# Intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar om komplementära och alternativa metoder

FÖRFATTARE Åsa Dahlström
Maria Petroff

PROGRAM/KURS Specialistsjuksköterskeprogrammet
med inriktning mot intensivvård,
60 högskolepoäng
Omvårdnad examensarbete II, OM1650

VT 2009

OMFATTNING 15 högskolepoäng

HANDLEDARE Ingrid Bergh, Britt Borg, Ingvar Frid

EXAMINATOR Mona Ringdal

Sahlgrenska akademin

GÖTEBORGS UNIVERSITET

| | |
|---|---|
| Titel (svensk): | Intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar om komplementära och alternativa metoder |
| Titel (engelsk): | Critical care nurses perceptions of complementary and alternative therapies |
| Arbetets art: | Självständigt arbete |
| Program/kurs/kurskod: | Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård, 60 högskolepoäng /Omvårdnad examensarbete II/ OM1650/VT 2009 |
| Arbetets omfattning: | 15 Högskolepoäng |
| Sidantal: | 35 sidor |
| Författare: | Åsa Dahlström<br>Maria Petroff |
| Handledare: | Ingrid Bergh<br>Britt Borg<br>Ingvar Frid |
| Examinator: | Mona Ringdal |

## SAMMANFATTNING

**Introduktion** Utförandet av komplementära och alternativa metoder styrs av svensk lagstiftning. En viss överlappning mellan komplementära och alternativa metoder och den etablerade sjukvård finns. Någon entydig och helt vedertagen definition på begreppet komplementär och alternativ medicin eller metod finns inte. Det finns en begränsad mängd forskning om intensivvårdssjuksköterskors uppfattning om komplementära och alternativa metoder inom intensivvård.
**Syfte** Syftet med den här pilotstudien var att kartlägga intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar om komplementära och alternativa metoder inom intensivvård.
**Metod** Den metod som användes var en kvantitativ metod. Data insamlades med hjälp av en enkät. Trettio enkäter delades ut till intensivvårdssjuksköterskor på en intensivvårdsavdelning på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Av dessa besvarades nio.
**Resultat** Resultatet visar att intensivvårdssjuksköterskorna var tveksamma till komplementära och alternativa metoders nytta och plats inom intensivvården. Det mest frekvent angivna hindret för att kunna integrera komplementära och alternativa metoder var bristande vetenskapligt stöd. En ökad tillgänglighet av komplementära och alternativa metoder inom intensivvården önskades.
**Diskussion** Det går inte att göra en analys av resultatet pga. att det insamlade materialet inte är representativt samt att vi fick ett stort externt bortfall och pilotstudiens storlek. Pilotstudien påvisade vissa otydligheter och brister i enkätens utformning och validitet, därför kommer det att krävas en viss omarbetning av mätinstrumentet inför den fullskaliga studien.

**Nyckelord:** komplementära och alternativa metoder, intensivvårdssjuksköterska, uppfattning.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING


**INLEDNING……. .....1**
**BAKGRUND .....1**
**VÅRDVETENSKAPLIGT PERSPEKTIV ..... 1**
**Humanistisk människosyn..... 1**
**Vetenskapssyn..... 2**
**Hälsa – ohälsa ..... 3**
**DEFINITIONER..... 4**
**LAGSTIFTNING..... 5**
**NATIONELLA OCH INTERNATIONELLA ORGANISATIONER…. ..... 6**
**FORSKNINGSÖVERSIKT..... 7**
**Intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar om komplementära och alternativa metoder ..... 7**
**Sjuksköterskors uppfattningar om komplementära och alternativa metoder ..... 8**
**Komplementära och alternativa metoder inom intensivvård och postoperativ vård i Norden..... 10**
*Taktil beröring inom intensivvård* **.....10**
*Musik inom intensivvård och postoperativ vård*.....**10**
**PROBLEMFORMULERING ..... 11**
**SYFTE .....11**
**FRÅGESTÄLLNINGAR..... 11**
**BEGREPPSBESKRIVNING..... 11**
**METOD .....11**
**URVAL..... 11**
**MÄTINSTRUMENT ..... 12**
**ANALYSMETOD..... 12**
**FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN..... 13**
**INTERNATIONELLA OCH NATIONELLA ÖVERENSKOMMELSER ..... 13**
**Principen om autonomi ..... 13**
**Principen om att göra gott..... 14**
**Principen att inte skada..... 14**
**Principen om rättvisa ..... 14**
**Risk-/nyttaanalys ..... 14**
**RESULTAT.....15**
**DISKUSSION.....20**
**METODDISKUSSION..... 20**
**Mätinstrument..... 20**
**Urval..... 21**

**RESULTATDISKUSSION** ..... **21**

**REFERENSLISTA** ..... **23**

**BILAGOR**

**1. ENKÄT**

**2 FORSKNINGSPERSONSINFORMATION**

# INLEDNING

I dagens samhälle har sjukvården stor kapacitet att rädda liv. Den medicintekniska utvecklingen och den medicinska forskningen når hela tiden större framsteg, inte minst inom svensk intensivvård. Detta tar sig uttryck i nya möjligheter att rädda patienter på ett sätt idag som tidigare inte var möjligt. Tekniska landvinningar, som exempelvis respiratorn, har gått från att vara avsedd för en specifik patientgrupp till att användas på en större och varierad patientgrupp. De farmakologiska framstegen har varit enorma, allt detta i skarp kontrast till tidigare generationers begränsade möjligheter (1). Samtidigt som denna utveckling skett har vi fått uppfattningen att det finns ett ökat intresse i samhället för användning av komplementära och alternativa metoder. Exempelvis lyfts olika komplementära och alternativa metoder fram i dagstidningar och hälsomagasin.

År 2007 hade fyra av tio amerikaner använt sig av någon komplementär eller alternativ metod under det senaste tolv månaderna (2). I en tidigare amerikansk studie från 2002 (3) påvisas att en av tre amerikaner, vilket representerar 72 miljoner amerikaner använder sig av någon sorts komplementär eller alternativ metod. År 1997 (4) framkom det att allmänheten spenderade 27 miljarder amerikanska dollar på komplementära och alternativa metoder. Pain in Europe (5) är den mest omfattande undersökningen som gjorts i Europa, inom ämnet långvarig smärta. I den svenska undersökningen hade över hälften av de 776 tillfrågade, som ansåg sig ha långvarig smärta, sökt andra behandlingsformer än rent medicinska. De vanligaste behandlingsformerna var sjukgymnastik, akupunktur och massage.

Förhållningssättet gentemot och omvårdanden av patienten har förändrats som ett resultat av omvårdnadsforskningen. Dessa genomgripande förändringar har inte gått människor förbi. Patienter och närstående har blivit allt mer informerade om de möjligheter och metoder som finns inom de medicinska och paramedicinska fälten, vilket lett fram till helt nya krav och önskemål på vården och vårdarna.

Vi har därför blivit intresserade av vilka uppfattningar intensivvårdssjuksköterskor i Sverige har kring komplementära och alternativa metoder.

# BAKGRUND

## VÅRDVETENSKAPLIGT PERSPEKTIV

### Humanistisk människosyn

Alla människor har vissa grundläggande behov, dessa är dels rent kroppsliga men innefattar även psykosociala behov. Människor är således lika andra människor och samtidigt unika, vilket ställer krav på omvårdnadens innehåll och utformning. I medvetenhet om de kulturella skillnader som finns måste vården förmedla en humanistisk människosyn, vilket innebär att varje människa har ett egenvärde, som inte motsvarar hennes prestationer i samhället eller individuellt, utan är konstant och oberoende av åsikter och handlingar (6). Vidare håller den humanistiska människosynen det för uppenbart att människorna är fria att agera utifrån sin vilja i samspel med sin omgivning och alla faktorer som påverkar dem i densamma. Detta synsätt är till sin art holistiskt, dvs. det omfattar såväl fysiska, som psykosociala och andliga aspekter av det mänskliga livet. Det holistiska synsättet menar att helheten är större än dess ingående delar (7). Då

vårdaren möter patienten är det med bakgrund av denna humanistiska syn som vi både vågar och kan vårda på ett unikt individanpassat sätt (8). Vårdaren måste inte bara anpassa sig utifrån det humanistiska perspektivet och de individuella behov som de möter, utan även utifrån olika psykologiska perspektiv. I ett psykologiskt perspektiv är människan en person, som förutom att ha en kropp också har ett medvetande fyllt av känslor, upplevelser och minnen. Det är därför viktigt att beakta just människan som en person (7), vilken annars riskera att förloras i dagens högkvalitativa, men också i många stycken instrumentella vård. Vi ser det som att en möjlighet ges via komplementära och alternativa metoder att kunna ytterligare tillgodose individuella behov och vårda ur ett humanistiskt perspektiv.

**Vetenskapssyn**

Omvårdnadsteoretikern Watson (9) menar att vetenskaplig utveckling och teoriutveckling är alla besläktade med konsten, humanvetenskapen och filosofin. Hänsyn måste tas till människans behov av estetik, helhet, tro, inspiration och upptäckter. När omvårdnaden betraktas som en humanvetenskap kan vårdaren kombinera vetenskapen med konstnärligheten. Humanvetenskapen grundar sig på en kunskapsteori som kan innefatta såväl metafysik som estetik, humaniora, konst och empiri, därav kan komplementära och alternativa metoder vara ett komplement till den traditionella vården.

Watson (9) beskriver att när konst och vetenskap förenas kommer människans behov av estetik, helhet och tro att beaktas, där synen på människan inte längre är ett objekt med fakta, utan istället blir ett subjekt med subjektiva erfarenheter. Hänsyn skall tas till att omvårdnadens kunskaper inom mänsklig omsorg skiljer sig från medicinska kunskaper och på så sätt kan utgöra ett komplement till varandra. Utifrån ett humanvetenskapligt perspektiv som grundar sig på en filosofi om mänsklig frihet, val och ansvar skapas en vård som i sin tur grundar sig på en helhetssyn och patientens delaktighet. Detta leder till en kontext med mellanmänskliga händelser, processer och relationer. Utifrån dessa kontexter skapas en öppen vetenskaplig världsbild.

Eriksson (8) beskriver naturlig vård som: *”konsten att leva och låta leva att forma egna mål men stödja andras att vara en växande del i helheten*” (8, sid. 53). En vård som kan innefatta ett sökande efter alternativa vårdformer kan härledas till den naturliga vården och därmed en helhetssyn på människan (8). Utifrån detta synsätt finns det en plats för komplementära och alternativa metoder i vårdandet. Den yrkesmässiga vården skall finnas till och primärt fungera som ett stöd för den naturliga vården, menar Eriksson (8). Genom att den naturliga vården får utvecklas kan behovet av yrkesmässig vård på så sätt minskas. Med hoppet som drivkraft och kärleken som symbol för den etiska grundprincip som våra vårdhandlingar vilar i, kan en vård skapas med helhetssyn på människan (8).

För att kunna skapa helhetssyn inom vården bör alla som jobbar tillsammans ha någon gemensam nämnare i sina paradigm menar Eriksson (8). De som arbetar i vården bör eftersträva att arbeta utifrån gemensamma intressen. Samverkan mellan olika professioner är ett exempel på en vårdform där vårdpersonal med olika yrkesbakgrund arbetar tillsammans med en förmåga till gränsöverskridning.

**Hälsa – ohälsa**

Att leva hälsosamt innebär inte med nödvändighet detsamma som att vara frisk, inte ens att ha hälsa. Däremot är hälsa ett begrepp som kopplar ihop upplevelsen av att vara frisk och att känna välbefinnande oavsett förekomst av sjukdom eller inte (8). Omvänt innebär inte ohälsa nödvändigtvis sjukdom, utan bara upplevelse av en inre oro eller disharmoni. Denna inre oro och dess orsaker kan vara mer eller mindre medvetna, men upplevelsen av den skapar lika fullt en känsla av ohälsa. Upplevelse av hälsa eller ohälsa hänger således samman med den enhet sinnet, kroppen och själen bildar, antingen i harmoni eller i disharmoni (9).

Det mänskliga beteendet att vårda är sannolikt lika gammalt som människan själv. Det så självklara åtagandet att ta hand om de sjuka och skadade har utvecklats till en moralisk förpliktelse, genom att vårda den mänskliga värdigheten (8, 9). Det mellanmänskliga samspel vårdandet utgör medför med nödvändighet att man ser människan som en helhet av såväl kropp, själ som ande, eftersom varje del har lika stort behov av ömsesidigt utbyte (8).

Målet blir därför att stödja de olika aspekterna av det mänskliga för att underlätta utvecklandet av självkännedom, självomsorg och självaktning. För detta krävs förståelse för sambanden mellan sjukdom och hälsa i det mänskliga sammanhanget. För att kunna göra det på ett individuellt plan behöver vi förstå den enskilda patientens upplevelse, såväl ur andligt som kulturellt perspektiv, med respekt för den mänskliga mångfalden. Om vi som sjuksköterskor genom att stimulera patienters självbestämmande och vilja till självkontroll kan hjälpa dem att finna mening med livet trots lidande och oro har vi närmat oss målet. För att utföra mänsklig omvårdnad fordras det kunskaper om patientens individuella behov, dess styrka och begränsningar samtidigt som vi som vårdare skall känna till vår egen styrka och begränsningar (9). Komplementära och alternativa metoder kan vara en hjälp för vårdaren och patienten att försöka uppfylla de individuella behoven.

Watson (9) beskriver tio karitativa faktorer, som hon anser är nödvändiga i genomförandet av god omvårdnad. De står i relation till kunskapen om mänsklig omvårdnad. Inom de karitativa faktorerna beskrivs tro och hopp som de grundläggande elementen i hela omvårdnadsprocessen. Där personlig tro och personliga värderingar är viktiga bemästringsresurser för vårdaren. En viktig utgångspunkt är att lära känna sig själv för att kunna lära känna andra och på så sätt skapa mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit. Det krävs en klinisk kompetens och en kunskapsbas i vårdandet av människan för att bemästra de karitativa faktorerna. Watson (9) anser att vårdarens tillvägagångssätt för omvårdnaden skall bygga på en vetenskaplig grund samtidigt som en öppenhet gentemot andra metoder skall ges utrymme inom vården.

Eriksson (8) beskriver omvårdnad utifrån tre begrepp – ansa, leka och lära . Begreppet ansa betyder att sjuksköterskan förmedlar värme, närhet och beröring för att uttrycka vänskap och en välvilja gentemot den andra personen. En viss anknytning kan finnas till komplementära och alternativa metoder inom begreppet att ansa. Leka står för övning, prövning, lust och skapande som kan leda till att en önskan uppkommer mellan sjuksköterska och patient. Detta kan ske genom att sjuksköterskan har förmåga att underkasta sig och låta individen själv ha kontrollen. Målet för lärandet är självförverkligande där sjuksköterskans uppgift är att hjälpa patienten att återvinna sitt oberoende.
Utifrån de beskrivna omvårdnadsteorierna stöds den här studiens antagande om att komplementära och alternativa metoder kan vara ett tillägg till dagens medicinska kunskaper.

## DEFINITIONER

Det finns inte någon entydig och helt vedertagen definition på begreppet komplementär och alternativ medicin eller metod. Det vanligaste sättet att definiera alternativmedicin är genom att beskriva de metoder som inte traditionellt lärts ut till hälso- och sjukvårdspersonal i det rådande politiska systemet (10).

I en rapport om komplementära och alternativa metoder skriven på uppdrag av landstingsförbundet i Stockholm beskrivs enligt Eklöf och Kullberg (10) fyra varianter av komplementära metoder i Sverige:

- *Obehöriga yrkesutövare som verkar självständigt utanför Socialstyrelsen tillsyn, och där patienterna/konsumenterna komplimenterar den konventionella vården efter eget val.*
- *Formaliserat samarbete genom remisser eller vårdavtal med institutioner och yrkesyrkesutövare utanför den offentliga vården, i regel behörig hälso- och sjukvårdspersonal.*
- *Behörig hälso- och sjukvårdspersonal utövar metoder för hälso- och sjukvård som inte ingår i respektive grundutbildning och som brukar kalla komplementära.*
- *Nära samarbete under samma tak mellan behörig personal respektive obehörig komplementärmedicinska yrkesutövare.*

Definitionen på komplementär och alternativmedicin enligt nationalencyklopedin (11) är: ”*sjukdomsbehandlande och besläktade åtgärder som utförs utanför den etablerade hälso- och sjukvården. Den senare (kallad skolmedicin av alternativmedicinens företrädare) är baserad på medicinsk vetenskap och på utbildningar som försiggår i offentlig regi eller under offentlig tillsyn. Alternativ medicin bedrivs av utövare som är självlärda eller har genomgått utbildning anordnad av t.ex. en branschorganisation.”* I internationella sammanhang talar man ofta om *complementary alternative medicine* (CAM) eller *complementary alternative therapy* (CAT) som enligt nationalencyklopedin har samma definition som ovan är beskriven (11).

*World health organisation* (WHO) (12) beskriver att komplementärmedicin eller alternativmedicin används omväxlande och synonymt med traditionell medicin i vissa länder. Begreppen avser en stor mängd metoder som inte traditionellt sett är en del av landets egen hälsotradition och inte heller anammats av landets dominerande hälsoväsende. Traditionell medicin definieras enligt WHO som den samlade mängd kunskap, färdigheter och metoder med ursprung i en kulturs opåverkade och inhemska världsuppfattning, teoribildning och erfarenheter, oavsett om de är tillämpliga eller ej, vilka används för att upprätthålla hälsa, förebygga, diagnostisera, samt behandla kroppslig såväl som mental ohälsa (12).

I USA finns ett nationellt centra för forskning om komplementära och alternativa metoder, *National Center for complementary and alternativ medicin* (NCCAM) (13), deras definition av komplementära och alternativa metoder är: en grupp av olika verksamheter och produkter som för närvarande inte anses vara en del av den traditionella medicinen. De skiljer på begreppen komplementär medicin och alternativ medicin, där de beskriver komplementär medicin som en metod som används tillsammans med konventionell medicin medan alternativ medicin används istället för konventionell medicin.

I denna studie kommer begreppet komplementära och alternativa metoder att användas istället för komplementära och alternativa mediciner för att inte förknippas med metoder som enbart associeras med medicin.

## LAGSTIFTNING

Utförandet av komplementära och alternativa metoder styrs av svensk lagstiftning. I svensk författningssamling 1998:531 (14) beskrivs skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal. Där står det skrivet att: *"Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall visas omtanke och respekt*."

Vidare beskrivs begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder för de som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och som yrkesmässigt undersöker en annan persons hälsotillstånd eller behandlar sjukdomar. Det innebär att behandling inte får ges mot smittsamma sjukdomar som faller under smittskyddslagen, behandling av cancer och andra elakartade svulster, diabetes, epilepsi eller sjukliga tillstånd i samband med graviditet eller förlossning. Dessutom får man inte undersöka eller behandla en person under allmän bedövning, under lokal bedövning eller under hypnos. Personer som utövar verksamhet och som styrs av den här författningen får inte utan personlig undersökning lämna skriftliga råd eller anvisningar för behandling. Den som utövar verksamhet får inte undersöka eller behandla barn under åtta år (14).

En viss överlappning mellan komplementära och alternativa metoder och den etablerade sjukvården finns. Kiropraktik och naprapati har godkänts som behandlingsformer genom att utövarna från och med 1989 respektive 1994 har möjlighet att få legitimation av Socialstyrelsen och anses inte längre som alternativa. I SFS 1998:1513 (15) beskrivs det att för att få legitimation som naprapat krävs fullgjord utbildning som omfattar minst fyra års studier på heltid och som ger grundläggande teoretiska och kliniska kunskaper i medicinska ämnen med särskild inriktning på manuell medicin. Praktisk tjänstgöring skall genomföras enligt 1998:531 (14) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område under en tid som motsvarar ett års heltidstjänstgöring. Tjänstgöringen skall fullgöras under handledning vid en av Socialstyrelsen godkänd enskild läkar-, naprapat- eller kiropraktormottagning eller vid en godkänd enhet inom den offentliga hälso- och sjukvården. Under samma lag styrs kiropraktorernas utbildning för att kunna erhålla legitimation.

## NATIONELLA OCH INTERNATIONELLA ORGANISATIONER

*Nasjonalt forskingssenter innen komplementær og alternativ medisin* (NAFKAM) (16) är ett center i Norge på den medicinska fakulteten på Universitet i Tromsö. Centret grundades av det norska hälso- och sjukvårdsdepartementet. NAFKAM befrämjar, tillämpar och koordinerar forskning från Norge inom komplementära och alternativa metoder. NAFKAM arbetar även med utbildning, rådgivning, information och med internationella och nationella samarbets- och nätverksuppbyggnad. NAFKAM driver också *Register for eksepsjonelle sykdomsforløp* (RESF) (17) som är ett skandinaviskt register som samlar information från människor som upplevt ovanliga sjukdomsframsteg efter att ha använt sig av alternativ behandling. Centret har en hög internationell status inom området och valdes 2008 till WHO´s första samarbetscentrum i norra Europa. De skall bistå WHO i sitt arbete med att utbilda forskare i hur de skall närma sig forskningsområdet (17). *The National CAM Information Bank* (NIFAB) (18), blev lanserade efter anslag från den norska regeringen, de har som syfte att ge människor tillgång till kvalitetssäkrad information om alternativ behandling.

*National Center for complementary and alternativ medicin* (NCCAM) (13) i USA arbetar med att stödja forskning inom komplementära och alternativa metoder, få ut forskningsrön till allmänheten och professionella samt att utbilda forskare. För att på så sätt kunna visa vilka metoder som är bevisat säkra och effektiva.

*Videns- og forskningscenter for alternativ behandling* (VIFAB) (19) i Danmark är en självständig organisation men lyder under det danska social- och hälsodepartementet. Det är ett forskningscentra som stödjer forskning inom komplementära och alternativa metoder. Organisationen fungerar även som en kunskapskälla för befolkningen samt verkar för att öppna upp en dialog med hälso- och sjukvårdspersonal.

I Sverige har Karolinska institutet i Stockholms läns landsting (20) inrättat forskningscentra kring integrativ vård. Forskningscentret är involverad i forskning, utveckling och utbildning inom områden som traditionella, komplementära, alternativa och integrerade metoder. Deras huvudsakliga syfte är att bidra till utveckling av integrativ vård baserad utifrån en multidisciplinär evidensbaserad forskning för att kunna användas inom hälso- och sjukvården.

## FORSKNINGSÖVERSIKT

Sökord för forskningsöversikten:
*Critical care nursing, Alternative therapies, Therapeutic touch, Music, Nurse, Critical care nurse, attitude, complementary therapy och CAM.* De artiklar som inte svarade mot syftet exkluderades. Översiktstabell över tidigare forskning se tabell 1.

Tabell 1. Sökord för forskningsöversikt.

| **Databas** | **Sökord** (Engelska, med abstract, peer reviewed) | **Sökresultat** | **Artiklar för komplett genomläsning** | **Antal artiklar till studien** | **Referens Nummer** |
|---|---|---|---|---|---|
| Cinahl | Critical care nursing+Alternative therapies | 11 | 6 | 6 | 21,22,23 24,25,26 |
| Cinahl | Critical care nursing + Therapeutic touch | 8 | 6 | 0 | |
| Cinahl | Critical care nursing + Music | 11 | 4 | 0 | |
| Cinahl | Nurse+Alternative therapies | 106 | 14 | 11 | 23,24, 25, 26,27, 28, 29,30, 31, 33,34 |
| Pubmed | Critical care nurse + attitude +complementary therapy | 43 | 6 | 4 | 24,25,26, 34 |
| Pubmed | Nurse + attitude+CAM | 18 | 8 | 1 | 31 |
| NOFI | Inget | 2 | 2 | 2 | 35,36 |

### Intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar om komplementära och alternativa metoder

I Storbritannien utfördes en studie (21) på 45 intensivvårdsavdelningar i London där syftet var att undersöka utbredning och integrering av komplementära och alternativa metoder. Deras resultat visade att hälften av de intensivvårdsavdelningarna som deltog använde sig av någon form av komplementära och alternativa metoder. De kunde inte via sin studie se någon dokumenterad och kritiskt granskad utvärdering av de metoder som utfördes. Intensivvårdssjuksköterskorna talade istället ofta om positivt upplevda resultat, som att patienterna hade minskat behov av analgetika, upplevdes mindre ångestfyllda och sov bättre. Den huvudsakliga orsaken till att intensivvårdsavdelningar inte använde sig av komplementära och alternativa metoder var brist på intresse, tid och kunskap. Studien påvisar även ett intresse för införande eller fortsatt användning av komplementära och alternativa metoder. De metoder som visades vara mest populära var massage och aromaterapi.

I USA har man gjort liknande studier. I en studie (22) framkom det att mer än hälften av de 138 tillfrågade intensivvårdsjuksköterskorna var öppna inför användandet av

komplementära och alternativa metoder, en fjärdedel uppgav att de var angelägna att använda dem. Liknande resultat finns att hitta i ett flertal amerikanska studier där en stor del av de tillfrågade är positiva mot användandet av komplementära och alternativa metoder (22-25).

Meghani (22) har undersökt om intensivvårdssjuksköterskor upplever sin arbetsmiljö som stressig och om det finns en korrelation mellan upplevd stress och en önskan om att använda alternativa och komplementära metoder på patienterna som vårdas inom intensivvården. I resultatet framkom att över 90 % upplevde sin arbetsmiljö som måttlig eller extremt stressig. Det framkom inte några samband mellan hur stressig arbetsmiljön upplevdes vara och viljan att använda sig av metoderna.

I ett flertal studier (22-25) undersöktes vilka hinder som intensivvårdssjuksköterskor upplevde fanns med att integrera komplementära och alternativa metoder med den traditionella medicinen. De hinder som upplevdes störst var brist på kunskap, tid och personalutbildning. Andra hinder som beskrevs var: avsaknad av meriterade utövare, utrustning samt motstånd från läkare och kollegor. Studier (22, 24-26) har också visat att en majoritet uttryckte ett intresse för att få ökad kunskap inom komplementära och alternativa metoder.

I en studie (23) redovisas att 98 % av 726 tillfrågade intensivvårdssjuksköterskor har använt sig av en eller flera komplementära och alternativa metoder inom intensivvård. De vanligaste metoderna var: kost, motion, avslappningsövningar, massage, tröst, andlig vägledning och bön, de minst vanliga metoderna var traditionell kinesisk medicin eller qi gong (23,24).

Över 80 % av 138 tillfrågade intensivvårdssjuksköterskor ansåg att komplementära och alternativa metoderna skulle ha någorlunda bevisad effekt. De metoder som ansågs mest legitima var korrelerade till dem som ansågs ge mest positiv effekt. Många av intensivvårdssjuksköterskorna kunde inte ange de metoder som de ansåg var legitima (24). De metoder som ansågs legitima av tre fjärdedelar av de 726 tillfrågade var kost, motion, massage, tröst, bön, avslappningsövningar, musikterapi, meditation, djurterapi och beteende medicin. De metoder som inte ansågs legitima var användandet av megavitaminer, elektronisk terapi och magnet terapi. Majoriteten av de tillfrågade önskade mer kunskap om de olika metoderna som de ansåg legitima. Motion och kost var de metoder som intensivvårdssjuksköterskorna hade störst erfarenhet av (23). De metoder som intensivvårdssjuksköterskorna ansåg vanligast var även de metoder som de ansåg sig ha mest kunskap om (24). De intensivvårdssjuksköterskor som använde sig av komplementära och alternativa metoder privat var mer positivt inställda att använda sig av det i sin profession (23, 24, 26).

Intresset för ämnet förde oss vidare att studera den forskning som är utförd på sjuksköterskor då det finns begränsad mängd forskning om intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar.

**Sjuksköterskors uppfattningar om komplementära och alternativa metoder**

I en studie från Hong Kong (27) framkom det att 70 % av de 187 tillfrågade sjuksköterskorna ansåg att komplementära och alternativa metoder borde integreras med den etablerade västerländska medicinen och att den traditionella sjukvården kunde dra nytta av dessa kunskaper. Större delen av deltagarna ansåg att det inte fanns något hinder för att kombinera komplementära och alternativa metoder med traditionell medicin och många var överens om att de hade färre biverkningar än västerländsk medicin. Nästan alla

tillfrågade ansåg att komplementära och alternativa metoder kunde lindra symtom vid sjukdom och två av tio ansåg att de var minst lika effektiva som västerländsk medicin vid akuta tillstånd (27) .

I en kanadensisk studie (28) påvisades det att fyra femtedelar av de 304 tillfrågade sjuksköterskorna inte använder sig av komplementära och alternativa metoder. Den metod som var vanligast och hade mest stöd var massage. Sjuksköterskorna hade svårt att stödja metoder vars syfte eller principer de inte förstod (28). I en israelisk studie (29) framkom det att större delen av de 369 tillfrågade sjuksköterskorna inte använder komplementära och alternativa metoder i arbetet. De använde sig dock av metoderna privat i samma utsträckning som befolkningen i övrigt.

I den kanadensiska studien (28) påvisades också att många av deltagarna tror att komplementära och alternativa metoder kan ha en betydande roll vid kroniska sjukdomar samt inom den postoperativa vården. Runt hälften av sjuksköterskorna i den israeliska studien (29) ansåg att komplementära och alternativa metoder kunde användas som ett bra komplement till den västerländska medicinen. Många sjuksköterskor anser sig ha för dåliga kunskaper om komplementära och alternativa metoder för att kunna integrera dem i sitt arbete, samtidigt fanns en önskan om mer kunskap i ämnet (27, 30-32). Det framhölls även en önskan att läkare skulle vara mer insatta och intresserade i ämnet (27).

Sjuksköterskor som hade en positiv inställning till komplementära och alternativa metoder hade ett större intresse av att använda sig av metoderna (29, 30) medan de som var skeptiska hade ett mindre intresse av metoderna. De sökte inte heller information om komplementära och alternativa metoder samt ville inte involveras sig i patientens val av metoder. De som kände de sig osäkra inom området valde att hålla en låg profil och varken stödja eller motsätta sig av användandet (30).

Fler än hälften av sjuksköterskorna i den kanadensiska studien (28) kände sig obekväma att diskutera komplementära och alternativa metoder med patienter och anhöriga, trots detta diskuterade ändå över hälften av deltagarna ämnet med patienter och anhöriga. I studien från Hong Kong (27) kände sig hälften av deltagarna bekväma med att diskutera komplementära och alternativa metoder med sina patienter. I USA genomfördes en studie (33) som påvisade att 90 % av 515 tillfrågade sjuksköterskor rekommenderade användandet av komplementära och alternativa behandlingar till sina patienter trots att deras kunskap inte kom från professionell undervisning. En av tre sjuksköterskor från studien i Hong Kong (27) hade i varierande grad tagit initiativet till att diskutera interaktionen av komplementära och alternativa metoder med den västerländska medicinen med sina kollegor.

Sjuksköterskorna hade få möjligheter att lära sig om komplementära och alternativa metoder på sin arbetsplats, utan använde sig främst av media, internet eller information från sina kolleger och vänner. Få sökte kunskap hos de personer som utövade komplementära och alternativa metoder (27, 28, 33). Sjuksköterskor uppgav en önskan om mer evidens inom olika komplementära och alternativa metoder (30).

## Komplementära och alternativa metoder inom intensivvård och postoperativ vård i Norden

Inom omvårdnadsforskningen finns det få studier om komplementära och alternativa metoder inom intensivvården i Norden. Via nordiskt nätverk för omvårdnadsforskare inom intensivvård (NOFI) (34) finns två avhandlingar inom komplementära och alternativa metoder.

### *Taktil beröring inom intensivvård*

Henricson (35) har i sin avhandling; *Tactile touch in intensive care. Nurses´ preparation, patient´s experiences and the effect on stress parameters* haft ett övergripande syfte att studera om taktil beröring som komplementär metod kan främja välmående och reducera stressreaktioner vid vård på intensivvårdsavdelningar.

I avhandlingens resultat framkommer det att när sjuksköterskan/undersköterskan utförde taktil beröring lade hon/han till rollen som beröringsterapeut till sin vanliga professionella roll.

Vidare i avhandlingen utgår forskaren från hypotesen att taktil beröring skulle öka oxytocinnivåerna i blodet efter varje session av taktil beröring och att nivåerna skulle stiga under en sexdagars period. Studien var en jämförelsestudie med en kontroll grupp. Resultatet visade att taktil beröring inte gav någon signifikant ökning av oxytocinnivån. Det som dock framgick var skillnader i oxytocinnivåer mellan grupperna. Interventionsgruppens oxytocinnivåer bibehölls under dagarna som de observerades medan patienterna i kontrollgruppens värden sakta sjönk under samma period. Resultaten var inte statistiskt signifikanta.

I intervjuer med patienter framkom det i resultatet att betydelsen av att få taktil beröring under vårdtiden på intensivvårdsavdelningen, tolkades av Henricson (35), som att befinna sig i ett föreställt rum som skapades av patienten och den som utförde taktil beröring. I detta rum fick patienten möjligheter att uppleva att kroppen vakande till liv, tiden stod still och omgivningen försvann för ett ögonblick. Det skapade möjligheter för patienten att fokusera på sig själv samt glömma sjukdom och smärta. Patienten kunde njuta av den taktila beröringen och det gav hopp inför framtiden.

### *Musik inom intensivvård och postoperativ vård*

*The effect of music and music in combination with therapeutic suggestions on postoperative recovery* är en avhandling av Nilson (36) vars syfte var att testa om lugn avslappnande musik med eller utan terapeutiska suggestioner (avslappnande tal med positiva förslag) som gavs under operation med narkos eller direkt efter operation kunde påverka patientens postoperativa återhämtning. Studierna var jämförelsestudier med kontrollgrupper. Resultaten visade att de patienter som fick musik under operation och de patienter som fick musik i kombination med terapeutiska suggestioner skattade mindre smärta de första timmarna postoperativt samt dagen efter operationen och hade ett mindre behov av smärtstillande medel än kontrollgrupperna. De mobiliserades även snabbare och upplevde en mindre trötthet vid hemgång. Den enda skillnaden mellan grupperna i de olika studierna var att patienterna som lyssnade till musik postoperativt skattade en lägre oro den första postoperativa timmen, hade en reducerad ökning av glukos och en större reduktion av kortisonvärdet i blodet (36).

### PROBLEMFORMULERING

Det finns en begränsad mängd forskning som är inriktade på hälso- och sjukvårdspersonals uppfattningar om komplementära och alternativa metoder inom sjukvården, speciellt inom intensivvården. Ett fåtal studier har utförts framför allt i Storbritannien och USA, där man forskat om intensivvårdssjuksköterskors attityder och uppfattningar om komplementära och alternativa metoder inom intensivvård. Motsvarande studier har inte återfunnits inom svensk intensivvård. Utifrån brist på forskning inom området har vårt syfte vuxit fram.

## SYFTE

Syftet med studien är att kartlägga intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar om komplementära och alternativa metoder inom intensivvård.

### FRÅGESTÄLLNINGAR

- Hur stort intresse har intensivvårdssjuksköterskor för komplementära och alternativa metoder?
- Har de någon erfarenhet av komplementära och alternativa metoder inom intensivvården och har dessa erfarenheter uppfattats som positiva eller negativa?
- Anses det att komplementära och alternativa metoder kan vara ett bra och verksamt komplement till den traditionella sjukvården?
- Är det viktigt att metoderna har god evidens?
- Vilka hinder uppfattar intensivvårdssjuksköterskan att det finns för att kunna integrera komplementära och alternativa metoder på intensivvårdsavdelningar?

### BEGREPPSBESKRIVNING

I studien benämns begreppet uppfattning där vi antar nationalencyklopedins definition på uppfattning (37): *personligt sätt att betrakta och bedöma något.*

## METOD

I kvantitativa studier finns det ofta ett antagande om vilka tänkbara resultat som undersökningen kan ge. En kvantitativ ansats bör väljas då syftet är att undersöka hur ofta, hur många, hur vanligt förekommande något är eller undersöka om samband finns (38-40). I denna studie valdes en kvantitativ ansats med enkäter som mätinstrument då vårt syfte och våra frågeställningar avser att kartlägga intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar om komplementära och alternativa metoder.

Beskriven metod kommer att testas med en pilotstudie vars syfte är att pröva användbarheten av metoden och mätinstrument.

### URVAL

Inklusionskriteriet i studien är att deltagarna är intensivvårdssjuksköterskor som arbetar på någon av de sju intensivvårdsavdelningar som finns på Sahlgrenska Universitetssjukhus i Göteborg. Respondenterna kommer att bestå av en totalundersökning av samtliga intensivvårdssjuksköterskor på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Via kontakt med personalchef (personlig kommunikation via mail

4 maj 2009 med P-O Blomqvist) på Sahlgrenska Universitetssjukhus, fick vi uppgifter om att i maj 2009 arbetar 367 intensivvårdssjuksköterskor på de samtliga sju intensivvårdsavdelningarna inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg . En förfrågan om medverkan i den fullskaliga studien kommer att ställas per telefon till vårdenhetscheferna på respektive avdelning. Efter samtycke till medverkan i studien från vårdenhetschefen kommer en tid att bestämmas då forskarna får möjlighet att muntligt informera intensivvårdssjuksköterskorna om studiens syfte. Forskarna kommer själva att distribuera ut enkäten med medföljande frankerat svarskuvert till samtliga intensivvårdssjuksköterskors personliga fack. Påminnelsebrev kommer att delas ut vid två tillfällen av forskarna till samtliga intensivvårdssjuksköterskors personliga fack på arbetsplatsen efter det att svarstiden utlöpt.

I pilotstudien valdes en intensivvårdsavdelning på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Kontakt togs med vårdenhetschefen som förmedlade kontakten vidare till en av avdelningens vårdlärare. Trettio enkäter och medföljande forskningspersonbrev (Bilaga 1 och 2) distribuerades ut via vårdläraren till intensivvårdssjuksköterskor. Av de trettio enkäterna som delades ut fick vi nio besvarade. Sista svarsdatum på enkäterna sträckte sig två veckor från det att de distribuerades ut. Vårdläraren fick via telefon vid ett tillfälle förfrågan om hon kunde påminna om studien till samtliga intensivvårdssjuksköterskor som tilldelats en enkät, vilket vårdläraren lovade göra. Efter det att svarstiden löpt ut hämtades enkäterna personligen på avdelningen av författarna till pilotstudien.

## MÄTINSTRUMENT

Mätinstrumentet är en egenkonstruerad enkät (se bilaga 1). Enkäten har både kvalitativa individrelaterade variabler: som t.ex. kön som kvantitativa variabler där vi använt oss av nominala och ordinala skalor som grund för svarsalternativen. I enkäterna finns även öppna svarsalternativ för att ge utrymme för ytterligare information och minska känslan av begränsning som fasta svarsalternativ kan ge (39, 41, 42).

## ANALYSMETOD

I studien kommer analysen av insamlat material utgöras dels av deskriptiv statistik, vilket innebär att man statistiskt beskriver och summerar data med t.ex. procentsatser, medelvärde och medianvärde i form av figurer och tabeller, och en statistisk analys där slutsatser, samband och skillnader mellan olika variabler kan presenteras. Studien är en tvärsnittsstudie med enkäter som mätinstrument Data kommer att senare analyseras i SPSS (Statistical Package for the Social Science), version 17, för att studera samband med Spearmans rangkorrelationskoefficient samt skillnader mellan oberoende grupper med Mann-Whitneys U-test (41).

I pilotstudien presenteras resultatet med deskriptiv statistik då syftet är att kartlägga intensivvårdssjuksköterskors uppfattning om komplementära och alternativa metoder (41). Insamlat material har sammanställas och behandlats dels i Excel och i SPSS version 17.

# FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

## INTERNATIONELLA OCH NATIONELLA ÖVERENSKOMMELSER

Nürnbergkodexen uppstod som ett resultat av rättegångarna i Nürnberg 1947 efter andra världskrigets slut. I kodexen slås exempelvis fast att informerat samtycke krävs och att forskningen skall ha goda konsekvenser för samhället samt att riskerna för försökspersoner skall minimeras. Därtill framhölls aspekter ur autonomiprincipen som att varje deltagare har rätt att när som helst avbryta sitt deltagande i ett experiment och att den som leder ett försök skall avbryta försöket om det verkar troligt att en deltagare skadas (43). Efterföljare till Nürnbergkodexen är Förenta Nationernas (FN) förklaring om mänskliga rättigheter från 1948 (44).

En deklaration som är specifikt inriktad mot biomedicinsk forskning som involverar människor är Helsingforsdeklarationen från 1964 (45), och är fortfarande ett grundläggande dokumentet för denna typ av forskning. I svensk lagstiftning finns som en vidareutveckling av Helsingforsdeklarationen, Lag 2003:460 (46). Den tillämpas på forskning som innefattar behandling av känsliga personuppgifter, forskning som innebär ett fysiskt ingrepp på en forskningsperson eller utförs enligt en metod som syftar till att påverka forskningspersonen fysiskt eller psykiskt, samt studier på biologiskt material som kan kopplas till enskilda personer. Syftet med lagen är att skydda den enskilda människan och respektera människovärdet vid forskning, vilket medför att forskning bara får godkännas om den kan utföras med respekt för människovärdet och att mänskliga rättigheter och grundläggande friheter beaktas vid en etikprövning.

Innan projekt startas prövas det ofta av en regional etisk nämnd, dessutom kan en anslagsgivare beställa en etisk prövning innan det finansieras. En etiknämnd ska bedöma om ett projekt är vetenskapligt hållbart och försvarligt att utföra ur ett kunskapsmässigt perspektiv. De bedömer om de förväntade vinsterna överstiger de eventuella risker som genomförandet kan medföra. Nämnden ska också försäkra sig om att forskningspersoner i tillräcklig grad informeras om vad det innebär att delta i projektet och kan lämna ett adekvat samtycke. Forskarna har alltid det primära ansvaret gentemot informanter, patienter och försökspersoner (47, 48, 49).

Respekten för människovärdet tas upp i International Council of Nurses (ICN) etiska koder för sjuksköterskor (50). I ICN:s etiska koder nämns även sjuksköterskans ansvar för att utarbeta och tillämpa riktlinjer inom omvårdnad, ledning, forskning och utbildning. Samtidigt betonas också sjuksköterskans ansvar för att den enskilda individen ges information som ger förutsättningar för samtycke till vård och behandling.

### Principen om autonomi

Denna princip utgår från att varje människa är en självständig individ med rätt att bestämma över sig själv. Det får inte förekomma någon form av tvång gentemot personen/individen. Forskningen skall bygga på individens fulla och informerade samtycke. Man skall visa respekt för deltagarnas värdighet, integritet och sårbarhet. Detta innebär att man skall respektera principer som frivillighet, skydd av privatliv, informerat samtycke såväl som rätten att dra sig ut forskningsprojektet utan att ange skäl till detta och det skall inte heller skall medföra några konsekvenser för fortsatt kontakt med hälso- och sjukvården. Tystnadsplikt skall råda och allt material avidentifieras så ingen av deltagarnas identitet kan härledas i resultatet (51).

Vi har tagit hänsyn till principen om autonomi genom frivilligt deltagande och beskrivit rätten att kunna avsluta sitt deltagande i studien för respondenterna utan den får några

konsekvenser. Genom att koda enkäter och enkätsvar skyddas respondenten så att ingen individs identitet går att härleda. l förfrågan om deltagande i studien informeras respondenten kring studiens upplägg och syfte . Därtill behandlas enkätsvaren i enlighet med Personuppgiftslagen (52).

**Principen om att göra gott**

Den forskning som skall bedrivas måste medföra nytta för den eller de grupper forskningen avser. Deltagarna skall ges möjlighet att dra nytta av resultatet. Inom omvårdnadsforskning innebär nytta ett bidrag av ny kunskap för att främja och/eller återställa hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande (51).

Vi har tagit hänsyn till principen om att göra gott genom att erbjuda deltagarna i studien att få ta del av studiens resultat och på så sätt bidra med ny kunskap som kan få intensivvårdssjuksköterskor att få inblick i olika uppfattningar.

**Principen att inte skada**

Forskningen får inte ha någon skadlig inverkan på deltagarna. Man måste överväga möjliga risker för skada eller obehag samt vidta åtgärden för att förhindra eller minimera sådana risker. Forskaren har en plikt att informera deltagarna om möjliga skadeverkningar och hur dessa kan motverkas. Deltagarnas säkerhet skall garanteras och ett forskningsprojekt kan avbrytas om det visar sig nödvändigt (51).

Vi har tagit hänsyn till principen om att inte skada eller orsaka obehag genom att formulera enkätfrågorna så neutralt vi har kunnat, samt genom användandet av autonomiprincipen omöjliggöra att någon av de svarandes åsikter når tredje part. Det senare har vi även informerat om i brevet för förfrågan om deltagande i studien.

**Principen om rättvisa**

Alla individer skall behandlas lika. Forskaren har en plikt att värna och bevaka svaga gruppers rättigheter och se till att de inte blir utnyttjade i forskningen. En viktig del är att utveckla kunskaper om alla patientgruppers hälsorisker, sjukdomar och lidanden så att detta kan motverkas och lindras (51).

Vi har tagit hänsyn till principen om rättvisa genom att tilldela alla enkäter lika stort värde, men studiens innehåll medför inte per automatik att någon enskild eller grupp förfördelas, utan syftar istället till att skapa kunskap för att eliminera potentiella orättvisor i omvårdnaden genom att belysa tänkbara metoder.

**Risk-/nyttaanalys**

Den omedelbara nyttan av studien är osäker. I ett långsiktigt perspektiv motiveras studien genom att kunna bidra med kunskap kring uppfattningar rörande alternativa och komplementära metoder inom intensivvården. Dessa kan vara utgångspunkter i förändringsprocesser, vilka kommer såväl patienter som personal till godo. Risken för deltagarna är försumbar om vi följer principen om autonomi. Om så inte skulle ske riskerar en eller samtliga deltagares åsikter att röjas. Det obehag som denna pilotstudie skulle kunna medföra bedöms vara litet.

## RESULTAT

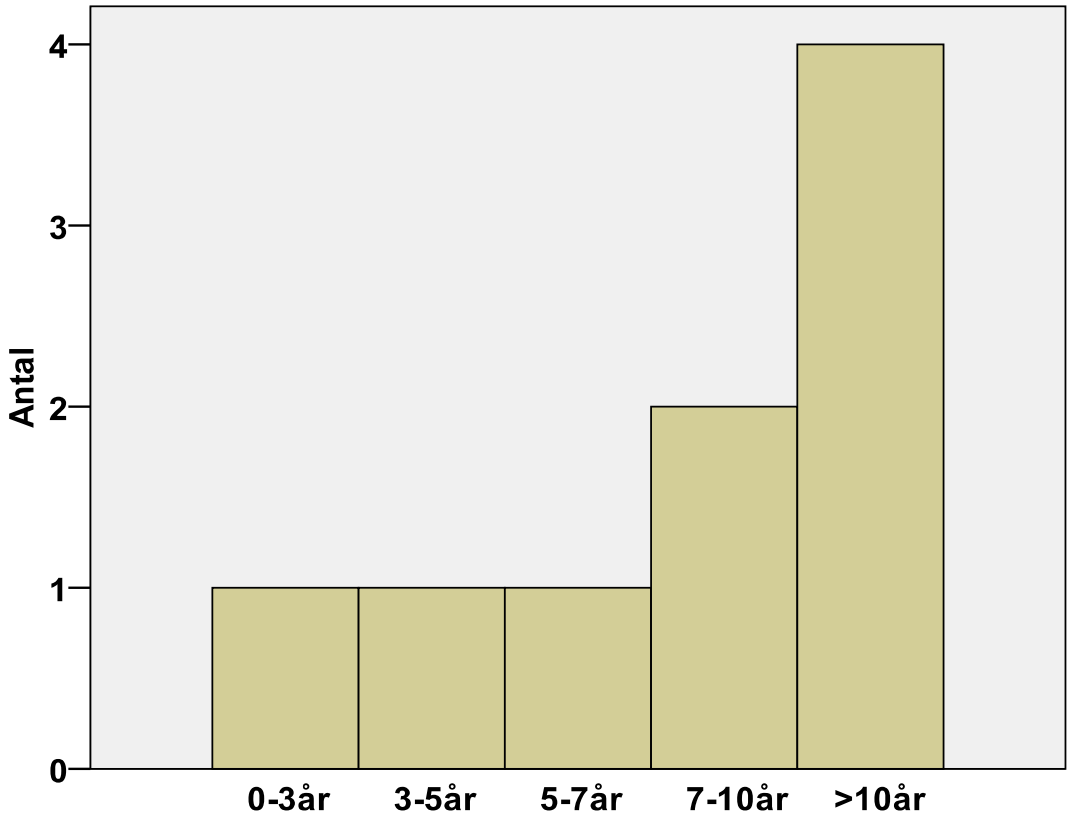
Av de trettio enkäter som distribuerades ut besvarades nio. De ligger till grund för resultatet. Samtliga svar kommer att presenteras i form av tabeller, diagram och genom beskrivande text.

De första frågorna i enkäten berörde kön, ålder och yrkesverksamma år inom intensivvården.

Tabell 2. Kön- och ålderfördelning bland respondenterna

| Respondenter | Antal personer | Medelvärde ålder | Median ålder |
|---|---|---|---|
| Kvinnor | 6 | 44,2 | 44,5 |
| Män | 3 | 41,7 | 43 |
| Totalt | 9 | 43,3 | 43 |

Fem av respondenterna hade arbetat mellan noll till tio år och fyra av respondenterna hade arbetat i mer än 10 år, figur 1.



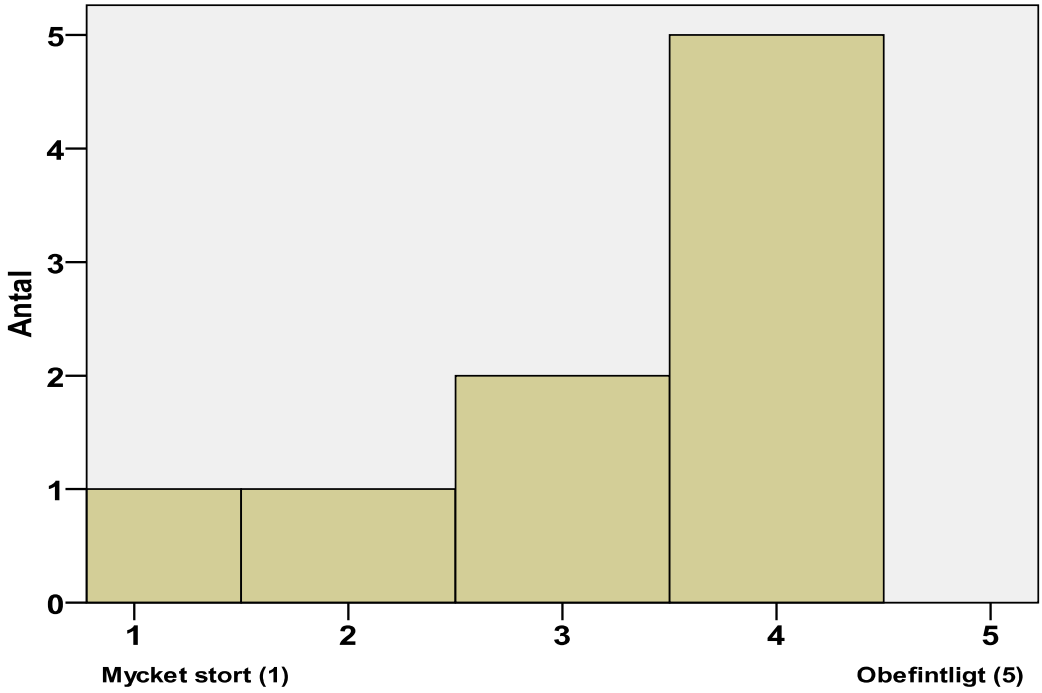

Figur 1. Fördelning av yrkesverksamma år som intensivvårdssjuksköterska inom intensivvården

Den vanligaste metoden som sex av nio nämnde var taktil massage. En av respondenterna uppgav att de inte kände till någon metod. De komplementära och alternativa metoder som intensivvårdsjuksköterskorna kände till redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Komplementära och alternativa metoder som intensivvårdssjuksköterskorna kände till

| Metod | Antal (n) |
|---|---|
| Taktil massage | 6 |
| Zonterapi | 2 |
| Akupunktur | 2 |
| Musik | 2 |
| Bolltäcke | 1 |
| Homeopati | 1 |
| Hälsokost | 1 |
| Massage | 1 |
| Rosen metoden | 1 |
| Ljusspel i taket | 1 |

I resultatet påvisades att en av respondenterna hade mycket stort intresse för komplementära och alternativa metoder, en hade ganska stort intresse, två hade måttligt intresse och fem hade svagt intresse som framgår av figur 2.




Figur 2. Respondenternas skattning av sitt intresse för komplementära och alternativa metoder

Det framkom i resultatet att fyra av de nio respondenterna hade erfarenhet av komplementära och alternativa metoder inom intensivvården. De metoder som intensivvårdssjuksköterskorna hade kommit i kontakt med var: taktil massage, musik, ljusspel i taket och bolltäcke, tabell 4.

Tabell 4. Komplementära och alternativa metoder som respondenterna (n = 4) hade kommit i kontakt med inom intensivvården

| **Metod** | **Antal (n)** |
|---|---|
| Musik | 1 |
| Taktil Massage | 2 |
| Bolltäcke | 1 |
| Ljusspel i taket | 1 |

Av de fyra respondenterna med erfarenhet av komplementära och alternativa metoder inom intensivvården hade hälften positiva erfarenheter och den andra hälften kunde inte uppge om deras erfarenheter var positiva eller negativa. På frågan om intensivvårdssjuksköterskorna hade erfarenhet utanför sin yrkesroll av komplementära och alternativa metoder svarade tre av respondenterna ja och sex nej. Metoderna som de hade erfarenhet av utanför sin yrkesroll var: taktil massage, massage, akupunktur och homeopati. Upplevelsen beskrevs av samtliga tre som varken bra eller dålig.

Respondenterna fick svara på om de ansåg sig ha goda kunskaper om komplementära och alternativa metoder, åtta av nio svarade att de inte instämmer alls om att de har goda kunskaper och en var tveksam på sina goda kunskaper. En ökad kunskap om komplementära och alternativa metoder önskades av fem respondenter. Tre av respondenterna skulle vilja fördjupa sig i någon komplementär och alternativa metod, varav en specificerade metoden akupunktur, de två andra uppgav ingen specifik metod. Alla respondenter utom en ansåg att det var viktigt att metoderna hade god evidens.

Påståendet om att komplementära och alternativa metoder skulle kunna vara ett bra och verksamt komplement till den traditionella sjukvården, svarade tre respondenter att de delvis instämde och sex ställde sig tveksamma. En ökad tillgänglighet av komplementära och alternativa metoder inom intensivvården önskades av fyra av de nio respondenterna och tre av respondenterna skulle vilja att metoderna användes i större utsträckning än idag. De metoder som två av respondenterna uppgav att de önskade användes mer var taktil massage och massage.

Vad respondenterna ansåg vara eftersträvansvärda effekter, utav de föreslagna alternativen, som komplementära och alternativa metoder kan bidra till framgår av tabell 5.

Tabell 5. Respondenternas (n=8) bedömning av eftersträvansvärda effekter av komplementära och alternativa metoder, flera svarsalternativ kunde anges

| | |
|---|---|
| Minskad mortalitet | 0 |
| Minska psykiskt lidande | 6 |
| Minska delirium | 2 |
| Minskat behov av sedering | 2 |
| Minskat behov av smärtlindring | 4 |
| Förkortad tid i respirator | 1 |
| Förkortad tid i dialys | 0 |
| Ökat välbefinnande | 7 |
| Förkortad vårdtid på IVA | 1 |
| Ökad begriplighet för närstående (soothing) | 1 |
| Annat | 0 |

Av de föreslagna negativa effekter som komplementära och alternativa metoder kan leda till på en intensivvårdsavdelning var enligt respondenterna: merarbete (n=4), ökad smittspridning (n=1) och två av respondenterna uppgav annat som svarsalternativ där de beskrev att det kunde vara stressande för patienten och att det var svårapplicerbart

I resultatet framgår att majoriteten (n=6) av respondenterna har uppfattningen om att ingen efterfrågan av komplementära och alternativa metoder finns inom intensivvården. (Se tabell 6).

Tabell 6. Respondenternas uppfattning om vem som efterfrågar komplementära och alternativa metoder, flera svarsalternativ kunde anges

| | **Efterfrågan** |
|---|---|
| Läkare | 0 |
| Sjuksköterska | 1 |
| Undersköterska | 1 |
| Närstående | 1 |
| Patienten | 0 |
| Sjukgymnast/arbetsterapeut | 2 |
| Ingen efterfrågan | 6 |

Majoriteten av respondenterna (n = 6) ansåg att det inte fanns någon motsättning mot komplementära och alternativa metoder inom intensivvården. Respondenternas uppfattning om vem som motsätter sig komplementära och alternativa metoder de föreslagna alternativen framgår av tabell 7.

Tabell 7. Respondenternas uppfattning om vem som motsätter sig komplementära och alternativa metoder, flera svarsalternativ kunde anges

| | **Motsättning** |
|---|---|
| Läkare | 2 |
| Sjuksköterska | 2 |
| Undersköterska | 2 |
| Närstående | 1 |
| Patienten | 1 |
| Sjukgymnast/arbetsterapeut | 1 |
| Finns ingen motsättning | 6 |

Det mest frekvent angivna hindret för att kunna integrera komplementära och alternativa metoder var: bristande vetenskapligt stöd för metoden (n=6). Kollegialt hinder, eget personligt motstånd hade vardera uppgetts två gånger, ingen ansåg att läkare var något hinder. Under svarsalternativet annat, uppgav en respondent att ett hinder var tidsbrist, en annan uppgav att patienterna var för känsliga och en uppgav att de inte hade tänkt på komplementära och alternativa metoder.

På frågan om tradition, vetenskap och samhällsopinion talar för eller emot komplementära och alternativa metoder inom intensivvården fördelades svaren enligt tabell 8.

Tabell 8. Respondenternas (n=7) gradering av faktorer i förhållande till komplementära och alternativa metoder inom intensivvård

| | **Talar emot** | **Talar för** | **Talar varken för eller emot** |
|---|---|---|---|
| Tradition | 6 | 0 | 1 |
| Vetenskap | 4 | 0 | 3 |
| Samhällsopinion | 2 | 1 | 4 |

I slutet av enkäten gavs det utrymma för kommentarer. Fyra av respondenterna valde att lämna kommentarer:

*”Jag tror det krävs att patienterna är mer vakna och förstår vad som händer”*,

*”Det är intressant! Vill veta mer. Kan för dåligt om detta”,*

*”Är givetvis inte helt emot alternativa metoder men är inte så intresserad att utföra/behandla men vill någon annan yrkesgrupp utföra spelar det ingen roll för mig. Har alldeles för lite kunskap om ämnet. Tror inte så mycket på detta eller”*

*”Det känns svårt på en iva-avd med alternativa metoder men skulle det fungera så är det bra om det inte tar för lång tid”.*

# DISKUSSION

## METODDISKUSSION

Syftet kan besvaras med både en kvalitativ eller kvantitativ metod. En kvalitativ metod kan visa mer om de mänskliga egenskaperna såsom erfarenheter, upplevelser, tankar, förväntningar och motiv. I en kvalitativ studie skulle vi kunna få en större förståelse för varför det är som det är. En kvantitativ metod valdes med enkäter som mätinstrument då det gav oss möjligheten att uppnå vårt syfte att kartlägga intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar om komplementära och alternativa metoder inom intensivvård. Enkätundersökningar är en snabb metod för att samla in mycket information från många olika respondenter. Risken för stora svarsbortfall ökar dock vid enkätundersökningar och det går inte att garantera att svaren är representativa för gruppen.

Reliabilitet handlar om exaktheten på en mätning samt mätningens upprepbarhet dvs. att samma resultat uppnås vid upprepade mätningar. Det som kan påverka reliabiliteten i pilotstudien är vårt mätinstrument. När forskaren använder sig av en enkät har de en liten möjlighet att kontrollera tillförlitligheten i förväg. Det som kan göras är att försöka försäkra sig om att individerna som besvarar enkäten uppfattar frågorna som forskaren har tänkt sig (53). För att kunna höja uppsatsens reliabilitet och validiteten ansågs det vara av stor vikt att såväl frågornas innehåll som enkäternas utformning baserades på att vi hade kunskaper inom området. Efter att vi satt oss in i ämnet samt granskat tidigare forskning skapades enkäten med hjälp av litteratur som beskriver utformning av enkäter (39, 42).

Ytterligare ett tillvägagångssätt som användes för att styrka reliabiliteten på undersökningens enkätsvar var att vi informerade alla respondenter om att deras svar skulle behandlas konfidentiellt. Detta kan bidra till att respondenterna blir mer trygga vid utlämnandet av sina svar i enkäten samtidigt som svaren kan bli mer öppna och beskriva deras uppfattning på ett mera korrekt sätt. För att få så hög reliabilitet som möjligt har vi i vår pilotstudie försökt att noggrant och uppmärksamt bearbeta allt vårt material, detta genom att kontrollera att inga felaktiga inmatningar har skett i datorn. Enkäterna var vid sammanställning av resultatet avidentifierade.

### Mätinstrument

Mätinstrumentet är en egenkonstruerad enkät (se bilaga 1) då möjligheten inte fanns att ta del av mätinstrument från tidigare forskning inom området. I en pilotstudie är syftet att testa applicerbarheten av studiens design. Applicerbarhet är besläktat med validitet, d.v.s. hur väl man lyckas fånga in det man avser att mäta. Validitet handlar om hur väl man lyckats fånga in det fenomenet man avser att studera. En variabel med hög validitet är alltså en variabel som är starkt kopplat till fenomenet (53). För att öka validiteten i enkäten (facevaliditet) (54) har våra handledare och utomstående granskat den och kommit med synpunkter. Pilotstudien påvisade vissa otydligheter och brister i enkätens utformning och hade låg validitet, därför kommer det att krävas en viss omarbetning av mätinstrumentet inför den fullskaliga studien.

För att ha god reliabilitet i en enkät krävs det att alla tolkar frågorna på samma sätt. Vi fick uppfattningen att vissa av respondenterna kan ha uppfattat begreppet komplementära och alternativa metoder olika. I enkäten framkom det att inte alla respondenter förstod innebörden av begreppet *soothing,* vilket kommer att uteslutas ur den framtida enkäten.

Detta medförde en låg reliabilitet och validitet. I den stora fullskaliga studien kommer begreppet komplementära och alternativa metoder presenteras för respondenterna i enkäten.

På frågan efter yrkesverksamma år upptäcktes brister i svarsalternativen, t.ex. om respondenten hade arbetat i fem år kunde de tillhöra två svarsalternativ. Det går inte att dra några slutsatser om yrkesverksamma år, förutom vilka som arbetat i mer än tio år. Svarsalternativen kommer att tas bort och ersättas med att respondenterna får fylla i antal yrkesverksamma år som intensivvårdssjuksköterska. En fråga om yrkesverksamma år som sjuksköterska kommer även att läggas till för att kunna dra korrelationer mellan yrkesverksamma år och uppfattning.

I enkäterna finns öppna svarsalternativ för att ge utrymme för ytterliggare information från respondenterna. Dessa öppna svarsalternativ kommer att tas bort i den fullskaliga studien. En strukturerad enkät med fasta svarsalternativ kommer att användas, för att underlätta bearbetning (39, 41, 42).

På frågorna 18 och 19 (Bilaga 1) saknas svarsalternativ för dem som inte anser att det finns eftersträvansvärda respektive negativa effekter, det kommer att tillkomma i den fullskaliga studien. Det kommer även att tillkomma svarsalternativ för dem som inte anser att det finns några hinder för integrering på fråga 22. Frågorna omarbetas inför den fullskaliga studien för att försöka minska det interna bortfallet som uppkom på de här tre frågorna. På fråga 20 och 21 kommer vi att särskilja arbetsgrupperna arbetsterapeut och sjukgymnast som svarsalternativ.

Vissa av de övriga förvalda svarsalternativen kommer också att omarbetas och förtydligas för att skapa en mer språklig stringens. Grunden för frågorna kommer att kvarstå men efter omarbetning granskas med hjälp av externa källor som arbetar med enkäter för att styrka validiteten och reliabiliteten inför den fullskaliga studien.

### Urval

Det stora externa bortfallet på nästan två tredjedelar medför att resultatet troligtvis hade blivit annorlunda om flera hade besvarat enkäten. Inför den fullskaliga studien kan det vara av värde att utföra en bortfallsanalys. Det är möjligt att resultatet hade blivit ett annat om vi hade valt flera olika intensivvårdsavdelningar och valt att dela ut enkäterna själva och samtidigt informerat på arbetsplatsen om syftet med studien. Vilket har lett fram till att vi i den fullskaliga studien kommer att ställa en förfrågan om medverkan till vårdenhetscheferna på respektive avdelningar där forskarna själva kommer att distribuera ut enkäterna med medföljande frankerat svarskuvert. Muntlig information om studiens syfte kommer att ges för att eventuellt öka svarsfrekvensen. Påminnelsebrev kommer att delas ut av forskarna till alla respondenterna på de olika arbetsplatserna, efter att svarstiden löpt ut.

## RESULTATDISKUSSION

Vi anser att syftet med att testa designen uppnåddes. Det går dock inte att göra en analys av resultatet pga. att det insamlade materialet inte är representativt och att vi fick ett stort extern bortfall samt pilotstudiens storlek.

I resultatet framgår det att majoriteten av intensivvårdssjuksköterskorna (n=7) hade ett måttligt till svagt intresse för komplementära och alternativa metoder. Hade vi fått ett liknande resultat om vi hade vänt oss till intensivvårdsavdelningen på södra Älvsborgs

sjukhus i Borås? Där kommer det att startas ett projekt med att integrera taktil beröring i vården (55). Möjligen kan de vara mer positivt inställda till komplementära och alternativa metoder? Kan det vara så att intresset för komplementära och alternativa metoder kan bero på vilken typ av forskning som lyfts fram på olika arbetsplatser?

Det finns en begränsad mängd forskning och beprövad erfarenhet av komplementära och alternativa metoder inom intensivvården. I resultatet framkommer det att respondenterna ansåg att hindret för att kunna integrera komplementära och alternativa metoder var bristande vetenskapligt stöd och att traditionen talar emot. Det ansågs även vara viktigt med god evidens för metoderna. Vi anser att det finns ett stort behov av ytterliggare forskning inom området innan en eventuell integrering av metoderna skulle kunna ske inom intensivvården. Resultatet från pilotstudien kan jämföras med tidigare studiers resultat där intensivvårdssjuksköterskorna önskade en ökad kunskap om komplementära och alternativa metoder (20, 21, 23, 24).

Ur resultatet framkom det att respondenterna inte var konsekventa i sina svar, detta kan bero på att intensivvårdssjuksköterskorna inte har en klar uppfattning om sina åsikter. Vi tror att detta kan bero på deras bristande kunskaper inom området.

Fyra av respondenterna ansåg att det skulle skapa merarbete för dem om man skulle integrera komplementära och alternativa metoder inom intensivvården. Det framgår inte av resultatet vilken typ av merarbete de ansåg att det skulle bli. Resultatet kan dock tolkas som att det råder tidsbrist inom intensivvården vilket anses som ett hinder i tidigare forskning (22-24).

Resultatet påvisar att respondenterna hade begränsad erfarenhet av komplementära och alternativa metoder, detta skiljer sig från tidigare beskriven forskning (20, 22). Kan det vara så att intensivvårdssjuksköterskor har mindre erfarenhet av komplementära och alternativa metoder än befolkningen i övrigt? De eftersträvansvärda effekter som komplementära och alternativa metoder ansågs bidra med var minskat psykiskt lidande och ökat välbefinnande, anses dessa områden som är svåra att tillgodose?

Ingen efterfrågan om komplementära och alternativa metoder från närstående och patienter uppfattades av intensivvårdsjuksköterskorna. Kan det vara så att det är en otillåtande miljö att ta upp ämnet i eller finns det verkligen inte någon efterfrågan.

Sammanfattningsvis visar denna pilotstudie att respondenterna är tveksamma till komplementära och alternativa metoders nytta och plats inom intensivvården.

Vi tror att metoden, med vissa justeringar kommer att kunna generera ett resultat som går att generalisera och kunna dra slutsatser ifrån vid genomförandet av den fullskaliga studien.

Arbetet i studien har fördelats genom allt material har granskats på var sitt håll för att sedan skrivas gemensamt.

## REFERENSLISTA


1. Larsson A, Rubertsson S. Intensivvård. Stockholm: Författarna och Liber AB; 2005.

2. Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults and children : Inited Stastes, 2007. National health statistic reports 2008;(12): 1-24.

3. Tindle HA, Davis RB, Phillips RS, Eisenberg DM. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. Altern Ther Health Med. 2005; 11(1):42-9.

4. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Apple S, Wilkey S, Van Rompay M et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: Results of a follow-up national survey. JAMA 1998; 280 (18):1569-1575.

5. Rapport Pain in Europe/Den svenska undersökningen. (Cited 24 april 2009). Available from: URL:http://www.mundipharma.se/pdf/031008_rapport.pdf

6. Thorsén H. Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik 2 nd ed. Stockholm: Liber; 1997.

7. Filosofi Lexikonet. Filosofer och filosofiska begrepp från A till Ö. Stockholm: Forum; 1988.

8. Eriksson K. Vårdandets idé. Stockholm: Liber utbildning; 1995.

9. Watson J. En teori för omvårdnad och humanvetenskap; översättare Thomas MG. Lund: Studentlitteratur; 1993.

10. Eklöf M, Kullberg A. Komplementär medicin, forskning, utveckling, utbildning. En rapport på uppdrag av landstingsförbundet. Stockholm: Landstingsförbundet; 2004.

11. Nationalencyklopedin. Nätversion 2008. (Cited 4 Oktober 2008). Available from: URL:
http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sok/komplement%C3%A4r+och+alternativ+medicin

12. World health organization. Nätversion 2008. (Cited 17 December 2008). Available from: URL: http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/index.html

13. National Center for complementary and alternativ medicin (NCCAM) (Cited 10 Oktober 2008) Available from: URL:http://nccam.nih.gov/about/ataglance/

14. Svensk författningssamling (SFS) 1998:531. Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Stockholm: Socialdepartementet.

15. Svensk författningssamling (SFS) 1998:1513. Förordningen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Stockholm: Socialdepartementet.

16. Nasjonalt forskingssenter innen komplementær og alternativ medisin NAFKAM. (Cited 11 Januari 2009). Available from: URL: http://uit.no/nafkam/omnafkam/

17. RESF Register for eksepsjonelle sykdomsforløp (RESF) er et skandinavisk register over historier fra personer som har opplevd et uvanlig sykdomsforløp etter bruk av alternativ behandling. (Cited 11 Januari 2009). Available from: URL: http://www2.uit.no/www/ansatte/organisasjon/omenheten/artikkel?p_document_id=84787&p_dimension_id=64927

18. NIFAB National Research Center in Complementary and Alternative Medicine. (Cited 11 Januari 2009). Available from: URL: http://www.nifab.no/om_nifab/information_in_english

19. Knowledge and Research Center for Alternative Medicine (ViFAB). (Cited 4 maj 2009). Available from: URL: http://www.vifab.dk/uk/about+vifab

20. Karolinska Institutet Integrative vård Stockholm (Cited 10 Februari 2009). Available from: URL: www.ki.se/csc

21. Cox CL, Hayes A. The integration of complementary therapies in North and South Thames regional health authorities´ critical care units. Complementary therapies in nursing & midwifery 1999; 5 (4):103-107.

22. Meghani N, Lindquist R, Tracy MF. Critical care nurses´ desire to use complementary alternative modalities (CAM) in critical care and barriers to CAM use. Dimensions of critical care nursing 2003; 22 (3):138-144.

23. Berman B, Lindquist R, Kreitzer MJ, Savik K, Sendelbach S, Tracy MF et al. Use of complementary and alternative therapies: a national survey of critical care nurses. American journal of critical care 2005; 14 (5): 404-414.

24. Berman B, Lindquist R, Kreitzer MJ, Savik K, Sendelbach S, Tracy MF et al. Nurses attitudes towards the use of complementary and alternative therapies in critical care. Heart & Lung 2003; 32 (3):197-209.

25. Lindquist R, Savik K, Tracy MF, Watanuki S. Regional use of complementary and alternative therapies by critical care nurses. Critical care nurse. 2005; 25 (2) :63-75.

26. Lindquist R, Tracy MF, Savik K. Personal use of complementary and alternative therapies by critical care nurses. Critical care nursing 2003;15 (3) : 393-399.

27. Holroyd E, Zhang AL, Suen LKP, Xue C CL. Beliefs and attitudes towards complementary medicine among registrated nurses in Hong Kong. International Journal of Nursing Studies 2008; 45 (11): 1660-1666.

28. Barter W, Brown J, Cooper E, Fernandez C, Frankton L, Gillis-Ring J + et al. Complementary and alternative therapies: Survey of knowledge and attitudes of health professionals at a tertiary pediatric/women`s care facility. Complementary Therapies in Clinical Practice 2007; 13 (3):194-200.

29. Cohen BB, DeKyser FD, Wagner N. Knowledge levels and attitudes of staff nurse in Israel towards complementary and alternative medicine. Journal of Advanced nursing 2001; 36 (1): 41-48.

30. Wang SY, Yates P. Nurses´ responses to people with cancer who use complementary and alternative medicine. International Journal of Nursing Practice 2006; 12 (5): 288-294.

31. Arcand LL, Frost MH, Hessig RE. The effects on an educational intervention on oncology nurses´ attitudies, perceived knowledge, and self-reported application of complementary therapies. Oncology nursing forum 2004;31 (1) :71-78.

32. Brolinson PG, Ditmyer M, Price JH. Nurses´ perceptions of complementary and alternative medical therapies. Journal of Community Health 2001; 26(3): 175-189.

33. Sohn PM, Loveland Cook CA. Nurse Practitioner knowledge of complementary alternative healthcare: foundation for practice. Journal of Advanced Nursing 2002; 39 (1): 9–16.

34. Nordisk omvårdnadsforskning inom Intensivvård NOFI. (Cited 11 Januari 2009) Available from: URL: http://www.nofi.info/default.htm

35. Henricson M. Tactile touch in intensive care. Nurses´ preparation, patient's experiences and the effect on stress parameters [dissertation]. Borås: Högskolan i Borås, institutionen för vårdvetenskap 2008.

36. Nilson U. The effect of music and music in combination with therapeutic suggestions on postoperative recovery [dissertation].Linköping: Linköpings universitet avdelning för omvårdnad Hälsouniversitetet 2003**.**

37. Nationalencyklopedin. Nätversion 2008. (Cited 20 Januari 2009). Available from: URL: http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/artikel/O377626

38. Patel R, Davidsson B. Forskningsmetodikens grunder. Lund: Studentlitteratur; 2003.

39. Hansagi H. Allebeck P. Enkät och intervjuv inom hälso- och sjukvård: handbok för forskning och utvecklingsarbete Lund : Studentlitteratur; 1994.

40. Trost J. Enkätboken. Lund: Studentlitteratur; 2007.

41. Ejlertsson G. Statistik för hälsovetenskaperna. Lund: Studentlitteratur; 2003.

42. Olsson H, Sörensen S. Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Falköping: Liber; 2001.

43. CODEX regler och riktlinjer för forskning. Forskning som involverar människor. (Cited 17 December 2008). Available from: URL: http://www.codex.uu.se/ forskningmanniska.shtml

44. The Universal Declaration of Human Rights. (Cited 17 December 2008). Available from: URL: http://www.un.org/Overview/rights.html

45. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (Cited 17 December 2008). Available from: URL:http://www.wma.net/e/policy/b3.htm.

46. Svensk författningssamling (SFS) 2003:460 Lag om etikprövning av forskning som avser människor Stockholm: Utbildningsdepartementet.

47. Svensk författningssamling (SFS) 2003:615 Förordning om etikprövning av forskning som avser människor Stockholm: Utbildningsdepartementet.

48. Svensk författningssamling (SFS) 2007:1068 Förordning med instruktion för Centrala etikprövningsnämnden Stockholm: Utbildningsdepartementet.

49. Svensk författningssamling (SFS) 2007:1069 Förordning med instruktion för regionala etikprövningsnämnder Stockholm: Utbildningsdepartementet

50. Svensk Sjuksköterskeförening. ICN- Etisk koder för sjuksköterskor International Councils of nursing Stockholm 2005. (Cited 17 December 2008). Available from: URL: http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20web2.pdf.

51. Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. (Cited 17 December 2008). Available from: URL: http://www.vardinorden.org/ssn/etikk.pdf

52. Svensk författningssamling (SFS) 1998:204 Personuppgiftslag Stockholm Justitiedepartementet.

53. Gellerstedt M. $M^{12}$ Medicinsk statistik. Malmö: Holmbergs, 2004.

54. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Essentials of nursing research: methods appraisal and utilization. Philadelphia: Lippincott cop, 2001.

55. Mattson P. Lätta strykningar får tyngre betydelse i Borås. Dagens Medicin. Tema sjuksköterska. 29 april 2009.

KOD

Enkätundersökning

1. Kön
   - ☐ Kvinna
   - ☐ Man

2. Födelseår……..

3. Yrkesverksamma år som intensivvårdssjuksköterska:
   - ☐ 0-3 år
   - ☐ 3-5 år
   - ☐ 5-7 år
   - ☐ 7-10 år
   - ☐ > 10 år

4. Vilka komplementära och alternativa metoder känner du till?

……

……

……

……

5. Hur stort är ditt intresse för komplementära och alternativa metoder?
   - ☐ Mycket stort
   - ☐ Ganska stort
   - ☐ Måttligt
   - ☐ Svagt
   - ☐ Obefintligt

6. Har du någon erfarenhet av att komplementära och alternativa metoder brukats inom intensivvården?

- ☐ Ja, fortsätt till fråga 7
- ☐ Nej, fortsätt till fråga 9

7. Vilka komplementära och alternativa metoder har du kommit i kontakt med inom intensivvården?

……..

……

8. Min erfarenhet av komplementära och alternativa metoder inom intensivvården är:

- ☐ Positiva
- ☐ Negativa
- ☐ Vet ej

9. Har du erfarenhet av någon komplementär och alternativ metod utanför din yrkesroll? *(inkluderar om du själv fått behandling, behandlat andra eller har närstående/vänner som fått behandling)*

- ☐ Ja, fortsätt till fråga 10
- ☐ Nej, fortsätt till fråga 12

10. Om ja, i så fall vilken/vilka?.....

……

……

……...

……

11. Hur har din upplevelse av komplementära och alternativa metoder utanför din yrkesroll varit?

- ☐ Mycket god
- ☐ God
- ☐ Varken bra eller dålig
- ☐ Dålig
- ☐ Mycket dålig

12. Nedan följer två påståenden om komplementära och alternativa metoder.
I vilken grad instämmer du i dem?

Jag anser att komplementära och alternativa metoder kan ett vara ett bra och verksamt komplement till den traditionella sjukvården

| Instämmer helt | Instämmer delvis | Tveksam | Instämmer inte alls |
|---|---|---|---|
| ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

Jag anser mig ha goda kunskaper om olika komplementära och alternativa metoder

| Instämmer helt | Instämmer delvis | Tveksam | Instämmer inte alls |
|---|---|---|---|
| ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

13. Önskar du dig ökad kunskap om komplementära och alternativa metoder?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

14. Skulle du vilja fördjupa dig i någon komplementär och alternativ metod?

- ☐ Ja Vilken/Vilka?.....

……

- ☐ Nej

15. Är det viktigt för dig att metoderna har god evidens?

- Ja
- Nej

16. Skulle du önska en ökad tillgänglighet för komplementära och alternativa metoder inom intensivvården?

- Ja
- Nej

17. Skulle du vilja att en eller flera komplementära och alternativa metoder användes i större utsträckning på IVA än idag?

- Ja Vilken/Vilka?.....

  …….

- Nej

18. Vilken eller vilka eftersträvansvärda effekter bedömer du att komplementära och alternativa metoder kan bidra med på intensivvårdsavdelningen?
Ringa in det/de alternativ du väljer.

Minskad mortalitet
Minska psykiskt lidande
Minska delirium
Minskat behov av sedering
Minskat behov av smärtlindring
Förkortad tid i respirator
Förkortad tid i dialys
Ökat välbefinnande
Förkortad vårdtid på IVA
Ökad begriplighet för närstående (soothing)
Annat?.....

……

19. Vilken eller vilka negativa effekter bedömer du att komplementära och alternativa metoder kan leda till på intensivvårdsavdelningen?
Ringa in det/de alternativ du väljer.

Merarbete
Ökat psykiskt lidande hos patienten
Ökat delirium hos patienten
Ökad smittspridning (exempelvis samma hörlurar används mellan patienter vid musikterapi)
Annat? ……..

……

20. Vem eller vilka uppfattar du efterfrågar komplementära och alternativa metoder på IVA?
Ringa in det/de alternativ du väljer.

Läkare
Sjuksköterskor
Undersköterskor
Närstående
Patienten
Sjukgymnast/arbetsterapeut
Ingen efterfrågan

21. Vem eller vilka uppfattar du motsätter sig komplementära och alternativa metoder på IVA?
Ringa in det/de alternativ du väljer.

Läkare
Sjuksköterskor
Undersköterskor
Närstående
Patienten
Sjukgymnast/arbetsterapeut
Det finns ingen motsättning

22. Vilka hinder uppfattar du att det finns för att kunna integrera komplementära och alternativa metoder på IVA? Du kan markera och kommentera ett eller flera alternativ.

- □ från läkare ……..
- □ kollegialt ……
- □ eget personligt motstånd ……..
- □ bristande vetenskapligt stöd för metoden
- □ eller annat……..

Om utrymmet inte räcker för dina kommentarer, så fortsätt på baksidan av bladet.

23. Hur skulle du gradera nedanstående faktorer i förhållande till komplementära och alternativa metoder på IVA?

Tradition

- □ Talar emot
- □ Talar för
- □ Talar varken för eller emot

Vetenskap

- □ Talar emot
- □ Talar för
- □ Talar varken för eller emot

Samhällsopinion

- □ Talar emot
- □ Talar för
- □ Talar varken för eller emot

Är det något annat du vill kommentera angående användandet av komplementära och alternativa metoder inom intensivvården så skriv det här nedan.

**Tack för din medverkan!**

Kommentarer:

_____

_____

_____

_____

GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

**BILAGA 2**

## Forskningspersonsinformation

### Studiens bakgrund

Den medicinska forskningen når hela tiden större framsteg, så även inom intensivvården. Samtidigt med denna utveckling finns det inom flera områden inom vården ett ökat intresse av och önskan att använda sig av komplementära och alternativa behandlingsmetoder. Det saknas idag vetenskaplig kunskap om hur svenska intensivvårdssjuksköterskor uppfattar användandet av komplementära och alternativa metoder. Syftet med studien är att få ökad kunskap om hur intensivvårdssjuksköterskor uppfattar användandet av komplementära och alternativa metoder inom intensivvården. Du tillfrågas om deltagande i denna studie eftersom du har yrkeserfarenhet som intensivvårdssjuksköterska.

### Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras via en enkätundersökning. Vi kommer sedan att analysera och bearbeta materialet. Resultatet kommer därefter att redovisas i en uppsats vid Göteborgs Universitet och utgöra grund för ett eventuellt fortsatt arbete, vilket kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Studiens resultat kan du ta del av genom att kontakta nedan angivna personer.

Vi hoppas att du inte skall uppleva någon fråga eller formulering i enkäten obehaglig.

Enkäterna är kodade så att ingen enkät kommer att kunna härledas till någon enskild svarande. Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Hanteringen av dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS1998: 204).

Det är frivilligt att delta i studien. Du kan avbryta ditt deltagande i studien när du vill utan att ange skäl och det påverkar inte din yrkesutövning. Ingen ekonomisk ersättning utgår.

### Ansvariga


| Åsa Dahlström | Maria Petroff | Britt Borg | Ingvar Fridh |
|---|---|---|---|
| Leg. ssk. | Leg. ssk. | Univ. adj. handledare | Univ. lektor, handledare |
| tel. 0736-478803 | tel. 0709-367930 | tel. 031-7866043 | tel. 031-7866086 |
| asadahlstrom79@ hotmail.com | maria.mp@ hotmail.com | britt.borg@ fhs.gu.se | ingvar.frid@ fhs.gu.se |

Alla vid institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg

Jag har tagit del av informationen rörande studien kring intensivvårdssköterskors uppfattning av alternativa och komplementära metoder inom intensivvården och samtycker till att delta i studien.

| | |
|---|---|
| Namnunderskrift | Namnförtydligande |
| Datum | Ort |