



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

FAMILJENS PÅVERKAN PÅ OMVÅRDNADEN: JORDANSKA SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER

Kasper Dahlberg
Martin Kjellman

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2019
Handledare:	Azar Hedemalm
Examinator:	Ida Björkman

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Författarna vill rikta ett stort tack till alla sjuksköterskor som valt att delta i studien och gjort den möjlig att genomföra.

Vi vill också tacka den Jordanska gästfriheten och The University och Jordan för stöd och hjälp samt vår handledare från Göteborgs universitet och alla människor som hjälpt till och gjort studien möjlig

Titel (svensk)	Familjens påverkan på omvårdnaden: Jordanska sjuksköterskors erfarenheter
Titel (engelsk)	Families role in nursing: A nurse perspective in hospital settings
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2019
Författare	Kasper Dahlberg, Martin Kjellman
Handledare:	Azar Hedemalm
Examinator:	Ida Björkman

Sammanfattning:

Familjen är en oundviklig del i vården och i tidigare forskning ses brist på studier som belyser sjuksköterskors uppfattning om familjens roll i vården. Föreliggande studie är genomförd i Jordanien i syftet att belysa sjuksköterskans uppfattning om familjens roll och dess påverkan på omvårdnadsarbetet i Jordanien. *Datainsamlingen* skedde via semistrukturerade intervjuer med sju sjuksköterskor vilka *analyserades* med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visar att sjuksköterskorna både såg familjen som ett hinder men även som en resurs beroende på hur de involverade och arbetade med familjen. Sjuksköterskorna ser familjens närvaro på sjukhuset som viktig och som en självklarhet i den jordanska kulturen. Familjen fyller även en betydande administrativ roll i form av att signera dokument, köpa mediciner, handla mat och dryck, köra till röntgen eller att lämna blodprover för analys. Några intervjupersoner uppger samarbetet med familjen som positivt då samspelet med familjen kan leda till trygghet för både familjen och patienten. Samarbetet ger även ett bättre arbetsklimat samt en minskad arbetsbelastning för sjuksköterskan. Det framkom även uppfattningar om att familjen stör vården genom att t.ex. inte respektera regler för anhörigbesök. Sjuksköterskorna menar att familjen tar för mycket plats vilket resulterar i att patientens perspektiv inte kom fram. De kan även störa sjuksköterskornas arbete och göra att sjuksköterskan känner sig stressad, orolig och nervös. Studien visar att familjen uppfattas som en resurs, genom ett strukturerat arbete kan sjuksköterskor både i Jordanien och Sverige dra nytta av denna resurs. Ett familjecentrerat förhållningssätt skulle därför kunna gynna alla parter; patienten, familjen och sjuksköterskan.

Nyckelord: Semistrukturerade intervjuer, sjuksköterskor, familjens påverkan på vården, familjecentrerad vård, mellanöstern, omvårdnad

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Jordanien	1
Omvårdnad.....	2
Patientens roll i omvårdnaden	3
Familjens roll i omvårdnaden.....	3
Familjefokuserad omvårdnad.....	4
Tidigare forskning om familjens roll i omvårdnaden	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Förberedelser.....	7
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys.....	8
Resultat.....	9
Familjen som en resurs i omvårdnaden	10
Familjen som en självklarhet och ett måste	10
Samarbete med familjen är gynnsamt för vården.....	11
Familjen som ett hinder i omvårdnaden.....	11
Familjens närvaro minimerar patienten, tar tid och stör vården	11
Familjen stör sjuksköterskans arbetsro	13
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Val av ansats och datainsamling	13
Dataanalys	14
Etik och förståelse	15
Resultatdiskussion.....	15
Familjens betydelse för patienten.....	16
Samarbetet med familjen.....	16
Familjen som hinder i vården.....	17
Slutsats	18
Implikationer för omvårdnad	18

Referenslista	20
Bilagor	
Bilaga 1 Etiskt godkännande	
Bilaga 2 Informationsbrev	
Bilaga 3 Samtyckesformulär	
Bilaga 4 Intervjuguide.....	

Inledning

När en person drabbas av sjukdom går det att spekulera att det är fler än bara den sjuke individen som påverkas, även patientens familj blir påverkad. Det uppstår en svår situation som kan skapa många olika frågeställningar hos de drabbade som t.ex. rädsla för framtiden. Utöver att vara ett emotionellt stöd åt den sjuke förväntas familjen hjälpa till med praktiska saker såsom att ta del om hur vården ska planeras och utformas. Socialstyrelsen (2012) konstaterar att familjen är en viktig och betydande vårdgivare. Cirka 1,3 miljoner personer i Sverige ger regelbunden omsorg till en familjemedlem och 6 % av svenskarna ger daglig vård (Socialstyrelsen, 2012). Familjer är en naturlig och oundviklig del i vården som sjuksköterskan måste förhålla sig till. Den uppfattning som finns bland sjuksköterskor i Sverige är att familjen å ena sidan ses som en resurs och å andra sidan som en börda. En resurs då familjen kan bidra till organisatorisk hjälp vid planering av den fortsatta vården och för att skapa en holistisk syn kring patienten. En börda då sjuksköterskor uppger svårigheter att möta familjer med annan kulturell bakgrund eller familjer som ställer krav, är besvärliga eller sörjande (Benzein, Johansson, Årestedt & Saveman, 2008).

Den forskning som finns från mellanöstern inom området har belyst familjens betydelse i mellanöstern på ett generellt plan alternativt islams betydelse för omvårdnad. Däremot finns det brist på kunskap angående sjuksköterskans uppfattningar om familjens betydelse för omvårdnaden. En sjuksköterska behöver kunna hantera de behov, förväntningar och krav som familjen ställer på vården. Denna studie kommer därför belysa sjuksköterskors uppfattning om familjens roll och dess betydelse för omvårdnadsarbetet i Jordanien.

Föreliggande studie kommer följa International Council of Nurses (ICN) (2012) definition av familj som lyder; en familj är en social enhet av personer som är kopplade via blodsband, vänskap, känslomässig och/eller juridisk koppling.

Bakgrund

Jordanien

Jordanien är ett muslimskt kungadöme i mellanöstern med en befolkning på 10 miljoner varav en stor del utgörs av invandrare och gästarbetare (Department of statistics Jordan, 2018 & Svenska Ambassaden 2019). Landet gränsar till Syrien i norr, Irak i öst, Saudiarabien i söder och Israel samt det ockuperade Palestina i väst. Mellanöstern har varit en instabil region under flera årtionden med krig, inbördeskrig och politiska oroligheter. Jordanien har klarat sig undan de flesta krig och anses vara en trygg plats i mellanöstern. Av denna anledning har Jordanien mottagit många flyktingar. Totalt lever 762,400 flyktingar i Jordanien idag (UNHCR, 2019).

Sjukvården är uppdelad i en privat och i en offentlig sektor och oberoende om sjukvården ges i offentlig eller privat regi krävs försäkring alternativt att vården betalas av patienten. I Jordanien är barn upp till 6 år försäkrade av staten och sett till Jordanska medborgare är 68 % försäkrade. Räknas därefter personer med flyktingstatus eller annan medborgarstatus med blir siffran av försäkrade 55 % (Jordan Times, 2016). Sjukvårdsturism är vanligt förekommande i Jordanien och många söker sig till Jordanien för vård, detta kan ses som ett bevis på att sjukvården håller hög standard men att tillgängligheten är styrd utifrån ekonomi (Jordan Times, 2008). På sjukhusen i Jordanien arbetar två olika typer av sjuksköterskor, staff nurses

och practical nurses. En staff nurse motsvarar legitimerad sjuksköterska i Sverige och en practical nurse motsvarar en undersköterska. Mycket av arbetsuppgifterna utförs gemensamt av båda yrkeskategorierna men staff nurses utför mer avancerad omvårdnad samt administrerar medicin. Arbets sättet bland sjuksköterskor i Jordanien är uppgiftsorienterat och endast 10 % av sjuksköterskorna svarade år 2008 att de arbetar patientcentrerat (Shuriquie, While & Fitzpatrick, 2008).

I den Jordanska kulturen, som har sin bas i islam, utgör familjen en central roll. Ofta består familjen av flertalet individer såsom kusiner, farföräldrar, morbröder etc. Detta kan visas genom att det i Jordanien bor 4,8 personer per hushåll i jämförelse med Sverige där det bor 2,2 personer per hushåll (Unicef, 2016 & SCB, 2017). I mellanöstern och den muslimska traditionen är det viktigt att vara ansluten till en familj samt vara uppskattad och värnad. Vid sjukdom är det viktigt att som familjemedlem vara närvarande, visa uppskattning och ge omsorg till sin närstående (Felemban, O'connor & Mckenna, 2014).

I Jordanien är den religiösa tron stark precis som i resten av mellanöstern. I islam och inom den muslimska världen anses sjukdom, lidande samt ohälsa vara en del av livet och ett test från gud. Enligt tron ska sjukdomar tas emot med hjälp av meditation, bön och tålamod (Rasool, 2000). En av konsekvenserna av detta kan vara att patienterna och familjen vill lämna sjukhuset redan när patienten börjar känna sig bättre och innan det är medicinskt lämpligt (Felemban, O'connor & Mckenna, 2014).

Till följd av en globaliserad värld har Sverige idag många olika kulturer vilket betyder att patienter och dess familj kommer ha olika syn på hälsa, kost, vård och delaktighet (Jirwe, Momeni & Emami, 2014). I en rapport från Socialstyrelsen (2012) framkom det att bland de som var födda utanför Europa var det fler som vårdar en familjemedlem än bland de som var födda i Sverige. Som tidigare nämnts har familjen en central roll i den muslimska kulturen och att ta hand om och leva tillsammans med och att vårda sina äldre släktingar ses som en självklarhet. Då Sverige har en stor befolkning som har ursprung i muslimskt troende länder (Trosamfund, 2014 & SCB, 2019) kan det finnas utrymme att belysa hur sjuksköterskor i dessa länder ser på familjers påverkan inom omvårdnad.

Omvårdnad

Trots att patienten och dess livssituation ligger som fokus i omvårdnaden är det oundvikligt att utesluta familjen som är en del av personens liv. Därför är det viktigt att teoretisera begreppet omvårdnad i förhållande till vården av patienten och därtill familjens roll i det. Med familjens roll menas vad de fyller för funktion i en vårdsituation både på ett fysiskt och psykiskt plan samt hur det påverkar omvårdnadsarbetet.

Omvårdnad är sjuksköterskans huvudområde och utgör professionens vetenskapliga område. Enligt Meleis (2011) innefattar omvårdnad fyra centrala begrepp: humanvetenskapligt fokus, praktisk inriktning, omsorgstradition och omvårdnadens hälsoorientering. Ett *humanvetenskapligt fokus* syftar till att se människan som helhet, för att utföra omvårdnad krävs därför information om patientens tidigare hälsotillstånd, erfarenheter och leverne. Den *praktiska inriktningen* innebär att den professionelle behöver förstå patientens omvårdnadsbehov och arbeta med hur dessa kan tillgodoses på lämpligt sätt t.ex. genom att samarbeta med familjen. *Omsorgstradition* är grunden till utvecklingen av sjuksköterskans arbete, där omsorg ses mer som en komponent ut av omvårdnad. Omvårdnadens

hälsoorientering innebär att den professionelle betraktar patienten utifrån dess hälsa (Melis, 2011).

Enligt International Council of Nurses (ICN) (2012) bygger sjuksköterskans profession på fyra grundpelare vilka tillsammans visar att behovet av omvårdnad är universellt. De fyra grundpelarna är: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att bibehålla hälsa och att lindra lidande. I sitt arbete ska sjuksköterskan arbeta mot den enskilda individen, mot familjen och mot samhället. Detta arbete ska samordnas så att alla parter kommer till gagn av insatserna (ICN, 2012). Svensk sjuksköterskeförening (2009) utvecklar detta resonemang i sin professionsbeskrivning där de uttrycker att ett etiskt korrekt handlande innebär att företräda patientens intressen, visa ödmjukhet och respektera patientens rätt till självbestämmande. För att utföra detta krävs det enligt professionsbeskrivningen att sjuksköterskan kan kommunicera, hantera och respektera familjen. Genom dessa handlingar kan familjen stötta patienten till att ta välgrundade och adekvata beslut som kan optimera omvårdnaden.

Patientens roll i omvårdnaden

Sedan mitten av 1900-talet har vården i Sverige utformats efter *patientdelaktighet*. Med patientdelaktighet menas att patienten själv ska vara med och påverka den vård hen får. Att patienten ska vara delaktig i vården innebär inte att hen själv ska bestämma hur vården ska organiseras utan att ge patienten tillräckligt med information för att hen ska ha en förståelse för hur vården utformas. Den viktigaste förutsättningen för patientdelaktighet är kommunikation och information där både sjuksköterskan och patienten måste ta in varandras kunskap om situationen. Sjuksköterskan har kunskap utifrån sin profession och patienten har kunskap om sig själv och sina erfarenheter (Eldh, 2014).

Utifrån patientdelaktigheten utvecklades ett nytt förhållningssätt. Detta kallas för *personcentrerad vård*, som utgår från patienten för organisering av vården. Viktigt för personcentrerad vård är att patienten står i centrum och att genom aktivt lyssnande på patientens egna berättelse om situationen kan utforma en vård som skapar bäst välmående för patienten (Eldh, 2014). Vid den personcentrerade vården är det viktigt att ge patienten förutsättningar till kunskapsutbyte och lärande. Beroende på patientens egna resurser kan det vara viktigt att involvera patientens närstående för att säkerställa informationsöverföringen och lärandet (Pelzang, 2010).

Benzein, Hagberg & Saveman (2017a) skriver att det är viktigt att se patienten och dess familj som en enhet där alla delar är viktiga för den totala hälsan. Dahlberg och Segerstens (2010, s.101) definition av hälsa lyder "att man upplever välbefinnande, mår bra och är i stånd till att genomföra sina små och stora livsprojekt". Detta kopplar Benzein et al. (2017a) ihop med att familjen spelar en betydande roll även för den enskilde individen då familjen som helhet kan utnyttja alla styrkor och resurser för att göra det möjligt att genomföra sina "små och stora livsprojekt".

Familjens roll i omvårdnaden

Enligt FN:s mänskliga rättigheter (Regeringskansliet, 2011) är familjen den naturliga och grundläggande enheten i samhället och har rätt till samhällets och statens skydd. Familjen har en viktig och betydande roll för den sjuke som ett moraliskt stöd och en trygghet. Vid en ny livssituation i form av t.ex. en sjukdom uppkommer en osäkerhet och oförutsägbarhet hos den sjuke. Olika människor har olika förmåga att ta sig igenom en svår situation. Aron Antonovski (2005) förklarar skillnader i förmågan att ta sig igenom en svår situation genom

modellen "Känsla av sammanhang" (KASAM). Där beskriver Antonovski tre viktiga begrepp: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet som tillsammans visar på en persons förmåga att hantera en situation. Ju högre grad av KASAM en patient har desto större möjlighet har patienten till god hälsa. Genom bra samarbete med familjen kan de bidra till högre grad av KASAM. Familjen kan t.ex. hjälpa till med att föra fram information för att öka begriplighet eller stärka patienten emotionellt för hanterbarheten och finnas där för patienten för meningsfullheten (Antonovski, 2005).

Familjen kommer enligt Carlsson och Wenman-Larsen (2014) med största sannolikhet alltid att ha en central roll inom vården. Synen på familjen i vården har däremot förändrats över tid och från början var det enbart familjen som tog hand om den sjuke utan inblandning av samhället. I takt med urbaniseringen och att även kvinnor började förvärvsarbete lades mer och mer ansvar över på samhället för att hjälpa till med de sjuka (Carlsson & Wenman-Larsen, 2014). Denna utveckling har lett fram till att vi i Sverige idag har socialtjänstlagen (SFS 2001:453) som reglerar vilka rättigheter och skyldigheter de som vårdar en familjemedlem har. Sjuksköterskeprofessionen har även formats efter denna utveckling, från att mestadels vara inriktad mot slutenvården d.v.s. vård på sjukhus är nu sjuksköterskorna ute i hemmen och bedriver vård (Carlsson & Wenman-Larsen, 2014).

Familjefokuserad omvårdnad

Synen på familjen skiljer sig åt från sjuksköterska till sjuksköterska, Benzein et al. (2017a) menar att vissa sjuksköterskor saknar kunskap om familjens betydelse och ser då lätt familjen som ett hinder från att nå patienten medans andra istället ser familjen som en resurs. Med ett familjecentrerat förhållningssätt där familjen involveras och tillåts vara delaktiga i problemidentifiering, vårdutformning och beslut kan en ta tillvara på alla i familjens unika resurser. Detta skapar bättre förutsättningar till hälsa för hela familjen (Benzein et al., 2017a). *Familjefokuserad omvårdnad* är ett paraplybegrepp som innefattar två olika typer av omvårdnad: familjerelaterad omvårdnad och familjecentrerad omvårdnad. *Familjerelaterad omvårdnad* bygger på personcentrerad vård. Skillnaden är att även hänsyn tas till patientens sociala sammanhang och utgår från att patienten står i centrum medans den övriga familjen utgör kontexten. Familjerelaterad omvårdnad är vanligt förekommande i dagens sjukvård och i detta förhållningssätt skapas vårdrelationen bara mellan sjuksköterskan och patienten (Benzein et al., 2017a).

Familjefokuserad omvårdnad utifrån ett systemteoretisk förhållningssätt kallas *familjecentrerad omvårdnad* och förutsätter att hänsyn tas till alla delar i systemet (Wright & Leahey, 2009). Genom att lyssna på varje enskild familjemedlem får en enligt Benzein et al. (2017a) flera olika verkligheter och en bredare syn på den totala hälsan i familjen. Familjecentrerad och familjerelaterad omvårdnad bör ses som varandras komplement där målet är att ge den mest adekvata omvårdnaden som möjligt för situationen. I dagens vård bör det familjecentrerade förhållningssättet få större utrymme. Speciellt i långvarig vård, vård av svåra sjukdomstillstånd och vid rehabilitering i vård och omsorg (Benzein et al., 2017a).

Att bedriva familjecentrerad omvårdnad i praktiken kräver att sjuksköterskan utmanar sitt sätt att tänka. Det kräver att en ser sin relation med familjen och patienten som icke hierarkisk d.v.s. att alla har sin expertis och resurser, för att tillsammans kunna nå målen för omvårdnaden. Det är viktigt att sjuksköterskan presenterar vad hen kan bidra med för kunskap och kompetens till familjen och vice versa. Inom familjecentrerad omvårdnad ska alla möten med familjen ses som en omvårdnadsåtgärd. Det är i mötena som sjuksköterskan tar emot och

ger information kring omvårdnadsbehov, ger återkoppling av tidigare samtal och reflekterar tillsammans vilket bidrar till en fortsatt god vård (Benzien, Hagberg & Saveman, 2017b). För att kunna genomföra detta menar Coyne, O'Neill, Murphy, Costello, & O'Shea (2011) att en sjuksköterska behöver tillräckliga resurser, lämplig utbildning och stöd från chefer samt alla medlemmar i vårdteamet för att framgångsrikt kunna bedriva en familjefokuserad omvårdnad där hen arbetar.

Tidigare forskning om familjens roll i omvårdnaden

Enligt Benzein et al. (2008) framkommer det att den generella synen bland sjuksköterskor är att familjen spelar en viktig roll i omvårdnaden. Familjen kan både ses som patientens resurs men också sjuksköterskans. Vid en jämförelse mellan sjuksköterskor i hemsjukvården och på sjukhus visade sig att sjuksköterskorna på sjukhus hade svårare att se familjen som en resurs i omvårdnadsarbetet (Benzein et al., 2008). En möjlig orsak till detta var enligt artikelförfattarna att familjens möjligheter att träffa patienten är begränsade på sjukhus och att sjuksköterskorna inte involverar familjen i omvårdnadsarbetet. På sjukhus i Sverige är arbetsbördan hos sjuksköterskorna ofta hög och de tvingas att prioritera vart de lägger sin tid. Detta menar Benzein et al. (2008) gör att sjuksköterskorna väljer att lägga tiden på patienten istället för att involvera familjen. Anledningar till detta kan vara okunskap om betydelsen en familj har, strukturen på arbetsplatsen eller attityd gentemot att arbeta med familjen som helhet och även de uppfattningar familjen har om vad för jobb sjuksköterskan utför. Följden av att sjuksköterskor ser familjen som en börda kan leda till att familjens roll minimeras och att sjuksköterskan t.ex. visar ut familjen från rummet inför vissa omvårdnadshandlingar (Benzein et al., 2008).

I en dansk studie försöker de studera vilka möjligheter och hinder sjuksköterskan har för ett gott samarbete med familjen till äldre sjuka patienter. Resultaten i artikeln visar att sjuksköterskors erfarenheter kring samarbetet med familjen kunde förklaras på två olika sätt, ena gällande det etiska ansvar sjuksköterskan har gentemot familjen och det andra vad för kontakt med familjen som faktiskt tas under sjuksköterskans arbetsdag. Studien visar även att det finns en idealisk bild av samarbetet med familjen som en resurs i en planerad process, men att i praktiken var mötet med familjen oftast slumpmässiga (Lindhardt, Hallberg & Poulsen, 2008).

En studie beskriver sjuksköterskans perspektiv kring interaktionen mellan familj och sjuksköterskor, men även familjens betydelse för patienten. Det framkommer att interaktionen ofta sker på kvällstid och att sjuksköterskorna uppfattade familjen som viktig. Framförallt gällande patientens välmående, information om patient, samt planering av vården (Åstedt-Kurki, Paavilainen, Tammentie & Paunonen-Ilmonen, 2001).

En studie utförd på en intensivvårdsavdelning visar att en god kontakt med familjen gav sjuksköterskan tillfredsställelse i sitt jobb och att sjuksköterskorna upplevde att de utförde sina omvårdnadsuppgifter bättre hos de patienter där kontakten med familjen var bra. De sjuksköterskor som hade svårare att skapa god kontakt med familjen uppgav att de kände sig observerade, hade lite tid med familjen samt ser sig själva som experter inom omvårdnaden (Söderström, Benzein & Saveman, 2003).

Det finns även studier utförda med familjer angående hur de vill bli bemötta av en sjuksköterska, dessa är utförda på akutavdelningar och påvisar att familjer som blir inbjudna till att delta i omvårdnaden, får ärlig information samt möjlighet att vara nära patienten,

upplever en större känsla av respekt, delaktighet och stöd (Kinrade, Jackson & Tomnay, 2009; Mitchell, Chaboyer, Burmeister & Foster, 2009).

Studier utförda i Mellanöstern

Felemban, O'connor och Mckenna (2014) skriver att familjen utgör en central roll i den arabiska kulturen och det är familjen som är en persons identitet. Studien förklarar även att när en arbetar som sjuksköterska i dessa länder är det viktigt att respektera kulturen och familjen. Familjemedlemmar anser att sjuksköterskan skall behandla patienten precis som det vore deras egen familjemedlem. Vid omvårdnad skall patientens integritet värnas om och att utföra omvårdnad som kan anses stötande, respektlöst eller sexuellt skall undvikas.

Vidare finner en studie utförd i Iran att ett familjecentrerat förhållningssätt inom rehabiliteringen av hjärtsjukdomar gör att patienten lyckas bättre med de livsstilsförändringar som är nödvändiga för att inte drabbas av komplikationer (Rakhshan, Kordshooli & Ghadakpoor, 2015).

Sjuksköterskor i Turkiet betraktar besöken av familjen som viktiga och nödvändiga för välmåendet hos patienten, men att det påverkar deras arbete med omvårdnaden blir försenat, då tid spenderas att förklara och samtala med familjemedlemmar. Vidare tycker sjuksköterskorna att besökstiden borde vara tidsbestämd (Sabuncu, Senturan, Gülseven, 2001).

Problemformulering

Som tidigare nämnts betyder familjen mycket för den sjuke individen vilket gör att familjen blir en naturlig del i vården av patienten. Sverige och Jordanien är båda medlemmar i International Council of Nurses, som skrivit den internationella etiska koden för sjuksköterskor. Där det står att en sjuksköterskas huvudansvar är främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (ICN, 2012). Enligt ICN code of ethics ska sjuksköterskan arbeta aktivt för att involvera familjen i omvårdnaden. Trots att det är tydligt beskrivet i den etiska koden att det ingår i sjuksköterskans arbetsuppgifter att involvera familjen är det ändå inte självklart.

Litteraturgenomgången visade att det saknas forskning från mellanöstern om sjuksköterskors uppfattningar om familjens roll i omvårdnaden därför fokuserar föreliggande studie på att studera jordanska sjuksköterskors perspektiv på detta.

Syfte

Syftet är att belysa sjuksköterskors erfarenheter av familjens betydelse för omvårdnadsarbetet, inom sjukvården i Jordanien, samt vilka för- och nackdelar familjens involvering kan innebära.

De specifika frågeställningarna är:

- Hur uppfattar sjuksköterskan familjens betydelse för patienten och dess omvårdnad?
- Vilka för- och nackdelar för omvårdnadsarbetet kan familjens involvering innebära?

Metod

Valet av en kvalitativ ansats kan ses som en självklarhet då kvalitativ metod är lämpligt när forskaren vill undersöka ett visst fenomen i en specifik kontext. I detta fall är studiens syfte

att undersöka sjuksköterskans uppfattning om fenomenet *familjens betydelse för omvårdnadsarbetet* i sjukhusmiljö i Jordanien. Kvalitativ forskning utgår från en holistisk tradition där målet är att undersöka en persons levda erfarenheter (här sjuksköterskans). I och med att resultatet bygger på en persons berättelse finns det inga rätt eller fel i kvalitativ forskning och resultatet formas utifrån intervjupersonen och forskarens egna paradigmen och vilken kontext de befinner sig i (Henricsson & Billhult, 2017).

Förberedelser

Författarnas deltagande i ett internationellt utbytesprogram var avgörande för studiens syfte och design. Det har undersökts vad som kan vara forskningsbart och relevant att undersöka i Jordanien och som dessutom har direkt koppling till huvudområdet omvårdnad. Grunden för val av ämnet är presenterat i bakgrunden. En projektplan togs fram och sändes till kontaktpersonen i Jordanien för godkännande. Vidare utformades ett informationsbrev och en intervjuguide för att kunna rekrytera potentiella deltagare för studien. Som en del i kvalitetssäkringen genomfördes en testintervju för att pröva att de tänkta frågorna svarade mot syftet eller behövde korrigeras, detta i enlighet med Danielssons (2017a) direktiv om hur intervjuförberedelserna bör utformas.

För att genomföra föreliggande studie började författarna med att ansöka om ett etiskt godkännande från "The research committee" på The University of Jordan där ansökan beskrev hur data till studien skulle samlas in och vad deltagarna har för rättigheter. Detta etiska godkännande accepterades 2019-02-19 (bilaga 1).

Inför intervjuerna fick alla deltagare ta del av ett missivbrev (bilaga 2) där de fick skriftlig information om studiens utformning och deras rättigheter vid deltagandet. Deltagarna blev informerade om att deras deltagande var frivilligt och att de fick avbryta sin medverkan i studien när de ville. Vid intervjuerna gick intervjuaren tillsammans med deltagaren genom missivbrevet och gav ytterligare information om så behövdes. Informationen avslutades med att intervjupersonerna och författarna skrev under ett samtyckesformulär (bilaga 3). Efter genomförandet av intervjuerna har dessa oidentifierats med namn och övrigt fakta som skulle kunna kopplas till den enskilde individen.

Urval

I undersökningen har urvalet av deltagare skett utifrån ett strategiskt urval d.v.s. lämpliga intervjupersoner som kan svara på frågor som ställs utifrån studiens syfte (Henricsson & Billhult, 2017). Vid intervjustudier med öppna frågor är riktmärket att cirka 20 ska delta, då det vanligtvis blir ett bortfall då deltagare tackar nej till att delta brukar det faktiska antalet hamna mellan 10-20 intervjuer (Danielsson, 2017a). Studien är en del i ett Erasmus utbyte mellan sjuksköterskeutbildningen vid Göteborgs universitet och University of Jordan. Med hjälp ansvariga lärare från The University of Jordan togs kontakt med master klasser. Där presenterades föreliggande studie kort och studenterna fick frågan om de ville intervjuas för detta ändamål. Studenterna som var intresserade fick skriva ner sina kontaktuppgifter och kontaktades sedan via whatsapp och mail. Mastersstudenter på universitetet studerar till motsvarande specialistsjuksköterskeutbildningar i Sverige. Inklusionskriterierna för deltagare i studien var studenter som är utbildade sjuksköterskor, att de har arbetat minst 1 år på sjukhus med vuxna patienter och att de kan tala och förstå engelska. Slutligen inkluderades sju sjuksköterskor (varav fem kvinnor och två män) med ett genomsnittlig erfarenhet av ca 4,3 år (tabell 1).

Tabell 1: Intervjupersonernas bakgrund

Intervjuperson	Ålder	Erfarenhet (år)	Arbetsplats
1	32	9	Akutmottagning/IVA
2	22	1	Akutmottagning
3	27	3	Akutmottagning/ Geriatrik
4	33	7	IVA
5	31	5	IVA
6	24	2	IVA
7	27	3	Medicinsk och Kirurgisk avdelning

Datainsamling

Eftersom syftet med föreliggande studien är att få beskrivningar av sjuksköterskans uppfattningar av familjens betydelse i vården valdes semistrukturerade intervjuer (Danielson, 2017a). Intervjupersonen fick svara fritt på tre huvudfrågor (en i taget) där intervjuaren ställde följdfrågor om det som behövde förtydligas eller utvecklas för att få ämnet beskrivet på ett uttömmande sätt. Som hjälp för att strukturera intervjuerna utformades en intervjuguide (bilaga 4). Intervjuerna utfördes med båda författarna där den ena ledde intervjun och den andra observerade. Båda författarna hade möjlighet att ställa kompletterande frågor under intervjun. Deltagarna intervjuades enskilt och i form av face-to-face intervjuer på en lugn och ostörd plats som deltagaren själv valt. Intervjuerna hölls på engelska, detta för att inte riskera att nyanser i svaren försvinner vid användandet av tolk. För att säkerställa att ingen viktig information missades spelades alla intervjuer in för att sedan i lugn och ro kunna lyssnas igenom och transkriberas över till text (Danielson, 2017b). Intervjuerna varade i mellan 15-25 minuter och alla sju intervjuerna utfördes under 22 dagar mellan 2019-03-02 – 2019-03-27

Dataanalys

Kvalitativ data går att analysera på olika sätt beroende på studiens syfte, i detta fall blev valet att göra en induktiv innehållsanalys då det är en lämplig metod för att analysera fenomen inom omvårdnadsforskning (Elo & Kyngäs, 2008). Vid innehållsanalys utgår forskaren från ett omfattande textunderlag för att reducera ner detta till meningsbärande enheter, som därefter delas in i kategorier, ord och fraser som har samma mening (Elo & Kyngäs, 2008). Målet med en innehållsanalys är att få fram en komprimerad men bred förklaring av texten och slutresultatet ska utmytna i kategorier som ger en förklaring av fenomenet. Dessa begrepp ska sedan bilda ett system eller modell som visar fenomenet i sin helhet (Elo & Kyngäs, 2008).

Elo och Kyngäs (2008) skriver att induktiv innehållsanalys genomförs i tre steg, förberedelse, organisering och slutligen rapportering. Vidare framgår att det inte finns några systematiska regler på hur analysen ska genomföras, utan att målet bara är att komprimera innehållet i texten. Förberedelsefasen sker genom att det väljs ett tema att följa under analysen, det kan vara ett ord eller en mening. I detta fall valdes att utgå från intervjufrågorna (bilaga 4). Alla intervjuer lästes igenom för att finna meningsbärande enheter bestående av en eller flera meningar som sedan sorterades in under våra valda teman. Innehållsanalys kan utföras på manifest nivå eller på latent nivå, vid latent nivå tas exempelvis ansiktsuttryck, skratt och tystnader med medan på en manifest nivå är utgångspunkten den text som blir tillgänglig genom de transkriberade intervjuerna (Elo & Kyngäs, 2008). Intervjuerna utfördes på både

deltagarnas och författarnas andraspråk vilket medförde vissa störningar i intervjuerna och därför valdes att genomföra analysen på manifest nivå.

Under analysfasen utfördes anteckningar i materialet i form av att meningsenheterna ges koder eller etiketter i form av ett ord som beskriver innehållet. När detta arbete var slutfört lades alla koder ihop för att sedan gås igenom gemensamt av författarna, målet med genomgången var att organisera upp koder som hade samma betydelse i sub-kategorier och sedan organisera sub-kategorierna till generiska kategorier. Viktigt vid detta arbete är att sub-kategorierna måste vara så specifika att en kod inte kan platsa i mer än en sub-kategori (Elo & Kyngäs, 2008). Det slutliga steget i analysen är att sammanställa koder, sub-kategorier och kategorier, exempel på detta finns i tabell 2. till en modell och sedan redovisa resultatet.

Under analysarbetet genomfördes varje steg gemensamt för att få en samstämmig bild över hur arbetet skulle gå till. Vidare under analysens gång diskuterades och reviderades materialet tills båda författarna kände igen sig i resultatet. De sju intervjuerna i analysen har avidentifierats till ett nummer för varje intervjuperson (IP) nämligen till IP 1-7. Citaten återges på engelska och i vissa fall har språk och meningsbyggnad justeras för att skapa ett språkligt korrekt innehåll.

Tabell 2: Illustration av dataanalys

Meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
<ul style="list-style-type: none"> I feel anxious, nervous I can't introduce the care for the patient! I will just do little of my care for him! (IP 3) 	Rädd för att göra fel, nervös, ångest	Familjen stör sjuksköterskans arbetsro	Familjen som ett hinder för omvårdnaden
<ul style="list-style-type: none"> 100% I believe that! mainly psychological, for sure! Maybe they (relatives) can do something physical but mainly psychological, they can do 100% (IP 1) 	Emotionellt	Samarbete med familjen är gynnsamt för vården	Familjen som en resurs för omvårdnaden

Resultat

Intervjupersonerna har olika bakgrund både var de arbetat och hur länge de har arbetat som sjuksköterska, de flesta har dock arbetat på akut- och intensivvårdsavdelningar.

Familjens möjlighet till närvaro varierar beroende på vårdavdelning. På intensivvårdsavdelningar finns det tidsrestriktioner för besökande medan det på akutmottagningar och medicinska avdelningar finns mindre restriktioner och därmed kan familjen vara mer närvarande. Vid intervjuerna framkommer att familjen utför olika arbetsuppgifter på vårdavdelningarna som t.ex. att signera dokument, köpa mediciner, handla

mat och dryck, köra till röntgen eller att lämna blodprover för analys. Därigenom finns det ofta en nära kontakt mellan vårdpersonal och familj vilket även kan leda till olika åsikter, tankar och funderingar bland sjuksköterskorna.

Sammanfattningsvis visade studien att synen på familjen varierade eftersom en del uppfattade familjen som en resurs och andra som ett hinder i arbetet. Där av presenteras resultatet i två huvudkategorier nämligen: *familjen som en resurs i omvårdnaden* och *familjen som ett hinder i omvårdnaden*.

Familjen som en resurs i omvårdnaden

Familjen som en självklarhet och ett måste

Sjuksköterskorna uttrycker att familjens betydelse är viktig för patienten och den demonstreras genom att familjen alltid är närvarande. Flera intervjupersoner förklarar att familjen måste vara där då det är en naturlig del i den arabiska kulturen, och att en har ett ansvar för att hand om sin familj.

“Yes, the family must be with the patient every time he or she come to the hospital. If the patient is young or old. The family must be there.” (IP 3)

Det finns även en stolthet i att ha en stor familj där alla tar hand om varandra och det ses som anmärkningsvärt att komma ensam till sjukhuset. En av informanterna uttryckte det såhär:

“We are proud about huge family member and relatives, it is a good thing in our culture, one patient alone is catastrophic” (IP 4)

En av sjuksköterskorna förklarar även hur familjen organiserar sig vid en sjukdom. Genom att flera generationer bor tillsammans tar en generation hand om den andra, utifrån tradition och religion. Sjuksköterskan förklarade vidare att semester och fritid kan användas till att ta hand om sina sjuka föräldrar. I Jordanien har en även rätt att ta ledigt från sitt arbete för att vårda en familjemedlem.

“Yes, In Jordan I can live with my mother, father, grandfather and my husband in the same house, this is a tradition from the past. We take care of our father and mother as a religious belief and tradition, we cannot leave them suffer or in pain/.../ if I have a grandmother or grandfather I can use my holiday to take care of them if they need to bath or to eat or to go to hospital. I will help them” (IP 6)

Några av sjuksköterskorna anser att familjen är en viktig resurs i form av ett emotionellt stöd och genom att vara närvarande skapar de en god vårdande miljö. De uppfattar att patienterna blir mer komfortabla och stärkta i den läkande processen genom familjens närvaro. Vidare berättar de att sjukhusmiljön för många patienter kan vara en främmande plats som är avskalad och steril i sin utformning och det är fullt av maskiner, skärmar och lampor. Det kan medföra att patienten känner sig otrygg men genom familjens närvaro kan de hjälpa patienten att känna sig trygg i situationen då familjen utgör en stabil punkt i patientens liv.

“Ye, I think for the emotional support, just like being there with them, just enough I think. Like he might feel alone with all those devices around him, I mean some people don't like the atmosphere in the hospital so I think the families helps a lot with that part, so the patient can feel more relaxed”(IP 2)

Samarbete med familjen är gynnsamt för vården

Synen på familjen i vården varierar mellan intervjupersonerna i studien, några har en generell bild av att familjen är en börda medan andra har varit specifika och menar att familjen kan vara en resurs. Några intervjupersoner uppger att familjens bakgrund avgör om de upplevs som en resurs eller börda för omvårdnaden. Några sjuksköterskor har nämnt medicinsk utbildning men den övergripande uppfattningen är att ju högre utbildning familjemedlemmarna har desto större chans är det att de kommer fungera som en resurs i omvårdnaden. Både genom att de kommer utföra mer avancerad omvårdnad men också att de har en större förståelse för sjuksköterskans arbete och sjukhusets organisation.

“Positive, some families at high level of education respect the regulation and the rules. They know the patient in ICU facing deprivation and suffering from lack of normality /.../ they manage the visiting hour, limit the numbers of visitors, support the patient... but that’s rare” (IP 4)

En av intervjupersonerna menade att familjen var ett viktigt stöd och därmed en resurs i kommunikationen med patienten eftersom de kan hjälpa till att förklara för och motivera patienten till att t.ex. utföra ett visst ingrepp.

“Yes, In some situations when the family are with patient they can help with some decision such as echocardiography /.../ For example in one situation, one patient refused to make catheterisation and she want to go back home, but when her sons come to the hospital he talk with her and they decided to make catheterisation” (IP 5)

Några av sjuksköterskorna uttryckte att familjen kunde vara en resurs i det dagliga arbetet med patienten. När sjuksköterskorna hade mycket att göra kunde familjen vara till stor hjälp med att t.ex. sköta basal omvårdnad för patienten. I ett fall uttryckte en intervjuperson att hen planerade dagen tillsammans med familjen och patienten för att dela omvårdnadsuppgifterna sinsemellan.

“Yes, from the beginning of the day we ask the family member what are you going to do today? They say for example we are going to feed him, change the dress and even to assist in cleaning or positioning. So we can continue the other tasks.” (IP 7)

En del av intervjupersonerna förklarade att deras arbete blev enklare när familjen var närvarande. Dels genom att den redan tunga arbetsbördan för en sjuksköterska lättades när de kunde få hjälp med vissa omvårdnadsuppgifter från familjen. En sjuksköterska uttryckte att om hen kunde stötta familjen så kunde familjen stötta patienten, vilket gav en positiv spiral. Det visade sig även att ett gott samarbete med familjer gav uttryck till en högre arbetsmoral för sjuksköterskan.

“Yes, I feel good when I see the family with the patient, it really gives me a positive feeling! for sure! I will give everything for patient!” (IP 1)

Familjen som ett hinder i omvårdnaden

Familjens närvaro minimerar patienten, tar tid och stör vården

Sjuksköterskorna tog upp flera exempel på att det var problematiskt med familjer som var på besök i tid och otid och argumenterade för vikten av att respektera de utsatta besökstiderna.

Det kan förekomma att det är alldeles för många familjemedlemmar på besök på en gång eller att de besöker patienten utanför besökstiderna. Detta ledde enligt sjuksköterskorna till att mycket av arbetstiden gick åt till att förklara för familjen vad som gäller. De beskrev även en känsla av misstro från familjens sida om sjuksköterskan verkligen utförde omvårdnaden på korrekt sätt. De berättade också att det många gånger var svårt att få familjen att förstå varför de utförde omvårdnaden på ett visst sätt.

“Yes, I have an example, one old man come to the hospital to take vital signs and his wife came with him and she can't understand that they need to wait. So every two minutes she tells me “can you take the blood pressure”, “can you take the blood pressure” and I told the old man to sit down and rest for 14 minutes so I can take a correct blood pressure, but the wife can't understand this and every two minutes “can you take the blood pressure”. I explain to him why I do like this but the wife can't understand.” (IP 3)

Några sjuksköterskor förklarade att den starka familjetraditionen kunde leda till problem då familjen ibland vägrade att lämna sin sjuka familjemedlem och att de har svårt att acceptera medicinsk fakta och beslut.

“So, when you talk to family members they expect the patient to be restored to life even from brain death. This is a religious value, our belief, so some relative do not persuade this is brain death because you still believe allah can help him. Some relative you try to explain to them what brain death is and they start fighting you” (IP 6)

Några av sjuksköterskorna berättade att familjen kunde skapa hinder i arbetet med patienten då familjen tog över och patienten tillåts därmed inte tala för sig själv. Det kan medföra att viktig information ur patientens perspektiv inte kommer fram.

“Yes the family members ask for what he or she is sick from, the patient just stay silent and the family talk about everything!.../ that's wrong! sure that's wrong!.../ sometimes I try to explain for the family that it is wrong but they cant understand” (IP 3)

Två av sjuksköterskorna påtalade risken med att ha för många familjemedlemmar på vårdavdelningarna kan öka risken för smittspridning. Då de inte har någon utbildning inom sjukvård kan det vara svårt att få de att följa de basala hygienrutinerna vilket i sin tur medför att smitta sprids mellan patienter och att multiresistenta bakterier sprids i samhället.

“Yes, so we do not want the family to take risk in being in this units, because they may face trouble for example with infectious disease. Since they are not trained as nurses to handling this procedures. For this purpose we teach them how to do before and after cleaning and do handwashing in an effective way because we don't want them to be at risk.” (IP 7)

Flera sjuksköterskor berättade om hur de hade löst några av dessa problem på sina avdelningar. Vanligt förekommande var att avdelningen hade någon form besökstider då det var okej för familjen att besöka patienten. På detta sätt tillåts familjen vara närvarande för det emotionella stödet men sjuksköterskan fick ändå tid att vara själv med patienten och ostörd utföra sin omvårdnad samtidigt som risken för smittspridning minskar.

Familjen stör sjuksköterskans arbetsro

Några av de intervjuade uttryckte att familjemedlemmar ifrågasatte sjuksköterskans jobb genom att ställa frågor om patientens mediciner, apparaterna och omvårdnaden de utförde. Detta tillsammans med en hög arbetsbelastning gjorde att sjuksköterskorna blev irriterade, nervösa och oroliga.

“Yes here in ICU during critical situation we will manage everything ok, unless the relative is in the situation. That will restrict our freedom... suppose you are working and dealing with patient and someone ask you “what you doing?” You will be irritable and anxious, someone looking at you just to observe if you do some mistake, completely not supportive, here relatives are not supportive” (IP 4)

I ett fall berättade även sjuksköterskan att familjen kunde klaga till cheferna på avdelningen, vilket kunde leda till avdrag på lönen, vilket skapade stress för sjuksköterskorna.

“So, some relative gives me a punishment by telling my headnurse. Still I work hard but the ratio of the patient is very high I can’t deliver 3-4 patient in one shift. I can’t make positioning by myself and I don’t have staff with me.. so the familymembers tell the headnurse what haven’t been done during my shift. So the headnurse make me a punishment by telling the management to lower my salary ” (IP 6)

Trots att de flesta sjuksköterskorna uttryckte negativa känslor om familjemedlemmars närvaro var det ändå flera som uppgav en förståelse för familjens reaktioner och berättade att de själva skulle reagera på samma sätt.

“Yes, if one of my relative go to hospital I get anxious. Why the nurse make the alarm off, why modify the alarm setting, so sometimes also we become troublemakers. Yes our emotion its very dominante about the logical thinking” (IP 4)

Diskussion

Metoddiskussion

Val av ansats och datainsamling

Litteraturgenomgången i bakgrunden visar på att det finns viss forskning inom familjecentrerad vård och forskning gjord i mellanöstern med familjecentrerat förhållningssätt, däremot fanns det ett kunskapsglapp om sjuksköterskans uppfattningar kring familjen i mellanöstern. Studiens syfte är att beskriva sjuksköterskors uppfattning om ett fenomen (I detta fall familjens påverkan på vården). Valet av kvalitativ ansats med datainsamling via intervjuer är lämpligt för denna studie eftersom metoden har växt fram för att kunna förklara fenomen genom tolkning av människors upplevelser och erfarenheter (Elo & Kyngäs, 2008).

Valet av intervjupersoner till studien gjordes genom ett strategiskt urval, detta för att genom ett fåtal intervjuer kunna få ett kvalitativt och brett resultat vad gäller erfarenheter och uppfattningar. Genom det etiska godkännandet (bilaga 1) var urvalet begränsat till mastersstudenter på The University of Jordan. Fördelen med att deltagarna är från universitetet är att de kommer från olika bakgrunder och har arbetat på olika avdelningar vilket ger en bra bredd på de sammanlagda erfarenheterna (Danielson, 2017b). En nackdel

med att intervjupersonerna gick i samma mastersklass som var inriktad mot intensivvård var att alla hade arbetat på liknande avdelningar d.v.s. intensivvård eller akutsjukvård.

Att göra datainsamlingen via intervjuer är i samklang med kvalitativ forskningsmetod och är lämpligt för syftet att belysa sjuksköterskans uppfattning (Elo & Kyngäs, 2008). Intervjuerna var semistrukturerade med öppna frågor detta är en bra metod då forskaren vill få svar på personers upplevelser, erfarenheter, uppfattningar, åsikter, känslor och kunskap (Danielson, 2017a). Fördelen med denna metod är att intervjupersonen själv får berätta om ämnet och vad hen tycker är väsentligt medans forskarens uppgift är att lyssna aktivt och vid behov ställa enkla följdfrågor för en mer uttömmande beskrivning. Det är viktigt att forskaren inte ställer några ledande frågor under intervjun. Under intervjuerna är det viktigt att sitta på en trygg och ostörd plats för att deltagaren inte ska bli avbruten i sin berättelse (Danielson, 2017a). Som stöd för intervjuerna hade författarna en intervjuguide (bilaga 4). För att kontrollera att vår intervjuguide och våra huvudfrågor var tillämpbara mot syftet utfördes en testintervju med en sjuksköterskestudent. Efter testintervjun bearbetade vi utformningen och språket på frågorna då vi upplevt att den intervjuade hade svårt att uppfatta vad vi menade med frågorna. Vi lade även till några följdfrågor som vi tyckte var relevanta för att ge uttömmande svar mot syftet. För att få ett trovärdigt resultat var båda författarna med under samtliga intervjuer vilket gav en tydlig bild över intervjuerna samt en samstämmig bild av resultatet under bearbetningen.

Inför datainsamlingen hade vi bett om att få kontakt med intervjupersoner som var duktiga på engelska men när väl intervjuerna genomfördes upptäcktes att nivån på engelska varierade och var generellt lågt. Däremot kan det ses som en styrka att vi inte exkluderade någon pga nivå på engelska, då ett antagande kan vara att god nivå på engelska är relaterat till hög social samhällsstatus. Alternativet att hålla intervjuerna på arabiska via tolk valde vi bort på grund av resursbrist och att tolkens översättning på både frågor och svar hade kunnat påverka nyanser i resultatet.

Bristen i genomförandet av intervjuerna var bland annat att deltagarnas kunskaper i engelska var bristfälliga vilket ledde till att svaren inte blev lika utförliga som vi hoppats på. Några av intervjupersonerna hade svårt att förstå våra frågor vilket ledde till att vi fick berätta och förklara vad vi ville ha svar på under intervjun. Trots att vi var väl medvetna om att vi inte får ställa ledande frågor kan detta ändå ha påverkat intervjupersonens svar. På grund av språkbarriären var det flera av intervjupersonerna som efter intervjun berättade att de var nervösa och hade haft prestationsångest inför intervjuerna vilket inte är bra för ett optimalt resultat (Danielson, 2017a). Intervjuerna genomfördes på en av deltagarna vald plats vilket ledde till att två intervjuer utfördes på universitetssjukhuset och fem intervjuer utfördes i klassrum på universitetet. Klassrummen var öppna för alla studenter vilket gjorde att några av intervjuerna stördes av att andra elever kom in i rummet.

Dataanalys

Intervjuerna transkriberades och analyserades via kvalitativ innehållsanalys vilket är en vanlig metod inom kvalitativ forskning med stora textmassor (Elo & Kyngäs, 2008). Båda författarna var medverkande på samtliga intervjuer, arbetet att transkribera intervjuerna delade författarna upp emellan sig då detta steg inte kräver någon tolkning. Därefter läste bägge författarna igenom samtliga intervjuer flertalet gånger för att bekanta sig med materialet. Vid fortsatt bearbetning av materialet gick vi tillsammans igenom intervjun och plockade ut meningsbärande enheter, detta för att få en samstämd bild för det fortsatta arbetet. När allt material var bearbetat i form av meningsbärande enheter gick vi återigen igenom materialet

för att se att båda haft samma uppfattning. När arbetet att koda meningsenheterna började gjordes de första koderna gemensamt återigen för att få en gemensam bild av hur arbetet skulle utformas. Elo och Kyngäs (2008) skriver att en nackdel med kvalitativ innehållsanalys är att resultatet bygger på forskarens tolkning av resultatet. Det är därför bra för studiens trovärdighet om forskarna gemensamt går igenom materialet för att få en så verklighetstrogen bild som möjligt. Som en del i att öka studiens trovärdighet har vi integrerat citat i resultatet för att ge läsaren exempel på vad intervjupersonerna faktiskt sa och hur vi har tolkat det. För att stärka trovärdigheten ytterligare har resultatet diskuteras med handledaren för studien. Inför slutbearbetningen kommer även studien i helhet granskas och diskuteras på seminarium där studenter gett kritiska synpunkter.

Etik och förförståelse

Innan studien utfördes söktes ett etiskt godkännande av University of Jordan, detta blev beviljat. I det etiska godkännandet framgick det om det valda ämnet, våra inklusionskriterier, att deltagande var frivilligt och vilka rättigheter deltagarna hade. Vi blev inbjudna att rekrytera studenter vid en lektion med masterstudenter, där vi presenterade våra studier kortfattat samt samlade in kontaktuppgifter, genom detta fick vi totalt 4 intervjuer. Under studien har sedan olika etiska dilemman dykt upp under datainsamlingen. Möjligen på grund av tidsintervallet, kulturella skillnader men även det frivilliga deltagandet. Då vi hade problem att rekrytera studenter tog vi hjälp av vår kontaktperson på universitetet, detta kan det ha påverkat deltagarna. Vissa studenter som hade undvikits oss, ville senare ställa upp efter att vi hade pratat med kontaktpersonen om att vi behövde mer intervjuer pga tidsbrist. Stundtals frågade vi oss själva i vilken utsträckning deltagandet var frivilligt, ibland ställde deltagarna frågor som "are you happy?", "did I do well"? samt "did you get what you wanted?", en person sa även att vi skulle höra av oss till en lärare på universitet och bekräfta att vi hade utfört en intervju med hen. Generellt sätt är det redan asymmetri i rollen "forskare" och deltagare, men då deltagarna kan ha blivit påverkade till att delta kan detta ha påverkat resultat än mer.

För att stärka studiens pålitlighet skall författarna beskriva sin förförståelse (Mårtensson & Fridlund, 2017). Vi som författare har fått en förförståelse om ämnet då vi har skrivit bakgrund, läst igenom vetenskapliga artiklar inom ämnet men även praktiserat under 3 veckor på sjukhus i Jordanien. Detta kan såklart påverka datainsamlingen och dataanalysen då vi ser på ämnet med andra ögon genom att vi har bildat oss en uppfattning om hur det kan och borde vara. Dessa nya ögon kan hjälpa oss att finna samband i resultatet men det kan även göra att vi missar viktiga delar, i vilken utsträckning är svårt att säga. För att uppnå överförbarhet krävs det enligt Elo och Kyngäs (2008) att en har en noggrann metodredovisning vilket vi har försökt att ge. Dock skriver Mårtensson och Fridlund (2017) att det i slutändan är läsaren själv som avgör om hen anser att resultatet är överförbart.

Resultatdisussion

Syftet är att belysa sjuksköterskors erfarenheter av familjens betydelse för omvårdnadsarbetet, inom sjukvården i Jordanien, samt vilka för- och nackdelar familjens involvering kan innebära. Studiens resultat har stora likheter med tidigare forskning inom familjens påverkan på omvårdnaden (Benzein et al., 2008; Lindhardt, et al., 2008; Åstedt-Kurki, et al., 2001; Sabuncu, Senturan, Gülseven, 1999; Felemban, O'connor & Mckenna 2014). Detta kan innebära att studiens resultat är överförbart på andra grupper i andra kontexter.

Resultatet visar att sjuksköterskorna både såg familjen som ett hinder och som en resurs beroende på hur de involverade och arbetade med familjen. Sjuksköterskorna beskriver familjen som viktiga för patienten, och deras närvaro på sjukhuset ses som en självklarhet i den jordanska kulturen. Familjen fyller även en betydande administrativ roll i form av att signera dokument, köpa mediciner, handla mat och dryck, köra till röntgen eller att lämna blodprover för analys. Några intervjupersoner uppger att samarbetet med familjen som positivt då samspelet med familjen kan leda till trygghet för både familjen och patienten. Samarbetet ger även ett bättre arbetsklimat samt en minskad arbetsbelastning för sjuksköterskan. Det framkom även uppfattningar om att familjen stör vården genom att t.ex. inte respektera regler för anhörigbesök. Sjuksköterskorna menar att familjen tar för mycket plats vilket resulterar i att patientens perspektiv inte kom fram. Det kan även störa sjuksköterskornas arbete och göra att sjuksköterskan känner sig stressad, orolig och nervös. Tre av studiens huvudfynd kommer att diskuteras under nedanstående tre rubriker.

Familjens betydelse för patienten

Det framgår av resultatet att flera intervjupersoner beskriver familjens närvaro av betydelse för patientens välbefinnande. De punkter som lyfts upp som centrala för familjens betydelse var närvaro, ansvarstagande och emotionellt stöd. Benzein et al. (2017a) beskriver att de sjuksköterskor som förstår familjens betydelse i vården kan använda familjen som en resurs för att kunna ge god omvårdnad. Att intervjupersonerna i denna studie också insåg familjens betydelse i vården indikerar att sjuksköterskorna har bra förutsättningar att ta tillvara på de unika egenskaper familjen besitter för omvårdnadsarbetet.

Familjens närvaro är ett viktigt emotionellt stöd som ger trygghet, vilket ökar känslan av meningsfullheten och hanterbarheten av sin livssituation för patienten. Familjen har förmåga att öka patientens känsla av begriplighet eftersom sjuksköterskorna tycker att familjen kan förmedla information och motivera patienten till att ta del av omvårdnaden. Resultatet i likhet med Antonovskis (2005) beskrivning av KASAM visar att familjen har en viktig betydelse för att öka graden av KASAM hos patienten och därmed möjligheten att hantera sjukdomen. Att familjen är ett hjälpmedel i kommunikationen är även i samklang med familjefokuserad vård då familjen kan användas som en resurs för att säkerställa informationsöverföring (Pelzang, 2010).

De intervjuade i föreliggande studie uttrycker familjens betydelse genom att beskriva den arabiska kulturen samt det ansvar familjen har för den sjuke. Inom sjukvården i Jordanien ses det som en självklarhet att familjen är närvarande, sjuksköterskorna uttrycker att det är anmärkningsvärt att komma ensam till sjukhuset. Detta är i likhet med Felemban et al. (2015) studie där de beskriver hur det är att vara sjuksköterska i Saudiarabien. Studien visar att familjen har en stor betydelse i den arabiska kulturen och vid sjukdom är det viktigt att familjen genom sin närvaro visar empati och ger omsorg för den sjuke. Det lyfts fram att en sjuksköterska i sitt arbete måste respektera kulturen och familjen för att kunna ge bra omvårdnad.

Samarbetet med familjen

Resultatet visar att sjuksköterskorna tycker att ett gott samarbete är bra för vården. Några av sjuksköterskorna ser alla familjer som en resurs medans flera lyfter upp att familjens kunskap (nivå av utbildning m.m.) är avgörande för om de kommer uppfattas som en resurs eller börda. Som tidigare nämnts är förståelsen för familjens betydelse avgörande för att de familjecentrerade förhållningssättet ska fungera (Benzein et al., 2017a). Benzein et al. (2017b)

beskriver att det är viktigt att släppa på hierarkin och se patienten, familjen och sig själv som jämlika där alla är experter i sitt område. I resultatet framgår att några av intervjupersonerna inte har ett familjecentrerat perspektiv utan snarare skuldbelägger familjen genom att anse att det är familjen som inte har rätt kunskap och förutsättningar istället för att sjuksköterskan själv anpassar sig efter situationen.

De intervjuade ger två olika bilder av hur de arbetar med familjen, en grupp är positiva och inbjudande till familjens delaktighet kring omvårdnaden. Den andra gruppen vill ha distans till familjen och ser sig själva som experter på omvårdnaden och att familjen är besvärliga, tidskrävande och respektlösa. Precis som Söderström et al. (2003) visar detta att beroende på hur sjuksköterskor omfamnar familjen kan den ses som antingen som en resurs eller ett hinder.

De intervjupersoner som har ett gott samarbete med familjen använder sig även av familjen som en resurs i omvårdnadsarbetet t.ex. genom att planera insatserna under dagen tillsammans med familjen. Benzein et al. (2017b) förklarar att inom familjecentrerad omvårdnad ska alla möten med familjen ses som en omvårdnadsåtgärd. Det är i mötena som sjuksköterskan tar emot och ger information kring omvårdnadsbehov, ger återkoppling av tidigare samtal och reflekterar tillsammans vilket bidrar till en fortsatt god vård. Det framkommer i föreliggande studie att några av sjuksköterskorna arbetar på detta vis. De sjuksköterskor i studien som uppfattar att det finns ett gynnsamt samarbete mellan familj och sjuksköterskan lyfter framförallt upp att deras arbete blir enklare när familjen kan integreras i omvårdnaden. Även om sjuksköterskorna inte medvetet arbetade utifrån vissa omvårdnadsteorier med familjen visar resultatet att sjuksköterskorna ser familjen som en enhet och att de kan påverka patienten positivt (Benzien et al., 2017b).

Familjen som hinder i vården

Intervjupersonerna är samstämmiga att familjen kan störa det dagliga arbetet när det uppstår konflikter och argumentationer, som tar både tid och ork från sjuksköterskan. I förebyggande syfte har sjukvården begränsat familjens närvaro på vårdavdelningen. Under vår praktiktid på akutmottagning observerade vi att informationen både till patienten och familjen var bristfällig eftersom all terminologi och dokumentation är på engelska och det var ytterst lite som översattes och förklarades för patienten. Detta kan med stor sannolikhet vara en källa för irritation och konflikter mellan familjemedlemmar och vårdare. Eldh (2014) skriver att bra kommunikation och information är avgörande för den personcentrerade vården, vilket även är viktiga komponenter för familjecentrerad vård. Genom bristfällig kommunikation mellan sjuksköterska, patient och familj skapas hinder i omvårdnaden då osäkerhet om vårdutformningen uppkommer. I Sverige är informationsöverföringen reglerad via patientlagen där det står att informationen måste vara tillgänglig för patienten och anpassas efter patientens förutsättningar vad gäller ålder, språk m.m. Det åligger även sjuksköterskan att se till att patienten förstått vad informationen innebär (*Patientlagen* [PL], SFS 2014:821).

Av sjuksköterskornas beskrivning om hur interaktionen med familjen fungerar i praktiken, framkommer det att familjen tar för mycket plats, vilket kan minska patientens utrymme att komma till tals. Enligt Eldhs (2014) beskrivning av personcentrerad vård går detta emot förhållningssättet då en viktig del är att lyssna till patientens berättelse om situationen. Det är med andra ord bra att sjuksköterskorna ser detta som ett problem och vill ta del av patientens anamnes. Vid jämförelse med familjecentrerad vård (Benzein et al., 2017a) där målet är att ta in flera olika berättelser både från patienten och familjen är inte detta heller applicerbart på

sjuksköterskornas beskrivning. Genom ett medvetet och strukturerat arbete med familjen och patienten hade sjuksköterskorna kunna dra nytta av att familjen är närvarande och genom att ta del av allas berättelser kunnat utforma den mest adekvata vården för familjen som helhet.

Att familjen tar för mycket plats bekräftas även av Sabunca et al. (1999) där upplevs familjen ta för mycket tid av sjuksköterskans omvårdnadsarbete med patienten eftersom de ofta måste förklara och samtala med familjen. De bekräftar också att det leder till restriktioner i besökstiden som en åtgärd för att lösa detta problem. Att familjen tar upp mycket tid är även i likhet med Benzein et al. (2008) beskrivning av en möjlig orsak till att familjen uppfattas som en börda där de skriver att sjuksköterskorna inte prioriterar att aktivt jobba med familjen när de redan har ett stressat arbetsklimat. Detta lyfter Benzein et al. (2008) upp som en risk. Vid detta förfarande visar föreliggande resultat på att sjuksköterskorna gärna visar ut familjen när vissa arbetsuppgifter ska utföras för att på så sätt skapa en lugnare och ostörd arbetsmiljö.

Flera sjuksköterskor berättar att de upplever en misstro från familjer att de inte utförde omvårdnaden på bästa sätt och att familjen ofta påpekade att andra sjuksköterskor gjorde på ett annat sätt. Detta upplever sjuksköterskorna som ett irritationsmoment och att det skapar en känsla av osäkerhet inför att utföra omvårdnad framför familjen. I Sverige används bland annat standardiserade vårdplaner vilket innebär att sjuksköterskan har en "mall" att följa vid vård av en viss typ av patienter (Forsberg, 2014). Denna standardiserade mall medför att alla får likvärdig vård och att patienten kan vara säker på att hen får den mest adekvata vården som finns tillgänglig. Coyne et al. (2011) skriver att sjuksköterskan behöver tillräckligt med resurser, lämplig utbildning och stöd från chefer och vårdteamet för att framgångsrikt kunna arbeta med ett familjefokuserat förhållningssätt. Det resultatet har visat är att sjuksköterskorna har många organisatoriska hinder mot sig för att kunna utföra ett optimalt samarbete med familjen. Våra observationer under kliniska studier visade att alla sjuksköterskor arbetade på sitt eget sätt när de utförde vården.

Slutsats

Studiens resultat styrker antagandet om familjens betydelse i mellanöstern vilket är viktigt att ha kännedom om för sjuksköterskor i såväl Sverige som Jordanien.

Föreliggande studie visar att familjen uppfattas både som ett hinder och en resurs men genom rätt kunskap och förutsättningar kan sjuksköterskan vända ett hinder till en viktig resurs, som är till gagn för alla parter i vårdkedjan och samhället i stort. Majoriteten av sjuksköterskorna såg familjen som ett hinder vilket kan relateras till främst organisatoriska förutsättningar i vården.

Implikationer för omvårdnad

Jordanska sjuksköterskornas erfarenheter visar att de har stor förståelse för familjens betydelse för patienten och är medvetna om deras inverkan på omvårdnaden ur flera perspektiv. Med denna bakgrund kan sjuksköterskor på ett proaktivt sätt använda sig av familjen som en resurs för att utforma god omvårdnad. Genom att synliggöra och öka kunskapen om familjens potential som en resurs i vården kan familjecentrerad omvårdnad implementeras och anpassas utifrån vårdens förutsättningar både i Jordanien och i Sverige för att effektivisera samarbetet kring patientens vård med anhöriga.

Utifrån studiens resultat framkommer behov av ytterligare forskning om varför vissa sjuksköterskor i Jordanien kan använda familjen som en resurs. Ytterligare studier behövs

även för att se hur sjuksköterskor i Sverige uppfattar anhörigas roll i vård för patienter från andra kulturer.

Referenslista

Antonovsky, A. (2005). Hälsans mysterium. Stockholm: Natur & Kultur

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B. (2017a). Teoretiska utgångspunkter för familjefokuserad omvårdnad. I E. Benzein, M. Hagberg & B. Saveman. (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s. 33-51). Lund: Studentlitteratur.

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B. (2017b). Relationen mellan familj och sjuksköterska - ett systematiskt förhållningssätt. I E. Benzein, M. Hagberg & B. Saveman. (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s. 53-64). Lund: Studentlitteratur.

Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K., & Saveman, B. (2008). Nurses' Attitudes About the Importance of Families in Nursing Care: A Survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162-180. doi: [10.1177/1074840708317058](https://doi.org/10.1177/1074840708317058)

Carlsson, C. & Wenman-Larsen, A. (2014). Ideellt engagemang och närståendes insatser. I A. Ehrenberg & L. Wallin. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och Utveckling* (sid 197-224). Studentlitteratur.

Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., Costello, T., & O'Shea, R. (2011). What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2561-2573. doi: [10.1111/j.1365-2648.2011.05768.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05768.x)

Dahlberg, K. & Segersten, K. (2010). Hälsa och vårdande i teori och praxis. Stockholm: Natur och kultur.

Danielson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. ed. sid.143-154). Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. ed. sid.285-299). Lund: Studentlitteratur.

Department of Statistic Jordan, 2018. Hämtad 2019-03-01 från http://dosweb.dos.gov.jo/DataBank/Population_Estimares/PopulationEstimates.pdf

- Eldh, A. C., (2014). Delaktighet i rollen som patient. I. F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (sid 486-501). Studentlitteratur.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115. doi:[10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x)
- Felemban, E., O'connor, M., & Mckenna, L. (2014). Cultural View of Nursing in Saudi Arabia. *Middle East Journal of Nursing*, 8(4), 8-14. DOI: [10.5742/MEJN.2014.92587](https://doi.org/10.5742/MEJN.2014.92587)
- Forsberg, A. (2014). Standardiserade vårdplaner. I. A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och Utveckling* (sid 359-390). Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ Metod. I. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. ed. sid.111-119). Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nurses. (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. International Council of Nurses.
- Jirwe, M., Momeni, P. & Emami, A. (2014). Kulturell mångfald. I. F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 341-357) Lund: Studentlitteratur.
- Jordan Times. (2008) Jordan tops region as medical tourism hub. Hämtad 2019-04-14 från: <https://web.archive.org/web/20110617025513/http://www.jordantimes.com/?news=10589>
- Jordan Times. (2016). '55% of population, 68% of Jordanians covered by health insurance'. Hämtad 2019-04-14 från: <http://www.jordantimes.com/news/local/55-population-68-jordanians-covered-health-insurance%E2%80%99>
- Kinrade, T., Jackson, A. C., & Tomnay, J. E. (2009). The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(1), 82. Hämta från <http://search.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105262636&site=ehost-live>
- Lindhardt, T., Hallberg, I. R., & Poulsen, I. (2008). Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study.

International journal of nursing studies, 45(5), 668-681. doi:
[10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010)

Meleis, A. I. (2011). *Theoretical Nursing. Development & Progress*. 5:e uppl. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins

Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 543-552. doi:10.4037/ajcc2009226

Mårtensso, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.

Patientlagen (SFS 2014:821). Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Pelzang, R. (2010). Time to learn: understanding patient-centred Care. *British Journal of Nursing*, 19, (14), 912-917. doi: [10.12968/bjon.2010.19.14.49050](https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.14.49050)

Rakhshan, M., Kordshooli, K. R., & Ghadakpoor, S. (2015). Effects of Family-Center Empowerment Model on the Lifestyle of Heart Failure Patients: A Randomized Controlled Clinical Trial. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 3(4), 255–262. Hämtad från <http://search.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=109994833&site=ehost-live>

Rassool, G. H. (2000). The crescent and Islam: Healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1476-1484. doi: [10.1046/j.1365-2648.2000.01614.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01614.x)

Regeringskansliet. (2011). FN:s Konventioner om Mänskliga Rättigheter. Hämtad 2019-04-14 från <https://www.regeringen.se/4a9fab/globalassets/regeringen/bilder/kulturdepartementet/demokrati-och-mr/mr-sidorna/fns-konventioner-om-manskliga-rattigheter.pdf>

Sabuncu, N., Senturan, L., & Gülseven, B. (2001). Visiting in ICUs: the opinions of nurses and patients' relatives. *Connect: The World of Critical Care Nursing*, 1(3), 83-86. <https://connect.springerpub.com/content/sgrwfccn%3A%3A%3A1%3A%3A%3A3%3A%3A%3A83.full.pdf?implicit-login=true>

- SCB. (2017). Housholds´houshold 2017. Hämtad 2019-04-14 från <https://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/household-finances/income-and-income-distribution/households-housing/pong/statistical-news/households-housing/>)
- SCB. (2019) Invandring till Sverige. Hämtad 2019-04-14 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/invandring-till-sverige/>
- Shuriquie, M., While, A., & Fitzpatrick, J. (2008). Nursing work in Jordan: An example of nursing work in the Middle East. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8), 999-1010. doi: [10.1111/j.1365-2702.2007.01973.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01973.x)
- Socialstyrelsen. (2012). Anhöriga som ger omsorg till närstående - omfattning och konsekvenser. (artikelnummer 2012-8-15). Hämtad 2019-04-14 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18811/2012-8-15.pdf>
- Socialtjänstlag (SFS 2001:453). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
- Svenska Ambassaden. (2019). Reseinformation Jordanien Hämtad 2019-03-14 från <https://www.swedenabroad.se/sv/om-utlandet-f%C3%B6r-svenska-medborgare/jordanien/reseinformation/ambassadens-reseinformation/>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2009). Sjuksköterskans profession. Hämtad 2019-04-14 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.sjukskoterskans.profession_webb.pdf
- Söderström, I., Benzein, E., & Saveman, B. (2003). Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 185-192. doi: [10.1046/j.1471-6712.2003.00222.x](https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00222.x)
- Trosamfund. (2017) Islam och muslimer i Sverige - en kunskapsöversikt. Hämtad 2019-04-14 från: <https://www.myndighetenst.se/download/18.2d651a29157ee42adba63977/1477394248886/Islam%20och%20muslimer%20i%20Sverige,%20A4.pdf>
- Unicef. (2016). Jordan population and Housing census 2015. Hämtad 2019-04-14 från https://www.unicef.org/jordan/media_10894.html


UNHCR. (2019). Fact Sheet Jordan 2019. Hämtad 2019-04-14 från <http://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20Jordan%20Fact%20Sheet%20-%20January%202019.pdf>)

Wright, L., & Leahey, M. (2009). *Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention*. (5 Uppl.). Philadelphia: F.A. Davis.

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Interaction between adult patients' family members and nursing staff on a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(2), 142-150. doi: [10.1046/j.1471-6712.2001.00012.x](https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00012.x)


Bilagor

Bilaga 1



الجامعة الأردنية
THE UNIVERSITY OF JORDAN

كلية التمريض
School of Nursing




Date: 19/2/2019
(#:PB.S.c.19.1)

To Whom It May Concern

The research committee at the school of Nursing, The University of Jordan has reviewed the research proposal "Families role in nursing: a nurse Perspective in hospital settings " Presented by Martin Kjellman and Kasper Dahlberg the researcher. The committee has reviewed the ethical consideration section concerned the subjects' rights and decided, to accept the proposal in its current format on 19/2/2019. The committee assures that the proposal presented in the current format provides evidences that all subjects' rights have been protected. Please, do not hesitate to contact us at the below address.

Sincerely,
Chairperson, research committee



Latefa Ali Dardas, PhD, PMHN, CP.
Assistant Professor Community Health Nursing Department
School of nursing, The University of Jordan,
Amman, 11942, Jordan
Office Phone: +962-6-5355000-23174
Fax: 00962-6-5300244
Email: l.dardas@ju.edu.jo

هاتف: ٥٣٥٥٠٠٠ (٦-٩٦٢) فروع: ٢٣١١١ فاكس: ٥٣٠٠٢٤٤ (٦-٩٦٢) عمان ١١٩٤٢ الأردن
Tel.: (962-6)5355000 Ext: 23111 Fax: (962-6)5300244 Amman 11942 Jordan
E-mail: nurdean@ju.edu.jo

Bilaga 2

Families role in nursing: A nurse perspective

Dear Sir/Madam,

We are two students from Sweden, University of Gothenburg doing data collection for our bachelor thesis in nursing science. In Sweden the relatives are not allowed to be present longer periods in the ward or to be involved in the care. Due to a globalisation there are people with different backgrounds in Sweden and lots of them are from Middle East. We wish to reach a greater understanding on the role of relatives in the patient care in cultural settings. The aim of our study is therefore to describe nurses experience of role of relatives and their influence on patient's daily care. We would like to ask you some questions about nurse's experience about this matter on the on a voluntary basis. The interviews will take at from you chosen a place like at the University or in a Café or wherever it feels suitable. Estimated time for the interview is approximately between 30 - 45 minutes. The interview will be sound recorded to ensure that our transcriptions can justify participant's description without any risk for bias, due to the scientific nature of the thesis.

The collected data will be kept confidential which means that the authors are the only ones that have access to it. The collected data will not be associated with the participants during the study, names and ID will not be included or recorded during data collection. Recorded interviews will be deleted after the study has been proven of the examiner at the university.

Please feel free to contact us with any thoughts or questions about the study to us or our contact person in the university of Amman in Jordan.

With kind regards/ Martin and Kasper

Martin Kjellman
Föreningsgatan 3b
Gothenburg, Sweden
+46709796948
gusmarkj@student.gu.se

Kasper Dahlberg
Kaplandsgatan 28b
Gothenburg, Sweden
+46760518921
guskasda@student.gu.se

Bilaga 3

Consent form

I have received information about the study, I understand the purpose of the study and accept the data collection method. I accept how the data is managed. I have also been informed that participation is voluntary and that I can withdraw at any time.

I agree to participate in the study.

Date:

Signature of participant:

Date:.....

Signature of interviewer:.....

Date:.....

Signature of observer:.....

Please feel free to contact us with any thoughts or questions about the study.

Martin Kjellman
Föreningsgatan 3b
Gothenburg, Sweden
+46709796948
gusmarkj@student.gu.se

Kasper Dahlberg
Kapplandsgatan 28b
Gothenburg, Sweden
+46760518921
guskasda@student.gu.se

Bilaga 4

Interview Guide

Background:

- For how long have you been working as a nurse ?
- What type of ward?
- How is it to work here? or --->
- Could you describe a general day as a nurse?

Family questions

Could you describe the families role for a patient in Jordan?

How do you think it influence the care of the patient?

How does it affect your work as a nurse?

Follow up questions

How do you mean?

Could you tell us more about that?

How does that feel?

What do you think about that?

What does that mean for your work?

Could you give us an example?

