



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 39

Informasjon fra deltaker

Tittel *: De uinviterte gjestene -Familiers opplevelse av å være på intensivavdeling

Antall ord *: 8936

Engelsk tittel *: The uninvited guests - Families experience of being in the intensive care unit

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



BACHELOROPPGAVE

De uinviterte gjestene

- Familiers opplevelse av å være på intensivavdeling

The uninvited guests

- Families experience of being in the intensive care unit

Kandidatnummer 39

Bachelor i sjukepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,
Campus Haugesund
Innlevering 25.04.19 kl 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.



Figur 1. Holding arthritic hands. [Photograph]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest. (https://quest.eb.com/search/132_1438623/1/132_1438623/cite)

Hva livet har lært meg

”Kunne vi bare lære oss
at lidelsen er en del av livet,
at all skapning har i seg dette
med smerte og modning”.

- Gordon Johnsen (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 5)

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema: Som sykepleier vil en alltid møte familien til pasienten i større eller mindre grad. De kan være en god samarbeidspartner for sykepleieren, til pasientens beste. I denne oppgaven vil fokuset rettes mot familien til akutt kritisk syke pasienter, samt se på hvilke behov de har, og hva de trenger for å føle seg ivaretatt på intensivavdeling.

Problemstilling: Hvordan opplever familiemedlemmer til akutt kritisk syke pasienter at de blir ivaretatt på intensivavdeling?

Hensikt: Jeg ønsker mer kunnskap om behovene som familiene til akutt kritisk syke som innlegges i intensivavdeling har, og hvordan de opplever situasjonen. Hensikten med oppgaven er å se nærmere på hvordan sykepleiere bedre kan ivareta familien i den akutte fasen.

Metode: Litteraturstudie er brukt som metode. For å finne svar på problemstillingen har jeg brukt forskning og faglitteratur om hvordan familien til akutt kritisk syke opplever å være på intensivavdeling. Hvilke behov de har og hvordan de føler seg ivaretatt av helsepersonell.

Funn: Opphold på intensivavdeling er svært belastende for familien, sterke og intense følelser er i sving. Kommunikasjon og informasjon, inkluderende omsorg og gode relasjoner mellom sykepleier og familie er viktige elementer for at de skal føle seg ivaretatt og oppleve mestring.

Oppsummering: Familien er avhengig av korrekt og kontinuerlig informasjon, samtidig trenger de å føle seg inkludert i sykdomsprosessen til pasienten slik at de føler en tilhørighet. Relasjoner bygget på trygghet og tillit er viktig.

Abstract

Background for choice of theme: As a nurse, you will always meet the family of the patient to a greater or lesser degree. They can be a good partner for the nurse, to the patient's best interests. In this task, the focus will be on the family of acutely critically ill patients, as well as on the needs they have and what they need to feel taken care of in the intensive care unit.

Research question: How do family members of acute critical condition patient's experience being taken care of in intensive care unit?

Purpose: I want more knowledge about the needs of the families of acutely critical patients who are admitted to the intensive care unit and how they experience the situation. The purpose of the task is to look more closely at how nurses can better care for the family during the acute phase.

Methods: Literature study has been applied as method. In order to find the answer to the problem, I have used research and literature on how the family of acutely critical patients experience being in the intensive care unit. What needs they have and how they feel taken care of by health professionals.

Findings: Staying in the intensive care unit is very stressful for the family, strong and intense emotions are included. Communication and information, inclusive care and good relations between nursing and family are important elements in order for them to feel cared for and experience coping.

Summary: The family relies on correct and continuous information, while at the same time they need to feel included in the disease process of the patient so that they feel a sense of belonging. Relationships built on security and trust are important.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUKSJON.....	7
1.1. PRESENTASJON AV TEMA	7
1.2. BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	7
1.3. HENSIKT.....	9
1.4. PROBLEMSTILLING	9
1.5. AVGRENSING	9
2. TEORETISK PERSPEKTIV	11
2.1. FAMILIEPERSPEKTIVET	11
2.2. MESTRINGSTEORI	12
2.3. INFORMASJONSBEHOV OG HEALTH LITERACY	13
3. METODE.....	15
3.1. HVA ER METODE?.....	15
3.2. LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	15
3.3. KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE.....	15
3.4. PRAKTISK FREMGANGSMÅTE VED LITTERATURSØK	16
3.5. KILDEKRITIKK	17
3.6. METODEKRITIKK.....	17
3.7. FORSKNINGSETIKK	18
4. PRESENTASJON AV INKLUDERTE ARTIKLER.....	20
4.1. ARTIKKEL 1: NORGE.....	20
4.2. ARTIKKEL 2: KRETA	21
4.3. ARTIKKEL 3: AUSTRALIA.....	21
4.4. ARTIKKEL 4: SAUDI-ARABIA.....	22
4.5. ARTIKKEL 5: ENGLAND	22
4.6. ARTIKKEL 6: USA	23
4.7. OPPSUMMERING AV ARTIKKELFUNN	24
5. DRØFTING.....	25
5.1. DE INTENSE FØLELSENE.....	26
5.2. STØTTENDE OG INVOLVERENDE OMSORG	27
SYKHB3001	5

5.3.	DET STORE INFORMASJONSBEHOVET.....	29
5.4.	MESTRE EN SLIK LIVSSITUASJON	31
6.	AVSLUTNING.....	34
7.	REFERANSELISTE.....	35
8.	VEDLEGG.....	40
8.1.	VEDLEGG I: TABELL FOR SYSTEMATISK LITTERATURSØK.....	40
8.2.	VEDLEGG II: SJEKKLISTE.....	42
8.3.	VEDLEGG III: MOLTERS SELVRAPPORTERINGSSKALA	48

1. Introduksjon

1.1. Presentasjon av tema

Sykepleiere møter familier i alle faser, og familiens behov for sykepleie er omfattende og variert, helt avhengig av hvilken livsfase og situasjon familien befinner seg i (Kirkevold, 2001, s. 25). Ved akutt kritisk sykdom er det ikke bare pasienten som rammes, men også pasientens familie (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 165). Familien kan oppleve situasjonen som kaotisk og overveldende, og det er få som har erfaring med slike situasjoner. De føler ofte på angst, frustrasjon, skyldfølelse og sorg (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 167). For å kunne skape og opprettholde et forhold basert på tillit til pasientens familie, må vi som sykepleiere tilegne oss kunnskap om deres opplevelser og behov. Familier kan oppleve å bli møtt av helsepersonell på forskjellige måter; som at de er plagsomme og krevende, eller at de ikke blir sett av helsepersonellet og opplever seg som usynlige med mindre de selv tar kontakt med personalet. Det er få som inkluderer dem på en slik måte at de føler seg sett (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 168). På bakgrunn av dette kan de oppleve seg som en utenforstående person i situasjonen, gjerne som en uinvitert gjest (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 165).

1.2. Bakgrunn for valg av tema

Sykepleie er et av de eldste og viktigste yrkene vi har i samfunnet (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 15). Det utøves i alle land og samfunn, uansett kultur og teknologisk utstyr. International Council of Nurses (2002) definerer sykepleie slik:

Sykepleie omfatter selvstendig og samarbeidende omsorg for personer i alle aldre, familier, grupper og lokalsamfunn, både syke og friske. Sykepleie inkluderer også å fremme helse, sykdomsforebygging og omsorg for syke, funksjonshemmede og døende mennesker.

I mitt fremtidige yrke som sykepleier vet jeg at jeg kommer til å møte familiene til de syke. Dette er individuelle mennesker, med egne behov. For å imøtekomme dem best mulig er det viktig at jeg tilegner meg kunnskap om hvilke behov de har, og hvordan de opplever å bli møtt og ivarettatt på intensivavdeling. En intensivavdeling er en sykehusenhet med spesialutdannet personell, som behandler pasienter med truende akutt svikt i vitale funksjoner (Nsf, u.å.). En pasient blir omtalt som en intensivpasient når han er avhengig av kontinuerlig

overvåkning og helt kompensierende hjelp grunnet alvorlig svikt i vitale organfunksjoner (Stubberud, 2013, s. 18).

I denne bacheloroppgaven fokuserer jeg på familiemedlemmer til akutt kritisk syke pasienter. Sykdom er en fellesbetegnelse på tilstander med forstyrrelser i kroppens normale funksjoner. Det kan komme brått eller over tid, og deles inn i akutte og kroniske sykdommer (Stubberud, 2013, s. 17). “Akutt sykdom er en sykdom eller skade som oppstår brått, uten en forutgående sykdomshistorie, og som utvikler seg raskt” (Stubberud, 2013, s. 17). Både kirurgiske og medisinske lidelser kan oppstå akutt, eksempelvis hjerteinfarkt, hjerneslag, brannskader, traumer og andre lidelser. Akutt sykdom kan helbredes av riktig behandling, men kan også føre til kritisk eller kronisk sykdom (Stubberud, 2013, s. 17). Når en person er kritisk syk vil det si at tilstanden er svær alvorlig og kan ofte være livstruende (Stubberud, 2013, s. 17). Pasientens tilstand kan være ustabil og prognosen usikker. Pasienten vil trenge intensiv medisinsk behandling med kontinuerlig overvåkning med monitorering av kroppens vitale funksjoner. Hvor lenge pasienten er avhengig av denne behandlingen kan være alt fra noen timer til dager eller måneder (Stubberud, 2013, s. 18).

Familien til pasientene har jeg alltid hatt et øye for, og syntes det er viktig å inkludere de. Beslutningen om hvorfor jeg valgte denne tematikken er et resultat av flere faktorer. Jeg har jobbet flere år i helsevesenet og har dermed møtt flere pårørende i ulike situasjoner. I tillegg fikk jeg erfaring med det å være familie, og hvordan bli møtt som pårørende da en person i nær familie ble akutt kritisk syk. Interessen vokste da jeg kom i praksis på akuttmottaket og fikk møte familier i krise. Her ble det veldig tydelig hvor viktig disse møtene med familiene er, da de var korte og personene som var involvert var svært sårbare. Jeg ønsker å skrive en oppgave som omhandler hvordan familie til akutt kritisk syke opplever å bli ivaretatt og opplever mestring på intensivavdeling. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere skal en vise respekt og omtanke for de pårørende og bidra til at deres rettigheter blir ivaretatt (Nsf, 2011). Sykehusmiljøet kan være ukjent og skremmende for familiene til de syke (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 171). Pasienten på intensivavdelingen er ofte koblet opp til mye teknisk utstyr og det blir mange ledninger og maskiner som piper og blinker. Det er ikke bare pasienten som må bli tatt hånd om, familien har selv et behov for støtte for å kunne mestre en så vanskelig opplevelse. De kan oppleve økt trygghet i situasjonen når de blir sett

og ivaretatt av helsepersonell (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 171). Ordet “ivareta” betyr å ta vare på, ta hånd om eller passe på (Ordbok, u.å)

Pasientens familie kan være med på å fremme pasientens kognitive, emosjonelle og instrumentelle kontroll ved å fremme trygghet, motivasjon og håp i sykdomsprosessen til pasienten (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 165). Muligheten for at familien kan være en ressurs for pasienten, krever at de selv opplever mestring i situasjonen, noe som igjen avhenger indre og ytre ressurser. De indre ressursene vil være påvirket av at de befinner seg i en krisesituasjon, som er preget av frykt, sorg og gjerne benektelse for situasjonen. Deres ytre ressurser avhenger av nettverket og forpliktelser, men også kompetansen til sykepleierne. (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 165). Familie til pasienter er svært viktige personer. Det er mennesker som vi sykepleiere alltid kommer til å møte, uansett hvilken institusjon eller avdeling vi jobber i. Jeg ser det derfor som svært aktuelt å fordype meg i deres opplevelse av møtet med sykepleierne og annet helsepersonell, og hvilke behov de har.

1.3. Hensikt

Hensikten med oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan familien til akutt kritisk syke pasienter opplever å føle seg ivaretatt på intensivavdelingen. Jeg ønsker å lære hvordan familien føler de blir møtt og tatt vare på i en så kritisk og livsendrende situasjon i livet. Dette mener jeg er svært relevant for mitt fremtidige yrke som sykepleier. Dette skal gjøres gjennom å lese forskjellige forskningsartikler, pensum og annen sykepleiefaglig litteratur som belyser temaet.

1.4. Problemstilling

Hvordan opplever familiemedlemmer til akutt kritisk syke pasienter at de blir ivaretatt på intensivavdeling?

1.5. Avgrensning

Jeg vil belyse oppgaven fra familiemedlemmenes perspektiv. Dette ønsker jeg fordi jeg vil tilegne meg mer kunnskap om hvordan familien opplever dette oppholdet, og hva vi som sykepleiere og helsepersonell kan gjøre for at denne opplevelsen skal bli best mulig for dem.

Mitt mål er at helsepersonell skal få mer kunnskap om å møte familien til syke pasienter etter at de har lest min oppgave, og dermed har større forståelse for hva de gjennomgår og hva vi kan gjøre for å hjelpe dem. Oppgaven omhandler bare voksne mennesker. Barn er ikke tatt med i denne oppgaven, da de trenger en helt annen tilnærming og sykepleie enn voksne, med voksne vil det si personer over 18 år. Pasientene det er snakk om kommer inn på grunn av somatisk sykdom. Det er ikke kommunikasjonsvansker på grunn av språkbarriere med i oppgaven. Jeg velger å fokusere på familier på intensivavdelinger. Situasjonen er her som regel ustabil, prognosen er usikker og både pårørende og pasient er i en livskrise. Pasienten har alltid førsteprioritet og skal behandles først. Jeg konsentrere meg om pårørende, deres behov, og hvordan de blir ivaretatt, med forbehold om at pasienten får den helsehjelpen han trenger. Det er viktig å bemerke seg at jeg skriver oppgaven ut ifra familieperspektivet, der jeg belyser temaet fra familien sin side. Jeg ønsker å undersøke hvordan nære familiemedlemmer til akutt kritisk syke pasienter opplever å bli ivaretatt, og hva de trenger i en slik fase i livet.

2. Teoretisk perspektiv

Jeg har valgt å se på familieperspektivet og mestringsteori. Det blir naturlig å fokusere på familien da det er deres opplevelse jeg skal undersøke. Videre ser jeg på mestring da det er det som er målet for familiemedlemmene, å mestre utfordringene som måtte oppstå i sammenheng med å ha sin kjære på intensivavdeling.

2.1. Familieperspektivet

Når en pasient blir akutt kritisk syk vil tilstanden påvirke hele familien (Kirkevold & Ekern, 2001, s. 17). Fortvilelse og angst samt redselen for hva fremtiden vil bringe deler hele familien, samtidig vil den sykes lidelse og symptomer virke inn på alle de involverte. Vi må derfor forstå familien som en helhet bestående av individuelle personer i stadig interaksjon med hverandre. For å forstå dette er kunnskap om samhandling og kommunikasjon mellom de ulike familiemedlemmene helt vesentlig å sette seg inn i. For at vi som helsepersonell skal ha mulighet til å hjelpe familien må vi forstå disse komplekse relasjonene om hvordan akutt kritisk sykdom påvirker enkeltmennesket og hele familien (Kirkevold & Ekern, 2001, s. 17).

Når ordet familie nevnes, har vi alle en umiddelbar tanke om hva vi ser på som en familie (Kirkevold, 2001, s. 22). Vårt eget bilde er bygget på vår individuelle familiebakgrunn men også på den kulturelle oppfatningen av hva en familie er i samfunnet. Gjennom tidene har forståelsen og bildet av hva en familie er, endret seg. En typisk definisjon på familie, som også understreker de strukturelle perspektivene er: “En familie er to eller flere individer som er forbundet gjennom blod, ekteskap eller adopsjon og som bor sammen og inngår i samme husholdning” (Ross, Mirowsky & Goldsteen, 1990, s. 1059). Denne definisjonen er veldig tradisjonell med tanke på vektleggingen av ekteskap mellom to voksne partnere. Den inkluderer ikke samboerskap og partnerskap mellom mennesker av samme kjønn, som har blitt sosialt anerkjente enheter (Kirkevold, 2001, s. 23). Ainsworth (1991, s. 38) definerer derimot familiebegrepet som “et følelsesmessig bånd innenfor en familiekontekst som er relativt langvarig, der partneren er viktig som et unikt individ som ikke kan byttes ut med en annen. Uforståelig atskillelse fører gjerne til stress eller fortvilelse, og permanent tap og sorg”.

Ainsworth understreker særlig de følelsesmessige båndene som eksisterer mellom familiemedlemmer. Vi beveger oss over i et psykologisk perspektiv på familie når vi vektlegger de følelsesmessige båndene mer enn de formelle relasjonene (Kirkevold, 2001, s. 23). Her kan en tenke at personer som ikke bor sammen, ikke er forbundet gjennom blodsband eller en form for partnerskap, likevel betrakter hverandre som familie. Denne tankemåten er svært tydelig i definisjonen til Wright og Leaheys (1994, s. 40): "Familien er det den enkelte identifiserer som familie".

2.2. Mestringsteori

Mestring knyttes i psykologien til individets evne til å håndtere påkjenninger og livshendelser som overgår de hverdagslige utfordringene (Renolen, 2015, s. 166). Mestringsteorien innebærer å se på hvilke faktorer som gjør mennesker bedre rustet til å møte følelsesmessige utfordringer i livet.

Vi har flere modeller for mestring. Transaksjonsmodellen av Lazarus og Folkman legger vekt på individets vurdering av situasjonen og ser på mestring som en prosess (Renolen, 2015, s. 169). Benner og Wrubel er to kjente innen mestringsbegrepet (Konsmo, 1995, s. 21). De bygger teorien sin på hva som er av betydning for den enkelte, når man så står i fare for å miste det man bryr seg om oppleves det som stress. Mestring er det en gjør med stresset. Sosiologen Anton Antonovsky utviklet en teori som omhandlet helsens opphav med utgangspunkt i stressforskning (Renolen, 2015, s. 172). Salutogenese, begrepet som er skapt av Antonovsky handler om hva som gjør eller holder oss friske. Salutogenetisk tankegang bygger på at helse er noe vedvarende, ikke at vi er enten syke eller friske og fokuset til Antonovsky ligger på den enkelte (Renolen, 2015, s. 172). Jeg har valgt å bruke Antonovskys salutogenesemodell i min oppgave, fordi han fokuserer på helse og hva som må til for at man til tross for store påkjenninger i livet skal bevare god helse (Renolen, 2015, s. 173). Opplevelse av sammenheng (OAS) er et sentralt begrep i Antonovskys teori (Renolen, 2015, s. 173). Han så på mennesker som gjennomgikk store påkjenninger i livet, men fortsatt klarte å bevare god helse og fant at disse hadde høy grad av OAS. Antonovsky er overbevist om at OAS er helt avgjørende for at en person bevarer sin plassering på kontinuumet mellom uhelse og helse (Antonovsky, 2012, s. 38). Ifølge Antonovsky består OAS av tre elementer: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet handler om i hvilken grad

påvirkningene en opplever fra indre eller ytre miljø er forståelige, som strukturert og sammenhengende i stedet for kaotisk og uforståelig (Antonovsky, 2012, s. 39). Håndterbarhet innebærer i hvilken grad man føler en har ressurser til å kunne takle de utfordringene man blir utsatt for (Antonovsky, 2012, s. 40). Den siste komponenten er meningsfullhet, og handler om i hvilken grad en føler livet er forståelig rent følelsesmessig (Antonovsky, 2012, s. 41). At en føler noen problemer i livet er verdt å bruke krefter, engasjement og innsats på og at en tar utfordringene på strak arm.

Mestring defineres som en positiv forventingsrespons og er nært knyttet til begrepet håp (Harris & Ursin, 2018, s. 227). Håp er et velbrukt og sentralt begrep i sykepleiefaget, det kan ses på som en motvekt til hjelpeløshet og håpløshet. Når pasienter opplever akutt kritisk sykdom, har det vist at om sykepleieren har en positiv innstilling til situasjonen, vil dette medføre at også pasienten ser mer optimistisk på situasjonen (Harris & Ursin, 2018, s. 228). Dette kan vi også tenke oss er tilfelle for familien, slik at de også vil få håp og pågangsmot i en vanskelig livssituasjon. Håp gjør oss mennesker i stand til å mestre lidelse og tap (Wik, 2009).

2.3. Informasjonsbehov og Health literacy

Familier til akutt kritisk syke har et stort behov for informasjon om pasientens tilstand og behandling (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 169). Behovet for informasjon helt individuelt, men det sentrale som er felles for alle er å vite hva som foregår og hva som vil skje videre. Flere opplever kommunikasjonen med helsepersonell som lite tilfredsstillende og informasjonen oppleves mangelfull med tanke på mengde, kvalitet og måten den blir gitt på. Årsaker til dette kan være at personalet har liten tid og at informasjonen blir gitt av ulikt helsepersonell. En viktig faktor er også tidspunktet som informasjonen blir gitt på, slik at en sikrer seg at familien er mottakelig for informasjon (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 169). I praksis er det ofte en tydelig avstand mellom det leger og sykepleiere vurderer at pasient og pårørende forstår, og det de faktisk forstår. Health literacy er begrepet som beskriver dette. Det kan defineres som en persons ferdigheter, kunnskap, motivasjon og kapasitet til å få tilgang til, forstå, vurdere og bruke informasjon for å ta en beslutning om helse og iverksette passende tiltak (Johnson, 2015, s. 2). Health literacy vurderes som en kognitiv, varierende, iboende ressurs som mennesker trenger for å forstå informasjon og kunne ta valg som

fremmer helse og forebygger sykdom (Jenum & Pettersen, 2018). På en intensivavdeling er ofte pasienten så syk at det blir familien som må ta valg på vegne av han. Det er derfor oftest deres Health literacy som blir avgjørende her.

3. Metode

I denne delen av oppgaven vil jeg redegjøre for hvilken metode som har blitt benyttet for å innhente kunnskap jeg trenger for å besvare problemstillingen. Jeg vil også her presentere hvordan jeg har gått frem for å finne relevant litteratur.

3.1. Hva er metode?

Vilhelm Aubert (1985, s. 196) definerer metode som en fremgangsmåte, et middel til å løse utfordringer og samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en viss problemstilling (Dalland, 2017, s. 51). Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå frem for å skaffe eller undersøke kunnskap (Dalland, 2017, s. 51).

3.2. Litteraturstudie som metode

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie er avhengig av at den utgår fra en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 27). En litteraturstudie kan også beskrives som en studie som systematisk tar for seg kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2015, s. 79). Ved å systematisere innebærer det å samle inn forskjellig litteratur, gå kritisk gjennom den og tilslutt sammenfatte det hele. Gjennom alle trinnene i prosessen er det viktig å være systematisk, og målet er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av litteraturen som finnes om den aktuelle problemstillingen, men også vise hvordan en har funnet denne kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79).

3.3. Kvalitativ og kvantitativ metode

Vi skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metode (Dalland, 2017, s. 52). Kvantitative metoder gir data som er målbare, og gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner. De kvalitative metodene fokuserer på å fange opp meninger og opplevelser som ikke er mulig å måle eller tallfeste. Begge disse metodene bidrar på hver sin måte til å bedre forstå det samfunnet vi er en del av og hvordan samhandling mellom enkeltindivider, grupper og institusjoner fungerer (Dalland, 2017, s. 52). Den største forskjellen på disse to metodene er måten dataen er samlet inn på (Dalland, 2017, s. 54). Andre forskjeller på disse to metodene er at den kvantitative metoden går i bredden for å få frem gjennomsnittet. Kvalitativ metode

derimot har fokus på å gå i dybden på temaet for å få frem det spesielle (Dalland, 2017, s. 53). Videre vil det kvantitative basere seg på spørreskjemaer der det er systematiske og strukturerte observasjoner som blir undersøkt, med faste svaralternativer. Kvalitativ metode bygges derimot på intervjuer der det gis spillerom for at deltakeren får komme med sine følelser og opplevelser. Videre må de som forsker kvalitativt være i direkte kontakt med feltet og se på fenomenet innenfra og være delaktig i prosessen, i motsetning til kvantitativ forskning som foregår uten direkte kontakt der forskeren ser på det fra utsiden og forholder seg nøytral (Dalland, 2017, s. 53).

Jeg fokuserer på opplevelsen familiene har hatt på intensivavdeling, og det er derfor mest naturlig å bruke kvalitative artikler. Fire av artiklene min er kvalitative, og to er mixed-methods-studier. I disse studiene har de først gjennomført en spørreundersøkelse, og deretter gjort intervjuer av familiemedlemmer. I intervjuene får familiene si hvordan de opplever å bli ivaretatt, hva de opplevde var bra på intensivavdelingen, men også hva som kan bli bedre.

3.4. Praktisk fremgangsmåte ved litteratursøk

Gjennom mitt litteratursøk har jeg brukt flere databaser som vi har tilgang til gjennom biblioteket til Høgskulen på Vestlandet (HVL), og brukte følgende databaser for å finne artikler; CINAHL, PubMed, SveMed+, Epistemonikos og Sykepleien. Jeg begynte med å søke vidt og forstod raskt at jeg måtte avgrense for å finne relevante og gode artikler. Søkeord som familie, intensivavdeling, family members, relatives, intensive care unit, icu, qualitative reseach, coping og experience ble brukt for å finne relevante artikler. Jeg begrenset også alle søkene mine, slik at artiklene ikke er eldre enn 2014, dette synes jeg er viktig for å finne den nyeste forskningen innen feltet. I tillegg avgrenset jeg til engelsk språk slik at jeg kunne lese artiklene og forstå innholdet, Research Article og Peer Reviewed ble avgrenset med for å finne artikler som er vurdert og godkjent. Jeg ekskluderte artikler som undersøkte hva sykepleiere og leger mente, dette fordi jeg ønsker å undersøke hva familien føler, og det er derfor viktig å finne artikler som ser det fra deres side. Jeg ekskluderte også studier som omhandlet hvordan pasienten følte intensivoppholdet var. Artikler om premature, barn og foreldre ble også ekskludert. Jeg luket bort studier som omfattet demens eller delirium. Palliativ behandling og død var heller ikke et tema som var relevant å ta med i mine søk. Det

varierte veldig i antall treff alt etter hvilken database jeg søkte i. Jeg fikk også opp noen av artiklene i flere ulike databaser. Fremgangsmåten ved søkene mine er beskrevet i vedlegg I.

3.5. Kildekritikk

Kildekritikk vil si å vurdere og karakterisere den litteraturen som er funnet (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). Det er to sider av kildekritikk, den ene handler om å finne frem den litteraturen som belyser problemstillingen best mulig, dette kalles litteratursøking (Dalland & Trygstad, 2017, s. 152). Den andre siden omhandler det å gjøre rede for den litteraturen som er brukt i oppgaven. Hvis oppgavens kildegrunnlag er godt beskrevet og begrunnet, øker det troverdigheten og fagligheten. Det er viktig å være tydelig på hvorfor den bestemte litteraturen er brukt, og hvordan utvalget ble gjort. Det er flere faktorer som må vurderes i kildekritikk, en må fastslå om opplysningene er troverdige, hvilken type kilde det er snakk om og hvor relevant kilden er i forhold til temaet eller problemstillingen (Dalland & Trygstad, 2017, s. 153).

For å vurdere om kilden er relevant for min oppgave og problemstilling har jeg lest overskriftene, og i de fleste tilfeller lest sammendraget. Når jeg har vurdert en artikkel, har jeg lest gjennom hele studien for å se hva som blir undersøkt, og om dette er relevant for min oppgave. For at kilden skal være relevant for meg må den omhandle familiemedlemmer til akutt kritisk syke pasienter i intensivavdelinger, de må omfatte hvordan familien opplever et intensivopphold og det å bli ivaretatt i en så vanskelig situasjon i livet. Jeg har brukt kritisk sjekkliste på alle mine inkluderte artikler. Eksempel på sjekkliste i vedlegg II.

3.6. Metodekritikk

Litteraturstudier har både sterke og svake sider. En forutsetning for å kunne gjøre gode systematiske litteraturstudier er at det finnes nok forskning av god kvalitet som kan utgjøre et grunnlag for vurderinger og konklusjoner (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26). Svakheter i en litteraturstudie kan være at forfatteren bare har hatt tilgang til et begrenset antall studier, eller at forfatteren har valgt selektivt for å finne forskning som støtter opp hans egne meninger (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26). Dette gjør at forskere som studerer det samme, kommer frem til helt ulike konklusjoner.

De fleste artiklene mine er kvalitative og selv om dataene i en kvalitativ studie er relevante, må de også være samlet inn på en slik måte at de er pålitelige, noe som vil si at de ulike delene i prosessen må være nøyaktige (Dalland, 2017, s. 60). I kvalitative studier, vil det være gjennomført intervjuer av deltakerne i studien. Her kan det foreligge mulig feilkilde i selve kommunikasjonsprosessen (Dalland, 2017, s. 60). Er spørsmålet oppfattet riktig, har intervjueren forstått svaret, noterer intervjueren riktig og får han med seg alt, er lyden god nok på opptakene og går transkriberingen feilfritt for seg? Alle disse faktorene kan bidra til redusert pålitelighet. Ved et godt forarbeid og oppmerksomhet i gjennomføring kan mange feil unngås (Dalland, 2017, s. 60)

Jeg har også med mixed-methods-studier i min oppgave, som inkluderer kvantitative studier. De går i bredden på et tema for å få frem gjennomsnittet (Dalland, 2017, s. 53). Det som da er viktig er at det er nok personer med i studien, for å kunne presentere mangfoldet. Hvis det er få deltakere med, vil resultatene kunne avvike fra det som faktisk er sant. Det er også viktig at spørreskjemaene som blir brukt er av god kvalitet, slik at deltakeren vet hva forskeren spør etter og dermed kan svare på nettopp det. I kvantitativ metode er det viktig at forskeren forholder seg nøytral til temaet, og ikke finner svar kun til fordel for hans synspunkt (Dalland, 2017, s. 53).

3.7. Forskningsetikk

Etikk vil si refleksjon over allmennmoral, de normer og verdier som det er bred aksept for i samfunnet (Slettebø, 2013, s. 13). Områdeetikk vil si de ulike områdene som etikken anvendes på, og forskningsetikk er et slikt område av etikken som har med vurdering av forskning i forhold til samfunnets verdier og normer (Dalland, 2017, s. 236). Vurderingen innen forskning omfatter alt fra planlegging og valg av problemstilling, til hvilken metode en bruker og hvordan resultatene kan anvendes og rapporteres. Forskningsetikk handler om å ivareta deltakerne i forskningen slik at de ikke blir påført noe form for skade eller unødvendig belastning, det er svært viktig å ivareta personvernet. Når en påbegynner systematisk litteraturstudie må etiske vurderinger gjøres (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). Vitenskapsrådet har gitt ut retningslinjer for god medisinsk forskning og gjør klart at juks og uærlighet ikke får forekomme innen forskning. Etiske hensyn ved systematisk litteraturstudie bør gjøres angående utvalg og presentasjon av resultat. Det er viktig å velge studier som har

fått tillatelse fra etiske komite eller der det er gjort rede for etiske overveielser (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). Det er også viktig å presentere alle resultat som støtter perspektivet og ikke hypotesen. Det er uetisk å bare presentere de artiklene som støtter forskerens egne meninger. Gjennom mitt litteratursøk har jeg gjort etiske overveielser, hvor alle mine studier er godkjent av etiske komité. For å sikre akademisk redelighet har jeg i tillegg referert mine kilder etter APA-stilen, på bakgrunn av at den er bestemt ved Høgskolen.

4. Presentasjon av inkluderte artikler

4.1. Artikkel 1: Norge

Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study

(Frivold, Dale & Slettebø, 2015)

Førsteforfatter Gro Frivold er intensivsykepleier (Agder, 5. januar 2019).

Mål: Denne studien hadde til formål å belyse betydningen av å bli tatt vare på av sykepleiere og leger, for slektninger i norske intensivavdelinger.

Metode: En fenomenologisk hermeneutisk metode med individuelle intervjuer ble brukt.

Resultat: To hovedtemaer dukket opp: å være i en mottakerrolle som innebærer erfaringer med informasjon og støttende omsorg fra helsepersonell, og å være i en deltakende rolle som innebærer slektingers erfaringer med å føle seg inkludert og å kunne delta i sykdomsprosessen.

Konklusjon: Betydningen av å være en slektning i intensivavdeling er opplevd som en mottakerrolle, samtidig som den er en deltakende rolle. Kvalitet i relasjoner er beskrevet som avgjørende når slektinger deler sine opplevelser rundt omsorg fra sykepleiere og leger i intensivavdelinger. De som opplevde informativ og støttende omsorg, og som hadde evnen til å delta, uttrykte følelser av takknemlighet og tillit til helsesystemet. I motsetning til at de som ikke opplevde slik omsorg, spesielt med hensyn til informasjonsbehandling, uttrykte følelser av frustrasjon, forvirring og tap av tillit. Pasientens behandling og omsorg oppveide imidlertid slektingens egne følelser.

4.2. Artikkel 2: Kreta

The experience of Greek families of critically ill patients: Exploring their needs and coping strategies

(Koukouli, Lambraki, Sigala, Alevizaki & Stavropoulou, 2018)

Førsteforfatter Sofia Koukouli er sosiolog og statsviter med doktorgrad i sosialmedisin (Researchgate, u.å).

Mål: Studien hadde som mål å utforske erfaringer, behov og håndteringsstrategier for familier til pasienter innlagt i intensivavdeling.

Metode: Semi-strukturerte intervjuer ble gjennomført med fjorten familiemedlemmer på tre sykehus på Kreta.

Resultat: Fire hovedtemaer ble identifisert gjennom intervjuene: intense følelser, beskyttelse av pasienten, informasjon og kommunikasjon og tilpasning til forandring.

Konklusjon: Studien er et bidrag til å forstå familiens erfaringer og psykososiale behov under kritisk sykdom bedre. Et familie-inkluderende rammeverk bør fremmes og implementeres i intensivhelsetjenesten. Å anerkjenne og støtte familiens rolle i pasientens sykdomsprosess er viktig.

4.3. Artikkel 3: Australia

Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study

(Wong, Liamputtong, Koch & Rawson, 2015)

Førsteforfatter Pauline Wong er sykepleier og doktor i filosofi (Deakin, u.å).

Mål: Denne studien undersøker familier med kritisk syke pasienter og deres opplevelser med ansatte, miljøet, pasienten og andre familier når deres slektning er innlagt i en australsk intensivavdeling.

Metode: Studien er en kvalitativ undersøkelse som vedtok grunnlaget teori tilnærming for datainnsamling og analyse.

Resultat: Interaksjoner opplevd av familier av kritisk syke dreide seg primært rundt å søke informasjon og bli informert.

Konklusjon: Tilrettelegging av kommunikasjon og samhandling på støttende måter kan bidra til å lindre angst og nød som oppleves av familien.

4.4. Artikkel 4: Saudi-Arabia

Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study

(Al-Mutair, Plummer, Clerehan & O'Brien, 2014)

Førsteforfatter Abbas S. Al-Mutair er sykepleier med doktorgrad i filosofi (hospital, 2017).

Mål: Formålet med studien er å identifisere behovene til saudiske familier av pasienter i intensivavdelinger, i forhold til deres kultur og religion.

Metode: Individuelle, halvstrukturerte intervjuer med tolv familiemedlemmer ble gjennomført.

Resultat: Familienes behov og erfaringer er beskrevet via seks hovedtemaer: Oppsøking av informasjon, beholde roen, åndelig helbredelse, opprettholde nærhet, inkludering i pleien og støtte.

Konklusjon: Studien ga en grundig forståelse av familiemedlemmers erfaring med å ha et familiemedlem i intensivavdeling og fokuserte på en rekke uoppnådde behov, spesielt de som relaterer seg til kultur og religion. Intensivansatte må samarbeide med familiemedlemmene for å forbedre deres opplevelse av tiden på intensivavdeling. Anerkjennelse av familiens behov, erfaringer og situasjoner kan forbedre omsorgen til pasienter og familier.

4.5. Artikkel 5: England

The acute psychobiological impact of the intensive care experience on relatives

(Turner-Cobb, Smith, Ramchandani, Begen & Padkin, 2016a)

Førsteforfatter Julie Turner-Cobb er professor i psykologi (University, 2019).

Mål: Denne studien har som mål å undersøke den akutte psykologiske innvirkningen av intensivopplevelsen på slektninger.

Metode: Metodetriangelering er brukt ved å bruke intervjuer, spørreskjemaer og biologisk prøvetaking.

Resultat: Fire temaer ble identifisert fra intervjuene: intensivmiljøet, følelsesmessig respons, familieforhold og støtte.

Konklusjon: Opphold på intensivavdeling har en psykologisk og fysiologisk innvirkning på slektninger, noe som tyder på at det er viktig å identifisere kostnadseffektive intervensjoner med evalueringer av helsemessige fordeler for både slektninger og pasienter.

4.6. Artikkel 6: USA

Meeting the Needs of Family Members of ICU Patients

(Nolen & Warren, 2014)

Førsteforfatter Kalie Brooke Nolen er sykepleier (Nolen & Warren, 2014).

Mål: Målet med studien var å utforske og identifisere familiemedlemmers behov og fastslå om disse behovene ble oppfattet som helt eller delvis oppfylt av familiemedlemmene til pasienter som var innlagt i intensivavdelingene.

Metode: Denne studien er en triangulert blandet metodeutforming, som benyttet både kvantitative og kvalitative metoder for å vurdere spørreskjemaene.

Resultat: Tretti deltakere utførte en spørreundersøkelse der de skulle svare på hvor godt de ulike behovene var dekket av fysiske behov, spirituelle og emosjonelle behov, behov for forberedelse, behov for ærlighet, kommunikasjon og rutiner.

Konklusjon: Siden helsevesenet fortsetter å vokse og utvikle seg, er det avgjørende for sykepleiebransjen å tilpasse seg for å gi best mulig omsorg. Som vist i denne studien, møtes to viktige områder for forbedring i sykehus, spesielt i intensivavdeling. Åndelige og følelsesmessige behov hos familiemedlemmer og det å ha et mer komfortabelt og avslappende venterom.

4.7. Oppsummering av artikkelfunn

Oppsummering av funn i artiklene vil danne et grunnlag for hva jeg vil fokusere på i drøftingsdelen.

Sentralt for flere av artiklene var behovet familiene har for tilstrekkelig og ærlig informasjon. I tillegg beskriver alle artiklene følelsene som familiemedlemmene har i en slik livsendrende situasjon. De føler blant annet på frustrasjon, angst, forvirring, depresjon og mangel på tillit til helsevesenet. Ved at familiene fikk den informasjonen de trengte og etterspurte, førte dette til at de mestret situasjonen bedre og at de ikke opplevde samme nivå av de vonde følelsene som frustrasjon, angst, depresjon og lignende. Flere studier skrev om behovet familiene hadde for støtte og inkludering i situasjonen, men at det aller viktigste var at pasienten fikk den behandlingen og oppfølgingen han trengte. Tro og livssyn var også et tema som ble skrevet om, og viktigheten av at de ulike religionene og livssynene blir respekter på intensivavdelingene. Dette er viktig for at familiene skal føle seg støttet, og deres tro førte til at de hadde redusert følelse av angst og stress. En viktig faktor som gikk igjen i flere av artiklene var behovet for å beholde håpet.

5. Drøfting

På bakgrunn av funnene og oppsummering av artiklene har jeg kommet frem til følgende temaer jeg ønsker å belyse for å finne svar på problemstillingen; følelser som familiemedlemmene har, støttende og involverende omsorg, informasjon og kommunikasjon og mestring. Alle disse faktorene går inn i hverandre og påvirker hverandre. Eksempelvis fører god informasjon til involverende omsorg og likeså fører dårlig informasjon til lite inkluderende omsorg. Jeg skal likevel prøve å skille disse elementene fra hverandre og vise hva studiene kom frem til. Men det vil også vise hvor mye dette påvirker hverandre.

Forskning presenterer Nancy Molter og hennes studie som inkluderer en selvrapporteringskala hun har utviklet: Critical Care Family Requirement Inventory (CCFNI), se vedlegg III (Al-Mutair et al., 2014, s. 136; Koukouli et al., 2018, s. 45; Nolen & Warren, 2014, s. 395; Wong et al., 2015, s. 52). CCFNI er til for å identifisere familiebehov, og vurdere viktigheten av disse. Elementene er kategorisert i fem grunnleggende temaer: behovet for støtte, komfort, informasjon, nærhet og forsikring (Nolen & Warren, 2014, s. 395). Molter fant ut at de viktigste behovene er informasjon og å være trygg på at deres slektninger får den beste omsorgen (Al-Mutair et al., 2014, s. 136). Jeg har selv gått gjennom skjemaet som tar for seg viktigheten fra 1 til 4, der 1 ikke er viktig og 4 er veldig viktig. Skjemaet inneholder 64 spørsmål som familiemedlemmene blir spurt om å rangere fra 1-4 i forhold til hvor viktig de selv mener det er (Molter, 1979, s. 333). Noen av spørsmålene er: “viktigheten av å føle at det er håp”, “viktigheten av å få informasjon om pasienten en gang daglig” og “viktigheten av å vite prognosen” (Molter, 1979, s. 334). Grunnen til at jeg trekker frem Molter og hennes kartleggingsverktøy er fordi flere av de inkluderte artiklene skriver om dette, både USA, Australia, Kreta og Saudi-Arabia. De bruker alle henne som et utgangspunkt for sin studie, noe som kan være årsaken til at studiene har mange fellestrekk. Vi kan si at Molter er aktuell også idag, fordi nyere studier bruker hennes forskning. Hun har utarbeidet et godt verktøy for å identifisere viktigheten av behovene som familiemedlemmer har, på tross av landegrensene. For selv om vi befinner oss i ulike land i verden, vil vi ha mange likhetstrekk når det kommer til behov og følelser som familier til akutt kritisk syke pasienter har.

5.1. De intense følelsene

Det å oppleve at en av dine nærmeste blir akutt kritisk syk og trenger intensiv behandling er svært overveldende og skremmende, dette har jeg selv erfart. De aller færreste har opplevd dette og føler situasjonen er kaotisk og usikker (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 167). De intense og vekslende følelsene som familiene har kommer godt frem i alle artiklene. De mest dominerende følelsene var angst, stress, frustrasjon, frykt og bekymring (Al-Mutair et al., 2014; Frivold et al., 2015; Koukouli et al., 2018; Nolen & Warren, 2014; Turner-Cobb et al., 2016; Wong et al., 2015). Håp var også en følelse som mange kjente på (Al-Mutair et al., 2014; Koukouli et al., 2018; Wong et al., 2015). En deltaker sa “De gir deg håp og så kommer det en annen lege og tar det tilbake” (Koukouli et al., 2018, s. 47).

Noen familier følte det var mangel på informasjon, noe som igjen førte til angst, fortvilelse, bekymring, frustrasjon og mangel på tillit til helsevesenet (Al-Mutair et al., 2014, s. 135; Frivold et al., 2015, s. 235; Turner-Cobb et al., 2016, s. 23). De som derimot mente informasjonen var bra og fikk være med i prosessen opplevde takknemlighet og følte seg trygge samtidig som tilliten til helsesektoren økte (Frivold et al., 2015, s. 237).

Det ble funnet at selv planlagte avtaler kunne være stressende for familiemedlemmer (Koukouli et al., 2018, s. 45). De kan også oppleve endringer i søvn og spisemønster, daglige rutiner og fungering når et familiemedlem er innlagt i intensivavdeling (Koukouli et al., 2018, s. 45; Wong et al., 2015, s. 52). I tillegg kan de utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD) selv tre til seks måneder etter at deres slektning døde eller ble utskrevet av intensivavdeling (Koukouli et al., 2018, s. 48 ; Wong et al., 2015, s. 52). Posttraumatisk stresslidelse defineres av Snoek og Engedal (2017) som en reaksjon på en opplevd traumatisk krise som er svært belastende, usedvanlig eller katastrofal og som mest sannsynlig vil fremkalle sterkt ubehag hos de fleste.

Hvis familier med pasienter på intensivavdelinger opplever å ha behov som ikke blir møtt, kan dette forårsake økt stressnivå (Al-Mutair et al., 2014, s. 136). I artikkelen fra England ønsker de ikke bare å undersøke opplevelsen som de pårørende hadde, de undersøkte også den fysiologiske innvirkningen et intensivopphold og stresset det medførte, hadde på slektningene (Turner-Cobb et al., 2016, s. 20). Den biologiske stressmarkøren kortisol ble undersøkt

gjennom spyttprøver fra familiemedlemmene (Turner-Cobb et al., 2016, s. 22). Spyttprøvene ble tatt fire ganger per dag; morgen, formiddag, ettermiddag og kveld. Undersøkelse av prøvene viste at økt bruk av selvdistraksjon, altså å distrahere seg fra situasjonen og et større nettverk var forbundet med lavere kortisol på kvelden (Turner-Cobb et al., 2016, s. 25). En større depresjonsscore var assosiert med høyere ettermiddagskortisol, og større traume unngåelse var knyttet til høyere gjennomsnittlig kortisol. At deprimert stemning og unngåelse var assosiert med større gjennomsnittlig kortisol, viser at potensialet for utviklingen av vedvarende stress er der. Sammenhengen mellom sosialt nettverk og kveldskortisol bekrefter den fysiske fordelingen av å ha større støttenettverk rundt seg i denne situasjonen. Resultater som forbinder mestring og kortisol foreslår selvdistraksjon som en måte å tilpasse seg situasjonen på når et familiemedlem innlegges i intensivavdeling (Turner-Cobb et al., 2016, s. 25). Sett i lys av dette kan sykepleiere gå inn i en rolle der vår oppgave blir å “distrahere” familien, for at de skal få tankene på andre ting også. Snakke om deres liv, hva de jobber med, hva de liker å gjøre, eller andre temaer som kan være aktuelle. Jeg opplevde selv at det var avslappende å snakke med sykepleierne om byen og høre dem fortelle om avdelingen og hvorfor de likte å jobbe der.

Dette viser at en som menneske blir fysisk påvirket av alvorlige og kritiske hendelser i livet. Det er ikke bare noe vi føler og kjenner på, men faktisk noe som skjer inne i kroppen vår. Jeg mener derfor at dette er interessant å ta med for å vise viktigheten av å ivareta familiemedlemmene til pasientene. Noen familier er mange og har et godt støtteapparat rundt seg, mens andre står helt alene. Her er det spesielt viktig at vi som helsepersonell går inn og viser omsorg. Å ha en sykepleier som kontaktperson var høyt verdsatt (Frivold et al., 2015, s. 236). Familiemedlemmer beskrev sykepleiere som oppførte seg personlig og medfølelse. De følte at sykepleierne ønsket å kjenne dem på en personlig måte, og at de brydde seg om hver enkelt. Noen deltakere omtalte kvelder ved pasientsengen som en spesiell god stund for å snakke om følelser og bekymringer sammen med sykepleieren (Frivold et al., 2015, s. 236).

5.2. Støttende og Involverende omsorg

For at familiemedlemmer skal kunne føle seg meningsfulle og klare håndtere situasjonen de er i, er det avgjørende at de opplever støtte fra helsepersonell (Al-Mutair et al., 2014; Frivold et al., 2015; Koukouli et al., 2018; Nolen & Warren, 2014; Turner-Cobb et al., 2016; Wong et

al., 2015). Sosial støtte fremstod som en sentral faktor med fokus på intern støtte knyttet til familie og intensivansatte (Turner-Cobb et al., 2016, s. 20). Den viktigste støtten som ble kartlagt i studien til Frivold med flere (2015, s. 238) var familien som en enhet. Deres evne til å kunne forbli sammen under oppholdet var avgjørende. Ett tiltak familiemedlemmene følte var viktige for at de kunne holdes samlet var fleksible besøkstider som gjorde at slektingene og pasienten fikk tid sammen (Al-Mutair et al., 2014, s. 136; Frivold et al., 2015, s. 233; Koukouli et al., 2018, s. 45; Nolen & Warren, 2014, s. 403). Etter å ha lest de ulike artiklene virker det som det er stor variasjon i fleksibiliteten til avdelingene alt etter hvor i verden en befinner seg. I artiklene fra Norge og USA for eksempel, kunne familiemedlemmene komme og gå nærmest hele døgnet, mens i artikkelen Saudi Arabia var de veldig strenge med besøkstiden. Dette kan basere seg mer på tradisjon enn faktisk hva som er best, da de kvalitative funnene tydelig viser at familiemedlemmene foretrekker fleksibel besøkspraksis (Al-Mutair et al., 2014, s. 142). Ved å praktisere åpne besøksrutiner og tilrettelegge for familier får slektingene holde seg i nærheten av pasienten, noe som forbedrer deres trivsel og evnen til å håndtere situasjonen (Al-Mutair et al., 2014, s. 142; Frivold et al., 2015, s. 238). Viktigheten av liberale besøkstider bekreftes igjen av en fersk studie publisert i Sykepleien (Kyrkjebø, Gjeilo & Skolbekken, 2019). Et annet viktig tema er pårørenderom. Her opplevde familiene at det var lite privatliv og ikke særlig behagelige møbler. Komfortable stoler var viktig for dem da det ble mye venting både dag og natt (Frivold et al., 2015, s. 236; Nolen & Warren, 2014, s. 404).

De fleste pårørende hadde en opplevelse av å føle seg velkomne, støttet og inkluderte av sykepleiere og leger (Frivold et al., 2015, s. 237; Nolen & Warren, 2014, s. 402; Turner-Cobb et al., 2016, s. 23; Wong et al., 2015, s. 52). Likevel var det ikke alle som opplevde det slik, dette er viktig å bemerke seg. En deltaker forteller at han følte han forstyrret, og at sykepleiere og leger snakket til hverandre men ikke til han (Frivold et al., 2015, s. 237). Noen familiemedlemmer hadde mangel på forståelse for behandlingen fordi de ikke ble inkludert i beslutningsprosessen, dette følte vondt og frustrerende. Ifølge Antonovsky er forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet helt avgjørende aspekter i en følelse av sammenheng i livet (Antonovsky, 2012, s. 38). Som følge av dårlig informasjon, begrenset besøkspraksis og mangel på oppdatering angående behandling, følte familiene seg ikke inkludert i omsorgsprosessen (Al-Mutair et al., 2014, s. 141).

Forskning viser at sykepleiere fokuserer på det objektive og upersonlige og beveger seg bort ifra det personlige og følelsesmessige med pasienten (Wong et al., 2015, s. 53). Sykepleiere som verdsetter de tekniske og medisinske aspektene av deres rolle og som ikke er i stand til å gi støtte til familier, representerer “noninviting”- interaksjoner. Sykepleiere som derimot verdsetter utviklingen av gode relasjoner til familier og støtter dem, karakteriserer “inviting”- interaksjoner. Sykepleiere har en viktig rolle i å støtte familiemedlemmer og sørge for trygghet (Frivold et al., 2015, s. 236). Familiemedlemmene følte aldri at de ble forlatt alene og hadde ansvar for pasienten. Til de fleste familienes positive overraskelse var det flere leger som opptrådte støttende gjennom trøst og respektfull oppmerksomhet. Det var også leger som viste personlig interesse for pasienten og pårørende. Slike holdninger ble svært verdsatt av familiene (Frivold et al., 2015, s. 236). I tillegg til intensivpersonell følte familiene at de fikk god støtte fra hverandre.

Selv om de fleste familiene var fornøyde med oppholdet på intensivavdeling, viser funnene at det er behov for standardiserte retningslinjer for å sikre at støtteomsorg ikke praktiseres tilfeldig (Frivold et al., 2015, s. 238). Behandling med respekt for mennesker er av avgjørende betydning for omsorgen som tilbys på intensivavdeling (Koukouli et al., 2018, s. 49). Det er viktig å rekruttere deltakelse av familier for å sikre at helsepolitikk, ressurser og det fysiske miljøet er familievennlig (Bell, 2013, s. 414).

5.3. Det store informasjonsbehovet

Etter å ha lest alle artiklene flere ganger, er det tydelig hvilket tema familiemedlemmene mener er viktig. Det å få informasjon, hvor ofte, hvor mye, hva informasjonen innebærer og hvordan den blir formidlet er det mange slektninger som har meninger og erfaringer rundt (Al-Mutair et al., 2014, s. 138; Koukouli et al., 2018, s. 45; Nolen & Warren, 2014, s. 395; Wong et al., 2015, s. 52). Familiens behov for informasjon, samtidig som pasienten fikk best mulig behandling var de viktigste behovene som ble kartlagt i halvparten av studiene (Al-Mutair et al., 2014, s. 136; Frivold et al., 2015, s. 232; Koukouli et al., 2018, s. 47).

Slektningene hadde behov for informasjon som var tilstrekkelig, korrekt og detaljert (Koukouli et al., 2018, s. 44). Stubberud (2013, s. 169) understreker viktigheten av å få kontinuerlig informasjon, for å selv kunne mestre situasjonen de er i. Alle artiklene belyser forskjellige opplevelser i forhold til informasjon gitt på en intensivavdeling. Selv om de fleste

familiemedlemmene følte seg velkomne av helsepersonell, og deres behov for informasjon ble møtt, følte andre at de ikke ble gitt informasjon og at de ikke ble involvert i situasjonen (Al-Mutair et al., 2014; Frivold et al., 2015; Koukouli et al., 2018; Nolen & Warren, 2014; Turner-Cobb et al., 2016; Wong et al., 2015). Flere deltakere rapporterte at de måtte spesifikt be om informasjon (Frivold et al., 2015, s. 236). Flere sier de ikke ble gitt informasjon og involvert i prosessen. Her er det viktig å huske på at mange har problemer med å forstå den informasjonen som de mottar fra helsepersonell (Jenum & Pettersen, 2018). Lav Health literacy innebærer at de ikke har evnen til å forstå det som blir informert både muntlig og skriftlig, det er derfor viktig å tilpasse helsekommunikasjonen til den enkelte slik at informasjonen blir forståelig. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) presiserer at helsepersonellet skal sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen.

Nolen og Warren (2014, s. 400) skriver at flere slektninger var misfornøyd med informasjonen fra legene, men de fleste var fornøyd med informasjonen sykepleierne gav. Sykepleierne videresendte informasjon fra legene så godt de kunne og svarte ærlig på spørsmål som familien måtte ha. Legene derimot var vanskelige å få tak i og det gikk lang tid før de fikk vite resultat på prøver og undersøkelser (Nolen & Warren, 2014, s. 400). Denne opplevelsen er felles med resultatet i studien til Wong med flere (2015, s. 56). Samtidig syntes noen familier at det var lettere å kommunisere med sykepleierne fordi de var mer på rommet og derfor en mer tilgjengelig kilde til informasjon. I tillegg var de roligere å snakke med da de var vennlige, hadde en mykere tilnærming og klargjorde opplysningene ved å forenkle språket slik at det ble forståelig (Nolen & Warren, 2014, s. 403; Wong et al., 2015, s. 56).

Sykepleierne ble derfor en viktig informasjonskanal mellom legene og familien.

Tilrettelegging av tydelig kommunikasjon er viktig for å normalisere situasjonen (Turner-Cobb et al., 2016, s. 22). En viktig faktor for å sikre tydelig og tilstrekkelig informasjon, er at den er adekvat og ærlig. Familiene søkte ærlig informasjon, dette uavhengig av om det var gode eller dårlig nyheter om behandlingsforløpet (Al-Mutair et al., 2014, s. 138; Frivold et al., 2015, s. 236; Koukouli et al., 2018, s. 47; Nolen & Warren, 2014, s. 400). Når familiene derimot opplevde at helsepersonell ikke var ærlige ble situasjonen mer belastende (Al-Mutair et al., 2014, s. 139; Frivold et al., 2015, s. 238). De fleste familiene som deltok i studien til Nolen og Warren (2014, s. 402) oppfattet personellet som ærlig under informasjon og kommunikasjon.

Wong med flere (2015, s. 58) påpeker hvordan ærlig informasjon bidrar til å

etablere et tillitsforhold mellom helsepersonell og familien. Selv om de ønsket at de ansatte skulle være åpne og ærlige, var det viktig at informasjonen de fikk ble gitt på en omsorgsfull måte.

Noen familier foreslo at bruk av familiemøter og det å ha en talsperson i familien som fikk informasjon fra helsepersonell og deretter formidlet videre til familien kunne være en løsning for å sikre god informasjon til familien (Al-Mutair et al., 2014, s. 142; Wong et al., 2015, s. 54). En forutsetning for at det skal gå er at familien er samlet og at alle faktisk blir informert, dette vil ikke fungere dersom familien er splittet. Det er også en viktig forutsetning at helsepersonellet forsikrer seg om at vedkommende har forstått informasjonen. Familiemedlemmer mente også at det var viktig med et oppsummeringsmøte før utskrivelse fra intensivavdeling for å informere om behandlingen som var gjort og hva som ville skje fremover (Frivold et al., 2015, s. 236).

5.4. Mestre en slik livssituasjon

Familier forandres med tiden, og både ytre og indre stress fra ulike kilder kan føre til forandring i familiesystemet (Jensen, 2009, s. 107). Den omstrukturerer og tilpasser seg for å kunne fungere, men hvis familier fastholder gamle måter å løse utfordringer på i en ny tid, vil det skape problemer (Jensen, 2009, s. 108). En familie tilpasser seg stress på en slik måte at kontinuiteten opprettholdes mens omstruktureringen muliggjøres, og makter de ikke dette kan det oppstå dysfunksjonelle mønstre i familien. Det å ha en familie som holdt sammen og støttet hverandre gjennom den vanskelige tiden i intensivavdeling var avgjørende for å kunne mestre situasjonen (Koukoulis et al., 2018, s. 44). Å være en del av en familie var en stor kilde til komfort og støtte i å håndtere utfordringene som intensivopplevelsen måtte by på (Koukoulis et al., 2018, s. 49). Den kritiske situasjonen kan styrke forholdet familiemedlemmene imellom og de kan hjelpe hverandre til å overvinne motgang. Hvis derimot vedkommende som blir syk er den som har holdt familien samlet, kan sykdom og eventuelt død også føre til splittelse og familieoppløsning (Bugge, 2001, s. 96). Å fremme familiens integritet og samarbeid er derfor viktig.

For å kunne oppleve mestring og bevare sin plassering på kontinuumet mellom helse og uhelse, må en få en følelse av sammenheng i livet, at ting gir mening. Antonovsky mener forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet er avgjørende aspekter i en følelse av sammenheng (Antonovsky, 2012, s. 38). En annen faktor som var viktig for at familiene kunne håndtere situasjonen best mulig var å få kontinuerlig og tilstrekkelig informasjon (Al-Mutair et al., 2014, s. 139; Turner-Cobb et al., 2016, s. 20; Wong et al., 2015, s. 60). Dette bekreftes av Stubberud (2013, s. 169), der han skriver at informasjon er essensielt for at de rundt skal kunne oppleve mestring. Han skriver videre at det kan variere hvor detaljert og omfattende informasjon de ulike familie ønsker, men at de aller fleste ønsker informasjon om pasientens tilstand, behandling og prognose (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 169). Det å vite gjorde at familiene kunne forutse og akseptere det som måtte skje i fremtiden (Al-Mutair et al., 2014, s. 139). Å oppleve støtte fra både sykepleierne og legene gjorde at situasjonen ikke ble fullt så skremmende og de klarte å absorbere og forstå den informasjonen som ble gitt (Frivold et al., 2015, s. 236).

Det ble også kartlagt mindre heldige mestringsstrategier i artikkelen fra USA, srevet av Turner-Cobb med flere. De fant at en av de mest brukte mestringsstrategiene var stoffmisbruk (Turner-Cobb et al., 2016, s. 20). I 2014 slet en av tolv amerikanske voksne med avhengighet, og dette kan det være mange grunner til (American Addiction Centers, 2018). Eksempler på grunner for å begynne med narkotika eller alkohol kan være stress, vanskelige følelser, fysiske plager eller andre problemer. Disse sinnsendrende stoffene kan gi en midlertidig pause fra virkeligheten og redusere angst (American Addiction Centers, 2018).

Åndelighet er en annen mestringsstrategi som ble brukt for å håndtere den vanskelige livssituasjonen familiene befant seg i (Koukouli et al., 2018, s. 44). Dette representerer en sinnstilstand som hjelper oss å forstå meningen med livet og til å gi svar på viktige spørsmål om liv, sykdom og død, og er derfor betraktet som en ressurs for å håndtere belastende øyeblikk i livet (Gualdani & Pegoli, 2014, s. 175). I vanskelige tider er det vanlig å søke etter noe å holde oss fast i, noe som gir oss håp (Koukouli et al., 2018). Familiens tro på Gud og å bli støttet av åndelige aspekter hjalp dem til å holde fast i håpet og å være overbevist om at ting skulle forandre seg (Al-Mutair et al., 2014, s. 140). Saudiske familier har kulturelle og åndelige helbredende trosretninger og praksis, inkludert tro på Gud og bønn, disse reduserer stress og hjelper dem å beholde håpet (Al-Mutair et al., 2014, s. 135). Flere

familiemedlemmer mente at Gud er den ultimate healer og at sykdommen var en test (Al-Mutair et al., 2014, s. 139; Koukouli et al., 2018, s. 48). I studien til Nolen og Warren (2014, s. 404) viste resultatene at familiemedlemmer følte deres spirituelle og emosjonelle behov ikke alltid ble møtt. Dette kan vi blant annet se på som et resultat av at helsepersonell ofte undervurderer dette behovet (Gualdani & Pegoli, 2014, s. 176).

Viktigheten av å inkludere pasientens familie inn i sykepleien til pasienten, spesielt ved kritisk sykdom er det blitt mer oppmerksomhet rundt og sykepleiere har mer kunnskap om betydningen av dette (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 171). Familien har som regel en viktig rolle for pasientens behandlingsresultat, og sykepleiere i dag har fått øynene mer opp for den påkjenningen familiene utsettes for når et familiemedlem blir akutt kritisk syk. Å betrakte pårørende som medspillere i sykepleien er blitt mer naturlig. Familiefokusert omsorg er et begrep i sykepleien der familien blir sett på som en ressurs (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 172). Denne omsorgen bygger på meningen om at familien er det viktigste aspektet av vår fysiske og psykiske helse, og viktige elementer i omsorgen er gjensidig respekt, samarbeid, informasjon, deltakelse og støtte.

I denne oppgaven har jeg sett på tematikken som en sykepleier, og undersøkt hva familien trenger og hva jeg som fremtidig sykepleier kan gjøre bedre for at de skal føle seg godt ivaretatt. Likevel er det viktig å huske på at jeg selv har opplevd å være familie til en akutt kritisk syk, noe som kan ha farget min oppgave.

6. Avslutning

I intensivavdelinger er det et høyt tempo med mange faktorer som påvirker pasienter, familier og de ansatte. Hvis avstanden mellom identifiserte uoppfylte og møtte familiebehov kunne forenes, ville familier, pasienter og helsepersonell oppleve betydelig mindre stress og dermed få en mer gunstig opplevelse i denne avgjørende og kritiske tiden. Fokus på pasientens familie er en del av å gi helhetlig helsehjelp. Hvis familien blir tatt vare på, kan de bedre ta vare på sin syke. Dette resulterer i et mer solid grunnlag for sykepleieren og familien, som kan minske stress på begge sider. For at dette skal skje, er det viktig at familien blir anerkjent av helsepersonell, og strategier for å møte behovene deres må identifiseres og implementeres. Slektninger opplever fortsatt mangel på informasjon og støtte fra sykepleiere og leger. Blant andre utfordringer innen helsetjenesten er behovet for å forbedre kunnskapen rundt familiekriser, inkludering av familien og kommunikasjon viktig for helsepersonell. Støttende omsorg fra sykepleiere er helt avgjørende for hvordan familien opplever oppholdet på intensivavdeling.

7. Referanseliste

Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachments and the other affectional bonds across the life cycle. I C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Red.), *Attachment across the life cycle* (1. utg., s. 33-51). London: Routledge.

Almoosa hospital. (2017). Dr. Abbas Al Mutair. Hentet fra <http://patientexperienceconfernce.com/speaker/abbas-al-mutair/>

Al-Mutair, A. S., Plummer, V., Clerehan, R. & O'Brien, A. (2014). Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 19(3), 135-144. <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1111/nicc.12040>

American Addiction Centers. (2018). Addiction as a Coping Mechanism and Healthy Alternatives. Hentet fra <https://americanaddictioncenters.org/sobriety-guide/coping-mechanism>

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bell, J. M. (2013). Family Nursing Is More Than Family Centered Care. *Journal of Family Nursing*, 19(4), 411-417. <https://doi.org/10.1177/1074840713512750>

Bugge, K. E. (2001). Hvordan støtte familier i sorg? I M. Kirkevold & K. S. Ekern (Red.), *Familien i sykepleiefaget* (1. utg., s. 87-107). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og Oppgaveskriving* (6. utg., s. 149-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Deakin. (u.å). Pauline Wong. Hentet fra <https://www.deakin.edu.au/aboutdeakin/people/pauline-wong>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Frivold, G., Dale, B. & Slettebø, Å. (2015). Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4), 232-240.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.006>

Gualdani, S., & Pegoli, M. (2014). Spirituality in health care: The role of needs in critical care. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 4(6), 175-177. <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2014.09.003>

Harris, A. & Ursin, H. (2018). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., s. 221-236). Bergen: Fagbokforlaget.

International Council of Nurses. (2002). Nursing definitions. Hentet fra <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

Jensen, P. (2009). *Ansikt til ansikt* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jenum, A. K. & Pettersen, K. S. (2018). Hva betyr lav "health literacy" for sykepleiernes helsekommunikasjon. *Sykepleien*, 9(3), 272-280. 10.4220/sykepleienf.2014.0145

Johnson, A. (2015). Health literacy: how nurses can make a difference. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 21-28. Hentet fra file:///Users/Serina/Downloads/Health_literacy_how_nurses_ca.pdf

Kirkevold, M. (2001). Familien i et helse- og sykdomsperspektiv. I M. Kirkevold & K. S. Ekern (Red.), *Familien i sykepleiefaget* (1. utg., s. 21-44). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kirkevold, M. & Ekern, K. S. (Red.). (2001). *Familien i sykepleiefaget*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør-: Om omsorgens betydning for sykepleie: En presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Oslo: TANO.
- Koukouli, S., Lambraki, M., Sigala, E., Alevizaki, A. & Stavropoulou, A. (2018). The experience of Greek families of critically ill patients: Exploring their needs and coping strategies. *Intensive and Critical Care Nursing*, 45, 44-51.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.12.001>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, A.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: grunnleggende behov* (3. utg., bind 1, s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kyrkjebø, G., Gjeilo, K. H. & Skolbekken, J.-A. (2019). Slik kan pårørende til intensivpasienter få en mer aktiv rolle. *Sykepleien*, 14
10.4220/Sykepleienf.2019.76230
- Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 8(2), 332-339. Hentet fra
https://www.researchgate.net/profile/Nancy_Molter/publication/22883217_Needs_of_relatives_of_critically_ill_patients_A_descriptive_study/links/56e1ef0b08aebc9edb19ccdb.pdf
- Nolen, K. B. & Warren, N. A. (2014). Meeting the Needs of Family Members of ICU Patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(4), 393-406.
<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1097/CNQ.0000000000000040>

- Nsf. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nsf. (u.å.). Definisjoner. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125357/270500/Definisjoner>
- Ordbok, D. N. A. (u.å.). Ivareta. Hentet fra <https://www.naob.no/ordbok/ivareta>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-4
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Researchgate. (u.å.). Sofia Koukouli. Hentet fra https://www.researchgate.net/profile/Sofia_Koukouli
- Ross, C. E., Mirowsky, J. & Goldsteen, K. (1990). The Impact of the Family on Health: The Decade in Review. *Journal of Marriage and the Family*, 52(4), 1059-1078.
doi:10.2307/353319
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4 utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. utg., s. 13-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Stubberud, D.-G. & Eikeland, A. (2013). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (1. utg., s. 165-185). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Turner-Cobb, J. M., Smith, P. C., Ramchandani, P., Begen, F. M. & Padkin, A. (2016). The acute psychobiological impact of the intensive care experience on relatives. *Psychology, Health & Medicine*, 21(1), 20-26.
<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1080/13548506.2014.997763>
- Universitetet i Agder. (2019). Gro Frivold. Hentet fra <https://www.uia.no/kk/profil/grof>
- University, B. (2019). Professor Julie Turner-Cobb. Hentet fra <https://staffprofiles.bournemouth.ac.uk/display/jturnercobb>
- Vilhelm, A. (1985). *Det skjulte samfunn* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Wik, I. (2009). Håp øker mestring. *Sykepleien*. 10.4220/sykepleiens.2001.0004
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S. & Rawson, H. (2015). Families`experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive an Critical Care Nursing*, 31(1), 51-63.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.005>
- Wright, L. M. & Leahey, M. (1994). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (2. utg.). Philadelphia: F.A. Davis.

8. Vedlegg

8.1. Vedlegg I: Tabell for systematisk litteratursøk

CINAHL Søk	Søkeord	Avgrensninger	Treff	Lest (abstract eller artikkel)	Brukt
1	family members or relative or carers or caregivers AND intensive care unit or icu or critical care or critical care unit AND experience	Peer Reviewed Research Article	1051	0	
2	family members or relative or carers or caregivers AND intensive care unit or icu or critical care or critical care unit AND experience	Peer Reviewed Research Article Year: 2014-2019 English Language	429	0	
3	family members or relative or carers or caregivers AND intensive care unit or icu or critical care or critical care unit AND qualitative reseach	Peer Reviewed Research Article Year: 2014-2019 English Language	242	0	
4	family members or relatives AND intensive care unit or icu AND Qualitative reseach	Peer Reviewed Research Article Year: 2014-2019 English Language	98	39	5 -The experience of Greek... -The acute psychobiological.. -Families' experiences of their interactions... -Needs and experiences.. - Meeting the Needs...

5	family members AND intensive care unit AND Norway	Year: 2014-2019 English Language Peer Reviewed	5	5	1 - Family members' experiences..
---	--	--	---	---	---

PubMed Søk	Søkeord	Avgrensninger	Treff	Lest (abstract eller artikkel)	Brukt
1	family AND experience AND qualitative AND intensive care unit or icu AND coping NOT parents or children NOT nurse	Clinical trial Review Last 5 years	10	4	2 -The experience of Greek... -The acute psychobiological..

8.2. Vedlegg II: Sjekkliste

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Artikkel 1. "Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study"

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekkliste. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert? JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

studien ville belyse betydningen av å bli tatt vare på av sykepleiere og leger for slektinger i norske intensivavdelinger. De ønsker finne svar på dette fordi i Norge er det ingen retningslinjer for familier omsorg. Vi har utilstrekkelig kunnskap om nyttige løsninger på omsorgsbehov på intensivavdeling.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien
hensiktsmessig for å finne svar på
problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å
besvare problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

JA

UKLART

NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Intervjuer med lydopptak

Deltakerne fikk fortelle om sine opplevelser helt åpent, og intervjuer spurte noen ganger om de kunne utdype eller fortelle mer om visse ting.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

1 av forskerne er intensivsykepl.
2 av forskerne var mer erfarne innen forskning.

7. Er etiske forhold vurdert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Godkjent av etisk komite

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

JA

UKLART

NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Fenomenologisk hermeneutisk studie.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

JA

UKLART

NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

JA

UKLART

NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Ja, vi får en større forståelse av hvordan familier til akutt kritisk syke opplever å bli møtt og ivaretatt på intensivavdeling. Dette gjør at vi som sykepleiere kan bedre vår praksis i forhold til familie og pårørende for å møte deres behov best mulig.

8.3. Vedlegg III: Molters selvrappoteringskala

NEEDS OF RELATIVES OF CRITICALLY ILL PATIENTS
Molter

Table I. Ranking of needs from most important to least important

Needs	Categories of importance*			
	Not important (1)	Slightly important (2)	Important (3)	Very important (4)
1. To feel there is hope				40
2. To feel that hospital personnel care about the patient	1			39
3. To have the waiting room near the patient	1		5	34
4. To be called at home about changes in the condition of the patient	2	1	2	35
5. To know the prognosis	3		2	35
6. To have questions answered honestly	2		4	34
7. To know specific facts concerning the patients progress	2		7	31
8. To receive information about the patient once a day	4		1	35
9. To have explanations given in terms that are understandable	2	2	7	29
10. To see the patient frequently	2	3	7	28
11. To feel accepted by hospital staff	4	3	6	27
12. To have a bathroom near the waiting room	4	3	8	25
13. To be assured that the best care possible is being given to the patient	8		3	29
14. To know why things were done for the patient	8		4	28
15. To know exactly what is being done for the patient	6	3	4	27
16. To have comfortable furniture in the waiting room	5	3	10	22
17. To know how the patient is being treated medically	6	3	7	24
18. To have friends nearby for support	8	3	5	24
19. To be told about transfer plans while they are being made	5	2	16	17
20. To be assured it is alright to leave the hospital for a while	9	1	7	23
21. To visit at any time	10	3	7	20
22. To have a telephone near the waiting room	10	3	8	19
23. To have explanations of environment before going into ICU for the first time	13	1	5	21
24. To have good food available in the hospital	11	1	16	12
25. To have the pastor visit	16		4	20
26. To talk to the doctor every day	16	1	5	18
27. To have visiting hours start on time	18	2	5	15
28. To talk about the possibility of the patient's death	20	1	3	16
29. To help with the patient's physical care	20	3	3	14
30. To have directions as to what to do at the bedside	20	1	7	12
31. To know which staff members could give what type of information	18	2	13	7
32. To talk to the same nurse each day	21	2	6	11
33. To know about the types of staff members taking care of the patient	23	1	4	12
34. To have a specific person to call at the hospital when unable to visit	21	2	9	8
35. To be told about chaplain services	22	2	5	11
36. To be told about other people who could help with problems	23	2	7	8
37. To have someone be concerned with the relative's health	25	2	8	5
38. To have a place to be alone while in the hospital	28	4		8
39. To be alone at any time	28	4	3	5
40. To be told about someone to help with family problems	32	1	3	4
41. To be encouraged to cry	32	2	1	5
42. To have another person with the relative when visiting in ICU	32	2	1	5
43. To have visiting hours changed for special conditions	34		3	3
44. To have someone to help with financial problems	36	1		3
45. To talk about negative feelings such as guilt or anger	37	2		1

*The category values are 1, 2, 3, and 4, respectively. The numbers in the columns indicate the frequency of responses.

Table II. The needs of relatives of critically ill patients that appear to be influenced by age

Needs	Mean degrees of importance by age categories		
	18-34 yr.	35-59 yr.	60+ yr.
1. For a bathroom near the waiting room	3.6	3.6	2.6
2. For reassurance that the best care possible is being given	4.0	2.8	3.8
3. To know why things are being done for the patient	3.8	3.6	2.0
4. To be told about how the patient is being treated medically	3.9	3.2	2.5
5. To visit at any time	2.5	1.1	2.9
6. To have someone explain the ICU environment before going in for the first time	3.6	2.8	2.2
7. To have the pastor visit	2.2	2.7	3.2
8. To talk about the possibility that the patient may die	2.4	2.7	1.7
9. For direction from the staff as to what is to be expected while at the patient's bedside	2.7	2.5	1.3

Table III. The needs of relatives of critically ill patients that appear to be influenced by socioeconomic status

Needs	Mean degrees of importance by class category*		
	Classes I & II	Classes III & IV	Class V
1. To visit at any time	1.9	2.9	3.6
2. To have a telephone near waiting area	2.1	3.2	2.6
3. To have the pastor visit	1.6	3.2	2.2
4. To talk to the doctor at least once a day	1.4	3.2	2.2
5. To have visiting hours start on time	1.6	2.6	2.5
6. To be able to do some of the physical care of the patient	1.6	2.7	2.2
7. To have a specific person to call at the hospital when unable to visit	1.4	2.2	2.4
8. To be told about other people in the hospital who could help the relative	1.3	2.4	1.9
9. To have someone be concerned for the relative's health	1.0	1.9	2.0
10. To have another person with the relative when visiting the patient for the first time	2.3	1.2	1.1

*Classes range from I (highest socioeconomic status) to V (lowest socioeconomic status).