., Westerlind, B., och Berterö, C. (2010). Ethical values in caring encounters on a geriatric ward from the next of kins´ perspective: An interview study. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 20-26. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01805.x

Kager-Hidås, M och Olsson, A-L, (1997) *Bemötande av närstående till patienter som anländer akut till Intensivvårdsavdelningen*, Ventilen (4):22-6

Karolinska institutet (2104). *Vad gör en sjuksköterska?* <http://ki.se/utbildning/vad-gor-en-sjukskoterska> Hämtad från Internet 2014-09-18, kl. 15.10

Kim, Y-M., Heerey, M., och Kols, A. (2008). Factors that enable nurse-patient communication in a family-planning context. A positive deviance study. *International Journal of Nursing Studies* 45, 1411-14.

Kock-Redfors, M. (2002). *Plötslig oväntad död: att ta hand om anhöriga i akut kris*. Sävedalen: Warne Förlag

Magnusson, A., och Granskär, M. (2005). *Närståendes upplevelser när svårt sjuka patienter flyttas mellan intensivvårdsavdelningar*. *Vård i Norden*, 25 (4), 15-19.

Magnusson, A-S. (2014). *Om kommunikation – för personal i vårdande yrken*. Stockholm: Liber

Maxwell, K. E., Stuenkel, D., och Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung*, 36 (5). doi: 10.1016/j.hrtlng.2007.02.005

\*McKiernan, M., och McCarthy, G. (2010). Family members´ lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 254-261. doi: 10.1016/j.iccn.2010.06.004

Norstedts (2011). *Norstedts stora engelska ordbok – Engelsk-svensk, svensk-engelsk*. Stockholm: Norstedts Förlag AB

Olsson, H. och Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2. uppl.). Stockholm: Liber

Polit, D.F. och Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkin

Redley, B., Beanland, C., och Botti, M. (2003). Accompanying critically ill relatives in emergency care departments. *Journal of advanced nursing* 44, 88-98.

Richard, J. W., Vernon Clare, A. M., Sutherland, Andrew, W. Young., och Hartley, T. (2014). Modeling first impressions from highly variable facial images. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111 (32). doi:10.1073/pnas.1409860111

Sand, A-M. (2006). Se mig också – att vara närstående. I Hallbjörg Almås (Red.), *Klinisk omvårdnad, del 1*, (Sid. 31-47). Stockholm: Liber.

Segersten, K. (2012). Användbara texter. I Friberg, F. (Red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (Sid. 47-56). Lund: Studentlitteratur

SFS 2014:821. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 19 januari, 2015, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs\\_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/)

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen Från: [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_2005\\_1052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_2005_1052.pdf)

Socialstyrelsen (2009). Folkhälsorapport 2009 (2009-126-71). Stockholm: Socialstyrelsen Från: [www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/6\\_Psykosociala.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/6_Psykosociala.pdf)

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

\*Söderström, I-M., Saveman, B-I., och Benzien, E. (2005). Interactions between family members and staff in intensive care units – An observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 707-716. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.10.005

Urizzi, F., och Corrêa, A.K. (2007). *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 15 (4). doi.org/10.1590/S0104-11692007000400012

Verhaege, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., och 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*, 14, 501-509.

\*Wagner, J.M. (2004). Lived experience of Critically Ill Patients' Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 13 (5), 416-420.

William, A., Stoltz, P., och Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB

Williams, B. R., Lewis, R.D., Burgio, K.L., och Goode, P.S. (2012). "Wrapped in Their Arms". *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 14 (8), 541-50. doi: 10.1097/NJH.0b013e31825d2af1

\*Wählin, I., Ek, A-C., och Idvall, E. (2009). Empowerment from the perspective of next of kin in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2580-2587. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02744.x

\*Ågård, A-S., och Harder, I. (2006). Relatives' experience in intensive care – Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 170-177. doi: 10.1016/j.iccn.2006.11.008.

Östlundh, L. (2012) Informationssökning. I Friberg, F. (Red.). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*, (Sid. 57-79). Lund: Studentlitteratur AB



## Bilaga 1

### Sökschema för systematisk datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökning nr	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar/ data basfilter	Typ av sökning (tex. MESH-term, abstract, nyckelord, fritext)	Antal träffar	Lästa Abstract	Utvalda artiklar
2014-11-12	Cinahl	1	Family AND nurse* AND experience AND critical illness	All countries. Abstract available. Publication date 2004-2014. Peer review Human	Abstract	19	19	4
		2	Family AND nurse* AND experience AND encounter			15	15	2
		3	Attitudes AND beliefs AND family presence			13	13	1
2014-11-13	Pubmed	1	Next of kin AND experience		All fields	1066		
		2				119	15	2
	Pubmed	1	Family AND experience AND		MeSH terms All fields	235829		

		2 3	critical illness			14828 84	11	2
	Pubmed	1  2 3	Relatives AND communications AND critical ill AND nurse	Review, 10 years, human, English, abstract	Abstract	33510  2013 9		
2014- 11-14	Cinahl	1  2 3	Next of kin AND nurse* AND care  Family experience AND nurse* AND care  Family experience AND nurse* AND intensive care unit	All countries Abstract available. Publication date 2004-2014. Peer review Human	Abstract	139  90 12	20 30 12	2 3 1
2014- 11-15	Science Direct	1 2 3 4	Family members AND staff	All Journals, 2004 -present, 2006 - present		727191 118190 58504 54884	20	1
2014-11 16	Science Direct	1 2 3 4	Next of kin AND critical illness	All Journals, review article, ICU, family member, health care		41601 1942 232 11	20 11	1 1

2014-11-16	Science Direct	1 2 3	Next of kin AND family	All, Journal, acute ward, ICU, family member		36710 12872 146	20	1
2014-11-16	Science Direct	1 2	Next of kin AND experience	All, Journal, intensive care		12710 64	24	0
2014-11-17	Cinahl	1	Family members AND nurses caring AND trauma patients	All countries. Abstract available. Publication date 2004-2014, English. Peer review. Human	Abstract	3	3	1
		2	Family members AND nurses caring AND patients			66	30	2

## Bilaga 2

### Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet	Kvalitet Hög/ medel
Clukey. L, Hayes. J, Merril. A, Curtis. D. USA 2009	“Helping them understand”: Nurses’ caring behaviors as perceived by family members of trauma patients	Utforska närståendes upplevelser av sjuksköterskors omvårdnadsbeteende	<b>Urval:</b> 10 st familjemedlemmar mellan 18-77 år. 1 man och 9 kvinnor.  <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade telefonintervjuer som bandades	<b>Genomförande:</b> För att fråga familjemedlemmar om deltagande i studien närmade sig ett forskningsteam dem. Studien ingick som en del i 2 andra projekt där frågeformulär användes. Etiskt godkänd, innehåller inklusionskriterier. Bandade telefonintervjuer gjordes 6 veckor efter att familjemedlemmen blivit utskrivna. Intervjuerna översattes ordagrant. Vid renskrivandet av data användes NVivo som är en mjukvara.  <b>Analys:</b> Teammedlemmar granskade översättningarna för överenskommelser i schematisk kod och identifiering av teman.	Närstående upplevde sjuksköterskans kunskap som viktig och uppskattar när de får information om familjemedlemmens tillstånd av sjuksköterskan. Det framkom också att närstående var känsliga för sjuksköterskans röstläge, attityd och ögonkontakt, och det var viktigt för de närstående att sjuksköterskan tog sig tid att lyssna på dem. Gav sjuksköterskan närstående kaffe, filt eller en tandborste upplevdes det som betydelsefullt och att sjuksköterskan brydde sig om dem.	<b>Ökad överförbarhet:</b> Intervjufrågorna finns med i studien.  <b>Ökad tillförlitlighet:</b> Forskarna har valt att ta med citat i studien som uttrycker deltagarnas tankar  <b>Sänkt pålitlighet:</b> Intervjuer skedde per telefon. Avbrott eller dålig linje gör att missförstånd kan ske.	Hög

<p>Cypress B. USA 2011</p>	<p>The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective</p>	<p>Att beskriva och förstå *sjuksköterskors, *patienters och familjemedlemmars upplevda erfarenheter av IVA under kritisk sjukdom genom användning av van Manens fenomenologiska forskningsmetod.</p> <p>*Sjuksköterskor och patienter tas inte upp i översikten då de inte ingår i litteraturstudien</p>	<p><b>Urval:</b> Ändamålsenligt. 5 närstående mellan 38-72 år, 4 kvinnor och 1 man. 5 ssk mellan 36-52 år*, 4 kvinnor och 1 man. 5 patienter* mellan 23-71 år, 4 kvinnor och 1 man. tillfrågades och utvaldes på grund av deras erfarenhet och kompetens av kritiskt sjuka på IVA.</p> <p><b>Datainsamling:</b> Ostrukturerade intervjuer eller intervjuer med öppna frågor.</p>	<p><b>Genomförande:</b> Forskaren närmade sig deltagarna individuellt och frågade om deltagande i studien. Etiskt godkänd. Information gavs om syfte, medgivande, tidsåtgång, inklusionskriterier, ersättning samt att kunna avbryta studien när som helst. Det uppmanades att ställa frågor och skriva under innan studien påbörjades. När datamättnad uppstod avslutades rekryteringen. Den andra intervjun skedde 4 dagar efter den första. Intervjuerna tog vardera 1 tim. Band-inspelningar översattes ordagrant av professionell översättare efter intervjun. Fältnoteringar skrevs under intervjuer samt en reflektionsjournal. Ingen pilotstudie gjordes.</p> <p><b>Analys:</b> Van Manens fenomenologiska forskningsmetod användes för teman. Vid diskussion av teman i sina sammanhang användes Merleau-Pontys existentialism.</p>	<p>Närstående upplevde sjuksköterskan som en i familjen och kände tillit till vården familjemedlemmen gavs. Att sjuksköterskan behandlade de närstående och familjemedlemmen med respekt och hjälpte till med tolkningsservice samt hur närstående kunde komma i kontakt med sociala myndigheter gjorde att de närstående upplevde psykosocial support</p> <p>*Patient och sjukskötersketeman tas inte upp i artikelöversikten då de inte ingår i litteraturstudien.</p>	<p><b>Sänkt överförbarhet:</b> Överförbarheten är begränsad på grund av ojämn könsfördelning.</p> <p><b>Ökad trovärdighet:</b> Genom att på ett detaljerat och sanningsenligt sätt beskriva närståendes, patienters* och sjuksköterskors* upplevelser.</p> <p><b>Ökad verifierbarhet:</b> Inspelat material och ordagrant transkribering, vilket innebär att i analysen har forskaren använt deltagarnas egna utsagor.</p>	<p>Hög</p>
----------------------------	---	---	--	--	--	--	------------

<p>Dreyer A, Nortvedt. P Norge 2007</p>	<p>Sedation of ventilated patients in intensive care units: relatives' experiences</p>	<p>Att undersöka närståendes erfarenheter av att deras familjemedlem ligger i respirator och ges smärtstillande</p> <p>*Läkare tas inte upp i översikten då de inte ingår i litteraturstudien</p>	<p><b>Urval:</b> 8 närstående mellan 40-58 år.</p> <p><b>Datainsamling:</b> Djupintervjuer med öppna frågor som bandades.</p> <p>Del av en större undersökning.</p>	<p><b>Genomförande:</b> Närstående intervjuades 2-7 veckor efter familjemedlemmens plötsliga sjukdom. Etiskt godkänd. Inga inklusionskriterier. Full information om studien gavs och skriftligt medgivande inhämtades från närstående. Deltagarna meddelades att de kunde stoppa intervjun om de inte ville fortsätta och att detta inte skulle påverka familjemedlemmens vård. Intervjuerna bandades och transkriberades direkt efter intervjun innan nästa intervju ägde rum. Bandinspelningarna förstördes efter transkriberingen. Intervjuerna tog mellan 60 min till 90 min. Undersökande beskrivande metod användes</p> <p><b>Analys:</b> Fenomenologiskt synsätt med hermeneutiska tolkningsprinciper</p>	<p>Beroende på vilken situation som uppstår på intensivvårds-avdelningen går närstående igenom olika faser. Det var viktigt för närstående att få vara delaktiga i familjemedlemmens behandling. Resultatet visade också att närstående på ett aktivt sätt gradvis blir vårdgivare för familjemedlemmen.</p>	<p><b>Sänkt överförbarhet:</b> Ingen information om könsfördelningen framkommer.</p> <p><b>Ökad tillförlitlighet:</b> Forskarna har valt att använda citat som beskriver deltagarnas egna upplevelser</p> <p><b>Ökad verifierbarhet:</b> Inspelat material som bandats och transkriberats ordagrant. Forskarna har utgått från deltagarnas uttalanden.</p>	<p>Medel</p>
---	--	---	---	--	--	--	--------------

<p>Eggenberger S.K, Nelms. T.P USA 2007</p>	<p>Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness</p>	<p>Att förstå och tolka de fenomen familjemedlemmar upplever när en vuxen familjemedlem läggs in med en kritisk sjukdom</p> <p>*Patienter, läkare och hur närstående beskriver sina interna relationer samt andra kategorier som stöttade närstående tas inte upp i översikten, då de inte ingår i litteraturstudien</p>	<p><b>Urval:</b> Bekvämlighet. 41 närstående (11 familjer) i ett spann mellan 13-79 år. 18 män och 23 kvinnor. Huvudforskaren delade ut en beskrivning av studien tillsammans med ett manus och rekryteringsbrev till avdelningens ssk som ombads kontakta tillgängliga familjer och lämna över deras namn och kontaktinformation till huvudforskaren.</p> <p><b>Datinsamling:</b> Halvstrukturerade intervjuer med hela familjen ansikte mot ansikte, samt användande av öppna frågor. Datainsamlingen pågick under en period på 6 mån tills familjerna och deras *anhöriga hamnat i olika stadier i livet, och avslutades när datamättnad uppstått.</p>	<p><b>Genomförande:</b> I ett privat rum nära IVA gjordes 9 av intervjuerna medan 2 intervjuer skedde i familjernas hem. Intervjuerna började med en öppen fråga och flera följdfrågor ställdes för att få familjen att medverka som en helhet. Ickeverbala svar noterades. När dialogerna närmade sig ett naturligt avslut, avslutades intervjun. Intervjutiden var mellan 30-90 min. Etiskt godkännande och inklusionskriterier fanns. För att upprätthålla striktheten använde forskarna kriterierna: trovärdighet, överförbarhet, generaliserbarhet och pålitlighet. Bandinspelning av intervjuer.</p> <p><b>Analys:</b> För att beskriva de närståendes upplevelser av att ha en kritiskt sjuk familjemedlem på sjukhuset användes Van Manens hermeneutisk fenomenologiska metodik</p>	<p>För de flesta närstående hjälper det om de är en samlad familj. Det gör att de närstående kan stå ut med höga nivåer av lidande och känslor. Sjuksköterskan som visar ett åtagande både mot de närstående och familjemedlemmen utvecklar en kontakt med dem. Ett av de viktigaste sätten sjuksköterskan kunde få kontakt med de närstående var att delge dem information om familjemedlemmen.</p>	<p><b>Ökad tillförlitlighet:</b> Forskarna har använt citat som bättre ger en beskrivning av deltagarnas upplevelser.</p> <p><b>Ökad verifierbarhet:</b> Forskarna har använt bandinspelningar och ordagrann transkribering vilket gör att deltagarnas egna ord har använts i forskarnas analysprocess.</p> <p><b>Sänkt verifierbarhet:</b> Forskarnas förförståelser framkommer inte</p>	<p>Hög</p>
---	---	--	---	---	--	---	------------

<p>Engström Å, Söderberg S. Sverige 2004</p>	<p>The Experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit</p>	<p>Att undersöka och beskriva närståendes upplevelser av kritiskt sjuk familjemedlem på en vuxen intensivvårdsavdelning</p>	<p><b>Urval:</b> Ändamålsenligt urval, åtta var till frågade. Deltagarna var en man och sex kvinnor. Ålder 22-63 år. Etisk godkänd Intensivvårdsavdelning i norra Sverige. <b>Inklusionskriterier:</b> Deltagaren hade make /maka som hade varit svårt sjuk och låg i respirator i 24 timmar eller längre på en IVA under senaste året. Partners var gift eller samman-boende i 4-40 år. Vårdtid på IVA 7-42 dagar och respirator vård 1-28 dagar.</p> <p><b>Datainsamlingsmetod:</b> Intervjuer med narrativ metod. Innehållsanalys. Personliga bandinspelade berättarintervjuer gjordes.</p>	<p><b>Genomförande:</b> Deltagarna informerades via brev först, kontaktades sedan via telefon, möten bestämdes. Sekretess, anonymitet, frivilligt att delta, avbryta när man vill. Intervjuerna gjordes 2-9 mån efter IVA-vård. Intervjutid: 45-70 min i ett tyst rum i deltagarens hem eller i en offentlig byggnad. Transkriberades ordagrant.</p> <p><b>Analys:</b> Intervju texterna analyserades med tematiskt innehållsanalys. De kategorier som var relaterade till varandra inordnades i tre teman.</p>	<p><b>Tre teman:</b> Att vara närvarande Att sätta sig själv på andra plats Att leva i ovisshet</p> <p><b>Kategorier:</b> Ser den kritiskt sjuka personen ändras Önskar att vara nära Visa respekt Att ha någon nära Att leva ett ändrat vardagsliv Att vara ledsen och rädd Att veta eller inte veta Växlar mellan hopp och förtvivlan</p>	<p><b>Ökad Överförbarhet:</b> Studien kan göras på andra intensivvårdsavdelningar i Sverige på grund av tydliga inklusionskriterier.</p> <p><b>Ökad Trovärdighet:</b> Refererar till tidigare forskning.</p> <p><b>Sänkt verifierbarhet:</b> Inga oberoende forskare har varit involverade i analysen.</p>	<p>Hög</p>
--	--	---	--	---	---	--	------------



<p>McKiernan, M, McCarthy, G. Irland 2010</p>	<p>Family members lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study</p>	<p>Att beskriva närståendes upplevelser av en intensivvårdsavdelning</p>	<p><b>Urval:</b> Strategiskt. 6 deltagare vars anhöriga befann sig på intensivvårdsavdelningen valdes ut. 2 män, 4 kvinnor. Inklusions- och exklusionskriterier fanns.</p> <p><b>Datainsamlingsmetod:</b> Ostrukturerade intervjuer med öppna frågor.</p>	<p><b>Genomförande:</b> Forskaren genomförde intervjuerna ansikte mot ansikte i ett ostört rum nära intensivvårdsavdelningen. Närstående informerades om att gärna ställa frågor innan samtyckesavtalet undertecknades. Etiskt godkänd. Före intervjuerna startade skrevs memon ner för att stödja forskarens minne. Intervjuerna varade ca 45-50 min. Fältnoteringar gjorda under intervjun i form av memos kompletterade bandade inspelningarna. Under forskningsprocessen fördes en reflektionsjournal.</p> <p><b>Analys:</b> Utfördes enligt Heideggeriansk hermeneutisk fenomenologi. Teman sattes samman enligt Diekmann med fleras metod. Enligt BARNETTS metod returnerades de analyserade utskrifterna till tre deltagare för att validera data och garantera trovärdigheten av de upplevda erfarenheterna. Aktiviteter beskrivna av Van Manen användes i dataanalysprocesserna. Bandinspelningar översattes ordagrant av författaren snarast efter intervjun. Tolkande sammanfattningar och kodningar av individuella uttalanden av data tillät identifiering av teman.</p>	<p><b>Fyra teman framkom:</b> Behovet av att få veta Vara där med dem Förstå allting Ta hand om och ge support</p> <p>För att närstående skulle orka med var det viktigt för dem att få ärlig information om familjemedlemmens tillstånd. Viktigt var också att sjuksköterskan stöttade närstående för att hjälpa dem hantera situationen.</p>	<p><b>Ökad trovärdighet:</b> Citat används i resultatdelen som klargör deltagarnas erfarenheter.</p> <p><b>Sänkt trovärdighet:</b> Brister i antal informanter.</p> <p><b>Ökad verifierbarhet:</b> Inspelat material och ordagrann transkribering, som innebär att forskarna använt deltagarnas egna utsagor i analysen.</p>	<p>Hög</p>

Söderström I-M, Saveman B-I, Benzien E Sverige 2004	Interactions between family members and staff in intensive care units- An observation and interview study	Att beskriva och tolka samspelet mellan familjemedlemmar och personal på intensivvårdsvdelning	<p><b>Urval:</b> Inklusionskriterier: Familjemedlemmar skulle vara sju år eller äldre, svensk talande. Familjemedlemmar, 14-73 år, 6 makar, 8 söner eller döttrar, 1 syster, 1 mormor Tre olika intensivvårdsvard ingick.</p> <p><b>Datainsamlingsmetod:</b> Icke -deltagande Observationer och Intervjuer.</p> <p>Muntlig och skriftlig information till intensivvårdssköterskan på varje avd. samt till familjemedlemmarna</p>	<p><b>Genomförande:</b> SSK tog första kontakt med familjemedlemmarna, sedan första författaren som gav ytterligare information. Observationerna gjordes ca 5ggr om 30-90 min/gång, övervägande dagtid, på patientrummet. Intervjutid 40-90 minuter, tyst rum på IVA. Band inspelade, transkriberades ordagrant. Insamlingstid: 6 mån.</p> <p><b>Analys:</b> En latent innehållsanalys av Catanzaro och Baxter. Processanalysen var Hermeneutisk. Koder och fem kategorier diskuterades. Tolkade likheter och skillnader i kategorierna. Slutligen två teman</p>	<p><b>Fyra Kategorier:</b> 1 Interaktion av justering och bekräftelse. 2 Interaktion av tröst och bekräftelse. 3 Interaktion mellan avstötning och kränkning 4 Interaktion av emotionell felinställning och ingen bekräftelse.</p> <p><b>Två Teman</b> Ömsesidig förståelse (öppen kommunikation)  Ömsesidigt missförstånd (ingen öppen kommunikation)</p>	<p><b>Ökad Tillförlitlighet:</b> Studiens data diskuterades med de två andra författarna som hade ett perspektiv utanför</p> <p><b>Ökad Trovärdighet:</b> Första författaren hade utbildning på att vara observatör. Förförståelse hos första författaren Etiskt godkännande. Klinisk erfarenhet</p>	Hög
---	---	--	--	--	--	--	-----

<p>Wagner. J.M USA 2004</p>	<p>Lived experience of critically ill patients family members during cardiopulmonary resuscitation</p>	<p>Att förstå närståendes upplevelser av HLR som utförs på kritiskt sjuka familjemedlemmar</p>	<p><b>Urval:</b> Bekvämlighet. 6 närstående över 18 år på en hjärtavdelning, som varit närvarande när anhörig överlevt efter att ha fått HLR. Inklusionskriterier fanns.</p> <p><b>Datainsamling:</b> Halvstrukturerade intervjuer med öppna frågor.</p>	<p><b>Genomförande:</b> Intervjuer skedde 24 tim efter återupplivning på en privat plats överenskommen mellan närstående och forskare. Skriftligt medgivande av närstående. Närstående fick beskriva händelsen och därefter ställdes öppna frågor. Etiskt godkänd. Bandinspelade intervjuer som skrevs ner samt fältnoteringar.</p> <p><b>Analys:</b> Vid den tematiska analysen användes Van Manen.</p>	<p><b>Ett stort tema framkom:</b> Ska vi stanna eller gå?</p> <p><b>Temat i sin tur bestod av 3 faser:</b> Föraning att något är fel. Här och nu. Bryta regler.</p> <p><b>Ytterligare 2 subteman</b> utkristalliserades: Vad händer? Gör du ditt jobb!</p> <p>Närstående förhandlade med sjuksköterskan om de skulle få stanna kvar eller inte när HLR på deras familjemedlem utförs, samt att närstående hade många frågor och förutsatte att de skulle få svar på dem.</p>	<p><b>Ökad verifierbarhet:</b> Forskaren spelade in intervjuerna på band och översatte det ordagrant vilket gör att forskaren under analysprocessen använt deltagarnas egna ord.</p> <p><b>Sänkt verifierbarhet:</b> Forskarens förståelser framkommer inte. Svårt att bedöma forskarens neutralitet vid analysen.</p>	<p>Medel</p>

<p>Wåhlin I, Ek A-C och Idvall E. Sweden 2009</p>	<p>Empowerment from the perspective of next of kin in intensive care</p>	<p>Att beskriva närståendes egenmakt på en intensivvårdsvdelning</p>	<p><b>Urval</b> Tio intervjuer med intensivvårdspatienter s närstående.</p> <p>Som närstående till den sjuke familjemedlemmen skulle familjemedlemmen ha vårdats tre dagar eller mer på IVA på grund av fel i vitala organ. Informanterna rekryterades av SSK, de var i åldern 35-75 år, relation till patienten var makar, syskon, föräldrar och barn. Totalt 13 anhöriga deltog. Två allmänna IVA ingick.</p> <p><b>Datainsamlingsmetod</b> Fenomenologisk metod valdes. Intervjuer användes</p>	<p><b>Genomförande:</b> Intervjuerna genomfördes i informanternas hem, på deras arbetsplats eller i ett tyst rum på sjukhuset. Intervjutid var 30-65 min, som spelades in och transkriberades ordagrant. Under intervjun ombads informanterna att berätta om sin erfarenhet från IVA perioden så detaljerat som möjligt.</p> <p><b>Analys:</b> Utfördes i enlighet med Empirisk Fenomenologisk Psykologisk metod. De transkriberade intervjuerna lästes till ett bra begrepp om det hela. Fem teman framkom som löper genom alla intervjuer, medan två underteman finns i en del, men inte i alla intervjuer. Analysen utfördes av den första författaren. Med författarna läste intervjuerna, analysen och slutsatserna diskuterades under analysprocessen. Analysen resulterade i generella och typologiska strukturer.</p>	<p><b>Fem teman:</b> En omtänksam atmosfär med mänsklig värme och känslighet Närheten till patienten underlättas Upplev sjukvård som den bästa möjliga. Ta emot fortlöpande okomplicerad och ärlig information Möjlighet att känna hopp.</p> <p><b>Två underteman:</b> Stöd från andra familjemedlemmar. Att vara delaktig</p>	<p><b>Sänkt överförbarhet:</b> Kan endast överföras på patienter med svikt i vitala organ</p> <p><b>Sänkt tillförlitlighet:</b> Oklart om hur många som tackat nej till att delta i studien.</p> <p><b>Ökad trovärdighet:</b> God datakvalitet på grund av att forskarna valt ta med citat från informanterna som beskriver deras upplevelser på IVA. Etiskt godkänd Författarna hade förförståelse</p>	<p>Hög</p>
---	--	--	--	---	--	---	------------

<p>Ågård A-S, Harder I. Danmark 2006</p>	<p>Relatives' experience in intensive care- Finding a place in a world of uncertainty</p>	<p>Att undersöka och beskriva de övergripande erfarenheter och uttalande behov av närstående till svårt sjuk familjemedlem på intensivvårdsavdelning</p>	<p><b>Urval:</b> Bekvämlighetsurval, Deltagarna var närstående till patienter som var intuberade och sederade vid tidpunkten för intervjuerna, fyra makar och tre föräldrar, åldrar 39-72 år. SSK på avd tog första kontakten med anhöriga. Två olika ICU avdelningar ingick studien.</p> <p>*Exkluderades: familjemedlemmar som var hjärndöda.</p> <p><b>Datainsamlingsmetod:</b> Djupintervjuer med Grounded Theory tillvägagångssätt. Delvis öppna frågor och delvis frågor styrda av befintlig kunskap.</p>	<p><b>Genomförande:</b> Skriftlig information., sekretess, anonymitet, avbryta studien när man vill. Intervju skedde 1 vecka efter ankomst till ICU. Intervjutid 1-2 tim. Tyst rum på sjukhuset eller i anhörigs hem. Bandinspelade intervjuer transkriberades av professionell sekreterare.</p> <p><b>Analys:</b> Intervju guide förfinade beskrivningen för att få fram nya aspekter, såsom rekommenderas i Grounded Theory. Fokus flyttades från uppgifter till mer allmänt perspektiv genom minnesanteckningar, kodning, kategorisering</p>	<p><b>Resultat:</b> visar dominerade coping strategier som ICU anhöriga använder under stressiga förhållanden</p> <p><b>Tre huvudkategorier:</b> 1 bestående osäkerhet. 2 att sätta jaget åt sida. 3 bildar personliga ledtrådar.</p>	<p><b>Sänkt överförbarhet:</b> Kan endast överföras till patienter som är intuberade eller sederade som har en anhörig</p> <p><b>Ökad trovärdighet:</b> Professionell sekreterare Resultatet stödjer tidigare forskning Etiskt övervägande</p> <p><b>Ökad verifierbarhet:</b> Gick tillbaka till datamaterials ursprung</p>	<p>Hög</p>

## Bilaga 3

Granskningsmall för kvalitativa artiklar\*

Syftet med studien?

Vilken kvalitativ metod har använts?

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?

Ja

Nej

B. Undersökningsgrupp

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?

Ja

Nej

Inklusions och exklusionskriterier ska vara beskrivna.

Var genomfördes undersökningen?

Urval-finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

Vilken urvalsmetod användes?

Strategiskt urval

Snöbollsurval

Teoretiskt urval

Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).

Är undersökningsgruppen lämplig?

Ja

Nej

Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, vem och i vilket sammanhang datainsamling skedde)?

Ja

Nej

Beskriv metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?

Ange datainsamlingsmetod:

- Ostrukturerade intervjuer
- Halvstrukturerade intervjuer
- Fokusgrupper
- Observationer
- Video-/bandinspelning
- Skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)?

- Ja
- Nej

Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

Ange om:

- Teman är utvecklade som begrepp
- Det finns episodiskt presenterade citat
- De individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna



Svaren är kodade

Resultatbeskrivning:

Är analys och tolkning av resultat diskuterade?

Ja

Nej

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?

Ja

Nej

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?

Ja

Nej

Finns stabilitet och överrensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?

Ja

Nej

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?

Ja

Nej

Är teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)?

Ja

Nej

Utvärdering

Kan resultatet återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?

Ja

Nej

Stöder insamlade data forskarens resultat?

Ja

Nej

Har resultaten klinisk relevans?

Ja

Nej

Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?

Ja

Nej

Finns risk för bias?

Ja

Nej

Vilken slutsats drar författaren?

Håller du med om slutsatserna?

Ja

Nej

Om Nej, varför inte?

Ska artikeln inkluderas?

Ja

Nej