

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2008:13

Barns reaktioner då närstående vårdas
på en allmän intensivvårdsavdelning

Av: Robert sköld



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Barns reaktioner då närstående vårdas på en allmän intensivvårdsavdelning
Författare:	Robert Sköld
Ämne:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Specialistsjuksköterske utbildning med inriktning mot intensivvård, 60 högskolepoäng.
Handledare:	Susanne Knutsson
Examinator:	Eva Persson

SAMMANFATTNING

Då en närstående insjuknar hastigt lämnas övrig familj i en komplex situation där familjestrukturen rämnan. Då den närståendes sjukdom eller skada är av det allvarliga slag att den kräver intensivvård sker det stora förändringar i vardagen. Studier visar på att barn idag ofta inte tillåts att besöka sina närstående på en allmän intensivvårdsavdelning både av vårdpersonalen och av föräldrarna. Den kunskap som finns idag är begränsad gällande om hur barn reagerar då närstående vårdas på IVA. Syftet med studien är att beskriva de reaktioner som förekommer hos barn som har en närstående som vårdas på en vuxen intensivvårdsavdelning samt att beskriva vilka som är de utlösande faktorerna för reaktionerna. Metoden som används är en kvalitativ innehållsanalys av vårdvetenskapliga artiklar. I resultatet framgår att barn reagerar med oro, rädsla, sorg, depression, ilska, kroppsligt illabefinnande och förändrat beteendet då de förlorar kontrollen och inte känner sig delaktiga i vården kring sin närstående. De barn som informeras och involveras i vården visar istället en återvunnen självkänsla och visar detta genom att bli nyfikna och känna glädje. Studien visar vikten av att föräldrar och vårdpersonal känner till de olika reaktionerna och vad som utlöser dem. Med denna kunskap skulle man kunna minska barnets lidande genom att utforma ett handlingsprogram som möjliggör en situation där barnet känner sig delaktigt, finner trygghet och blir sett.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Tidigare forskning	2
Centrala begrepp	5
Intensivvården	5
Närstående	6
Familjeinriktadvård	6
Välbefinnade, hälsa och delaktighet	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	9
METOD	10
Urval och datainsamling	10
Analys och genomförande	10
RESULTAT	13
Att förlora kontrollen	14
Oro	14
Rädsla	14
Sorg	15
Depression	15
Ilska	16
Kroppsligt illabefinnande	16
Förändrat beteende	17
Återvunnen självkänsla	18
Nyfikenhet	18
Glädje	18
Att vilja vara aktör i en otrygg tillvaro	19
DISKUSSION	21

Resultat diskussion	22
Metoddiskussion	27
Praktiska implikationer	28
Konklusion	30
LITTERATURFÖRTECKNING	31
BILAGA 1	

INLEDNING

Då de första intensivvårdsavdelningarna (IVA) öppnade var det i många fall helt förbjudet att besöka de patienter som vårdades där. Detta resulterade i vissa fall i att patienter kunde vårdas och avlida på dessa avdelningar utan att ha fått träffa sin familj eller att familjen fått ta avsked av patienten. Idag har de flesta IVA blivit mer frikostiga med besökstider men håller dessa under tydliga restriktioner. Det är upp till varje sjukhus att bestämma sin policy angående besök på IVA och ofta har dessa besöksprinciper grundats på argumentet att det är för att skydda både patienten och de närstående både fysiskt och psykiskt (Ihlenfeid, 2006). När en närstående blir sjuk eller svårt skadad påverkar detta hela familjen och då tillståndet kräver intensivvård är påfrestningarna, förändringarna och reaktionerna hos familjemedlemmarna påtagligt ökade (Lewandowski, 1992). Då den närståendes sjukdom eller skada kräver snabb sjukhusvård leder det till att familjen får kort tid på sig att anpassa sig till den nya situationen (Nicholson, Titler, Montgomery, Kleiber, Craft, Halm, Buchwalter & Johnson, 1993). Barn har emellertid under en lång period varit helt förbjudna att besöka dessa patienter (Bergbom & Askwall, 2000). Flera studier visar att om barnen inte får besöka sin närstående på IVA så skapar de sig i fantasin egna föreställningar om hur deras familjemedlem mår och hur vårdplatsen där de vårdas ser ut. Dessa fantasier är ofta mer skrämmande än vad verkligheten är och kan resultera i kraftiga reaktioner hos barnen (Clarke & Harrison, 2001).

Trots att man på en del IVA idag bedriver så kallad familjeinriktad vård där varje familjemedlem skall vara delaktig, så glömmar man ofta bort barnen (Lewandowski, 1992; Knutsson, 2006). För att genom adekvat information kunna göra barnen mer delaktiga i situationen, för att kunna förbereda personal och föräldrar på de reaktioner som kan förekomma hos barn då de besöker eller inte haft möjlighet till att besöka sina närstående som vårdas på vuxen IVA, kan det därför vara av vikt att beskriva de reaktioner som kan förekomma under närståendes IVA vård och hur dessa reaktioner påverkar barnets hälsa och välbefinnande.

BAKGRUND

Tidigare forskning

En allvarlig sjukdom eller skada påverkar inte bara patienten utan även familjen och de närstående (Bergbom & Askwall, 2000). Då en människa insjuknar akut kommer detta ofta helt utan förvarning och lämnar familjen i en komplex situation där familjestrukturen rämningar. Ofta känner sig de närstående hjälplösa och vet inte vad de skall ta sig till eller vad som kommer att hända. En ovisshet om vad sjukvården kan hjälpa dem med infinner sig tidigt där frågor som berör sjukdomstillståndet och prognosen blir viktiga hörnstenar för familjen (Maxwell, Stuenkel & Saylor 2007). Vardagen är det första som förändras för familjen då den närståendes tillstånd kräver sjukhusvård och då inte allra minst om familjemedlemmens sjukdom är av det allvarliga slag att det kräver intensivvård. Den vardagliga kontakt man ofta tar för given försvinner plötsligt och den sjukes liv läggs i händerna på vårdpersonalen (Johansson, Fridlund & Hildingh 2005). Att ha en nära familjemedlem som är allvarligt sjuk är ett avbrott i vardagen och upplevs som en väldigt psykiskt påfrestande tid för hela familjen (Lewandowski, 1992; Clarke, 1999).

Familjer talar ofta om att kontakten med sjuksköterskan är det som avgör vilka upplevelser som de har av vistelsen på IVA. Då familjerna hade en god kontakt och kände stöd från sjuksköterskan blev upplevelsen av vårdtiden mer positiv (Eggeberger & Nelms, 2007; Maxwell et al., 2007). Forskning visar dock att barn i många fall även idag förbjuds att besöka sina närstående på IVA och att detta är en del i det specifika sjukhusets policy (Knutsson 2006). I flera fall är förbuden helt utan vetenskaplig grund och baseras helt godtyckligt på sjuksköterskornas egna bedömningar av barns behov (Clarke, 1999). Barns ålder, infektionsrisken för både barn och patient, och det psykiska traumat som ett besök tros innebära för barnet är några argument som används av ansvariga sjuksköterskor (Vint, 2005; Knutsson, 2006). Det har visat sig att sjuksköterskor ofta har stor okunskap om vad det innebär för ett barn att ha en svårt sjuk familjemedlem (Clarke, 1999). Sjuksköterskors kunskap om barns behov är ofta grundade på deras egna erfarenheter och det är en vanlig övertygelse hos

vårdpersonalen att barn inte behöver veta vad som händer eftersom de ändå inte förstår den information som de får. Flera avdelningar uppger att de inte har fått någon utbildning alls i hur man möter barn och deras behov (Vint, 2005; Knutsson, 2006). Familjeinriktad vård bör enligt Simon (1993) praktiseras av vårdpersonalen för att göra barnet delaktigt i vården och flera forskare (Nicholson et al., 1993; Clarke, 2000) menar att genom att underlätta barns besök på IVA så kan sjuksköterskan minimera eventuella beteende störningar och känslomässiga reaktioner hos barnen. Tidiga åtgärder från vårdpersonalen kan hjälpa familjen att växa och åter fokusera på familjerelationerna (Kleiber, Montgomery & Craft-Rosenberg, 1995). För familjemedlemmar som känslomässigt inte har möjlighet att besöka den anhörige kan telefonkontakt från sjuksköterskan vara till en stor hjälp för dem genom att stötta, lugna dem och minska deras oro (Johansson et al., 2005).

Föräldrarna upplever att sjukhusmiljön är så skrämmande att man vill skydda barnet från otrevliga upplevelser genom att inte låta det besöka sina närstående. Inom pediatriken och neonatalvården har det varit praxis sedan 1980 talet att låta barn få besöka sina närstående som vårdas på avdelningen (Clarke, 1999). Barn hindras dock idag från att besöka sina nära som vårdas på IVA och det är i många fall föräldrarna som är orsaken till detta. Grunden till detta ligger i att föräldrarna känner sig osäkra på om det är viktigt för barnet att träffa sin närstående och för att skydda sina barn ifrån information och obehagliga upplevelser som skulle kunna leda till oro och i framtiden kunna påverka deras hälsa (Knutsson & Bergbom, 2007). Bergbom och Askwall (2000) har funnit att det har en positiv inverkan på tillfrisknandet hos patienterna då de får besök från sina nära och kära och att detta i många fall kan vara deras enda livlina. Föräldrarna besitter i många fall inte kunskap i vad som är bäst för deras barn gällande deras behov och tankar. Inom allmän intensivvård är det i flera fall föräldrarna som får förse barnet med information angående tillstånd och prognos och många gånger undanhåller de information för att inte orsaka barnet oro. Föräldrarna upplever även en rädsla att misslyckas att ge rätt information på grund av att situationen är så komplex. Föräldrarna tvivlar även på sin egen kunskap i att kunna möta barnens reaktioner på ett

rätt sätt efter given information (Knutson & Bergbom, 2007). Det är mycket viktigt att barn kan känna stöd hos sin förälder under perioden som den närstående vårdas på IVA (Lewandowski, 1992). Föräldrar kan bli så fokuserade på den sjuka närstående att de helt glömmer bort barnets känslor (Craft, 1986), då deras egna behov och sorg gör dem oförmögna att se sitt barns behov av stöd (Clake & Harrison, 2001). Barnet lär sig tidigt i sin utveckling att tolka vuxnas uttryck för vad som är hälsa och sjukdom. Genom vuxnas sätt att uttrycka symtom lär sig barnet möjligheter att uttrycka normala och onormala kroppstillstånd. Det är föräldrarnas oro och omtanke som lär barnet vilka situationer och tillstånd som är farliga. Nästan alla barn idag råkar vid något tillfälle ut för en sjukdom eller skada som leder till ett sjukhusbesök. Detta är en stor påfrestning för barnet (Månsson & Enskär, 2000). Hur barn reagerar på en sjukhusvistelse beror på olika faktorer så som ålder, personlighet och tidigare erfarenheter. Föräldrarnas trygghet och känslomässiga tillstånd är av stor betydelse för barnets upplevelser. Om föräldern är lugn och trygg upplever barnet situationen som trygg.

Barn måste informeras på rätt sätt. Mängder av information kanske inte är den bästa lösningen men barnet skall ha möjlighet att få ta del av det de vill (Kreuger, 2000). Forskning visar att om barnen känner att de själva kan bestämma när de vill besöka sin sjuka familjemedlem så hjälper detta barnet att hitta egna copingstrategier för att bearbeta sin kris (Clarke, 2000). Barn och föräldrar har ofta inte samma uppfattning om vad som förändras i vardagen då en närstående blir allvarlig sjuk. Barn känner ofta att kommunikationen faller mellan barnet och föräldrarna, vilket leder till att barnet blir lämnat ensam i att undra vad som har hänt och hur det kommer att gå för den sjuke närstående (Kleiber et al., 1995). Vårdpersonalen kan under vårdtiden utsätta den anhöriga för ingrepp som barnet upplever som obehagligt men dessa upplevelser är individuella. Det som ett barn tycker är obehagligt kanske inte berör ett annat. Det är vanligt att barns beteenden och känsloliv förändras då en närstående vårdas på sjukhus. Barnet påverkas även av förändrade beteendemönster hos föräldrarna (Simon, 1993). Barn med sjuka föräldrar måste inte bara hitta ett sätt att förhålla sig till sin sjuka förälder utan även mot de förändringar som sker med den friska föräldern. Barn är

mycket medvetna om vad som händer runt omkring dem och det är omöjligt för en förälder att försöka dölja sina känslor. När barnet vet att något är fel men inte får någon förklaring om vad skapar barnet egna fantasier och försöker själva konstruera en verklighet som oftast är mycket mer skrämmande än verkligheten (Lewandowski, 1992; Ihlenfeld, 2006).

Centrala begrepp

Centrala begrepp av betydelse för studien är intensivvården, närstående, familjeinriktad vård och välbefinnande, hälsa och delaktighet. Här nedan beskrivs dessa begrepp.

Intensivvården

Intensivvård idag är mycket högspecialiserad och högteknologisk. Den här miljön ställer höga krav på personalens kompetens i både omvårdnad och i medicinsk kunskap. För att få en bra fungerande intensivvård krävs ett multidisciplinärt samarbete mellan läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster 24 timmar per dygn 7 dagar i veckan. Undersökningar har visat att de intensivvårdsavdelningar som bedriver vård med en hög personaltäthet som inkluderar dagliga ronder sänker mortaliteten vid livshotande sjukdomstillstånd. Vanligtvis ansvarar en sjuksköterska och en undersköterska för vården av en till två patienter (Soini & Stiernström, 2005). De första intensivvårdsavdelningarna introducerades i Sverige i slutet av 1950 talet och i början av 1960 talet (Bergbom & Askwall, 2000). Idag vårdas ungefär 90000 patienter per år på olika intensivvårdsavdelningar i Sverige. Detta motsvarar ca 1 % av Sveriges befolkning (Knutsson, 2006). Kostnaden för att vårdas på IVA ligger mellan 25000 - 30000 kr per dygn och patient. Detta innebär att intensivvården står för en betydande del av kostnaderna på ett sjukhus. Antalet vårdplatser bör ligga mellan 8- 12 stycken då färre inte är kostnadseffektivt och fler kan bli svårt att hantera medicinskt (Soini & Stiernström, 2005). För att en patient skall vara i behov av intensivvård finns det vissa kriterier som bör uppfyllas. Dessa är att patienten måste vara i behov av avancerad övervakning, diagnostik eller behandling eller att patienten har manifest svikt i vitala funktioner. Vid svår sjukdom alternativt skada är oftast patienten själv oförmögen att

tillgodose sina basala behov så som luft, mat, vätska, värme, sömn och utsöndringar. Detta leder till att patienten hamnar i en beroendeposition och behöver stöd från vårdpersonal (Knutsson, 2006).

Närstående

Närstående kan definieras som en social samvaro av två eller fler människor som delar en ömsesidig tillgivenhet under en längre period som gynnar individuell växt, ger stöttning och främjar hälsa hos de övriga medlemmarna. Detta är även en grupp människor som håller samman trots att förändringar sker. Förändringar som sker på individnivå påverkar andra individer inom familjen och slutligen hela familjen (Nicholson et al., 1993). Närstående kan också definieras som en grupp människor med biologisk, legitim eller social relation till den vårdade och kan även vara en människa som har djupa känslor och intimitet med den sjuke (Knutsson, 2006). Det är djupet och intimiteten i relationen och tryggheten, det inre lugnet och harmonin som man kan ge varandra, de som man litar på och de som bryr sig som avgör om man är en närstående eller inte (Bergbom & Askwall, 2000).

Familjeinriktad vård

Genom historien har vården mest fokuserat på den enskilda patienten och lämnat familjen vid sidan. Under de senaste 20 åren har en familjeinriktad vård utvecklats inom pediatriken och distriktsvården. Familjeinriktad vård baseras på att hälsa påverkar alla i familjen (Hansson, Gedaly-Dyff & Kaakinen, 2005). Sjukdom och hälsa är något som händer inom familjen. Kärnan inom familjeinriktad vård bygger på att erbjuda vårdhandlingar till hela familjen som faller inom ramen för omvårdnad. Patienten skall vara i fokus men familjen finns hela tiden i bakgrunden. Familjen kan ses som ett system där helheten är större än summan av de olika delarna (Hansson et al., 2005). En ung människa upplever hälsa då han/hon känner att de har ett värde och då de besitter något i sitt liv som de upplever värdefullt (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Familjemedlemmarna kan i vissa fall fungera som talesmän och beskyddare för den sjuke patienten, då tillståndet är allvarligt och patienten inte själv

kan föra sin talan. Dock kan familjestrukturens sönderfall och stressen försvåra dessa uppgifter då familjemedlemmarna har svårt att tänka rationellt (Maxwell et al., 2007). Flera familjer använder ord som ett helvete, fruktansvärt och traumatiserande då de skall förklara deras upplevelse av IVA (Eggenberger & Nelms, 2007). Då avdelningen utger sig för att bedriva en holistisk vård behöver vårdpersonalen även se till familjens behov genom att ge adekvat information, samtal med olika involverade professioner och låta familjen besöka patienten då de har möjlighet (Maxwell et al., 2007). Vistelsen på en IVA upplevs som en väldigt påfrestande period av både patienten och de anhöriga. Vårdpersonalen på en IVA vårdar inte bara patienten utan blir även en länk mellan de anhöriga och den vårdade (Johansson et al., 2005). Närstående uppvisar ofta en hög grad av ångest som inte sällan leder till depression med symtom liknande de som utvecklas vid posttraumatisk stress (Soini & Stiernström, 2005). Därför är det av yttersta vikt att sjuksköterskor på IVA bör vårda patienter utifrån ett familjeperspektiv där man ser hela familjen och gör hela familjen delaktig. I familjeperspektivet skall ingå att de anhöriga får stöd i att i vardagen hitta styrka och klara av denna (Maxwell et al., 2007). För att nå en holistisk vård krävs det att barnperspektivet finns med. Där skall man se till att barns behov och rättigheter är synliggjorda i mål och planer för verksamheten, och att det finns en medveten kunskap om barn som återspeglar sig i utformningen av verksamheten samt i mötet mellan anställda, barn och deras föräldrar och att informationen anpassas för barn i olika åldrar (Barnkonventionen i västragötaland). När en anhörig vårdas på IVA är detta en erfarenhet som orsakar mycket lidande, men även en erfarenhet som stärker familjebanden (Eggenberger & Nelms, 2007).

Välbefinnande, hälsa och delaktighet

I livsvärldsteorin betonas att det är människans upplevelser och erfarenheter som formar hur hon älskar, hatar, leker, tycker och tänker. För att en människa över huvudtaget skall kunna förstå och sätta sig in i en annans människas livsvärld krävs att det uppstår en dialog mellan dem. Genom dialogen kan de olika människorna få tillgång till vad som upplevs som och vad som kan erbjuda ett välbefinnande hos varandra. Då man som

vårdare vårdar den sjuka patienten i hopp om att skapa ett välbefinnande finns det en risk i att man glömmet att vårda familjen, som ofta är en stor del i patientens livsvärld. Då vårdaren inte uppmärksammar de närstående runt omkring patienten förloras denna del av patientens livsvärld. Familjens och framför allt barnets existentiella situation och upplevelser glöms bort (Dahlberg et al., 2003). Då barnets existentiella situation glöms bort missas en viktig vårdhandling som skulle kunna vara att ge information, göra barnet sedd och delaktig vilket gör att barnet inte längre känner sig hel (Knutsson, 2006). Barn som inte görs delaktiga i situationer känner sig utestängda från gemenskapen, vilket kan resultera i ett svårt lidande för barnet och kan förhindra hälsa och välbefinnande (Eriksson, 1994). Ett av vårdens primära mål är att lindra eller förhindra lidande och att arbetet inriktas på att uppnå välbefinnande (Dahlberg et al., 2003). Definitionen för hälsa är enligt världshälsoorganisationen då människan upplever ett tillstånd av psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande (WHO, 2008) och barnet får sin kunskap om dessa begrepp genom att lyssna, ta efter och lära sig av sin omgivning (Knutsson, 2006). Unga människor upplever ofta hälsa när de känner att de är värdefulla och de har något i sitt liv som de upplever värdefullt (Dahlberg et al., 2003). Att få möta, se och vara hos en sjuk närstående gör att barn känner sig delaktiga och därigenom kan de uppleva hälsa och välbefinnande (Knutsson, 2006).

PROBLEMFÖRMULERING

När en patient läggs in på IVA möter man inte bara en människa i ett livshotande tillstånd, utan även en människa med en familj vars struktur hastigt blivit förändrad (Maxwell et al., 2007). Patienterna har ofta svårt att förmedla sina behov själva vilket i flera fall genererar känslan av att vilja ge upp. Därav är närvaron och stödet från anhöriga viktigt (Bergbom & Askwall, 2000). Då patienter vårdas på IVA erbjuds ofta närstående ett samtal med läkare eller sjuksköterska angående patientens tillstånd, behandling och prognos. Vid dessa tillfällen vänder sig oftast vårdpersonalen till de vuxna i familjen för att ge denna information och föräldrarna utlämnas till att själva förmedla vidare informationen till sina barn. Föräldrarna däremot har ofta svårt att veta hur de skall förhålla sig till barnen gällande besök på intensivvårdsavdelningen och

barnens behov av information (Kleiber et al., 1995). Lewandowski (1992) skriver att många gånger undanhåller föräldrarna information och låter inte barnet besöka sitt sjuka syskon i tron att barnet mår bäst i att inte veta. Inom neonatalvård och pediatrik har man länge studerat vikten av att göra barn delaktiga i vården, och på så vis kunnat applicera kunskapen i praktiken med positivt resultat (Andrade, 1998). Få studier är däremot gjorda på hur det är för barn att ha en närstående som vårdas på en allmän IVA där läkarna och sköterskorna inte riktigt är vana vid att göra det närstående barnet delaktigt i situationen och i vården. För att barn skall känna sig delaktiga, och för att på ett sätt förbättra barnens välbefinnande och hälsa, krävs det att de får adekvat information genom samtal. För att förstå vikten av att ge barn adekvat information och på så vis kunna göra dem mer delaktiga i situationen, samt för att kunna förbereda personal och föräldrar på de reaktioner som kan förekomma hos barn då de besöker, eller inte haft möjlighet till att besöka sina närstående som vårdas på vuxen IVA, kan det vara av vikt att beskriva de reaktioner som kan förekomma då en närstående vårdas på IVA och vilka som är de utlösande faktorerna till reaktionerna, samt hur dessa reaktioner påverkar barnets hälsa och välbefinnande. Denna kunskap skulle kunna utgöra en av grunderna i utvecklandet av ett handlingsprogram för barn som besöker närstående på en allmän IVA.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet är att beskriva reaktioner som förekommer hos barn som har en närstående som vårdas på en allmän IVA för vuxna. Syftet är också att beskriva de utlösande faktorerna för reaktionerna.

Följande frågeställningar är av intresse:

Vilka är de vanligaste reaktionerna hos barnen?

Vad är utlösande för de olika reaktionerna?

METOD

Urval och datainsamling

Studien är gjord utifrån en kvalitativ metod med innehållsanalys av vårdvetenskaplig forskningslitteratur som grund. Denna ansats har används för att kunna beskriva reaktioner och vilken betydelse de har för barnen. Den inledande litteratursökningen startade i databaserna Cinahl, Precinahl, Medline utifrån boolesk söklogik med sökorden critically ill, children, needs, critically ill, children, visiting, visiting, children samt reactions (Östlund, 2006). I Blackwell synergy användes sökorden critically ill, siblings, needs, intensive care, visiting och reactions. Databaserna som användes återfanns på biblioteket vid Högskolan i Borås. Sökningen resulterade i ett stort utbud av artiklar. Artiklarnas abstrakt har lästs för att se om artikeln skulle kunna möta problemformuleringen och syftet. De flesta artiklar i sökningen berörde barns besök på neonatal eller barnintensivavdelningar, vilka valdes bort då arbetet riktar sig mot barns besök på allmän IVA. Vårdpersonal på en allmän IVA har oftast inte någon större vana eller kunskap i att involvera barnen i vården och utifrån detta perspektiv blir troligtvis reaktionerna inte desamma. Den systematiska informationssökningen (Östlund, 2006) resulterade i 18 stycken vetenskapliga artiklar och en avhandling som underbygger studien. I de artiklar som använts i resultatet är det uteslutande föräldrar och syskon som har varit föremål för IVA vård. Av dessa har 8 stycken artiklar har funnits via sekundärsökningar. Elva kvalitativa och sex kvantitativa artiklar samt en rapport har studerats.

Analys och genomförande

I en kvalitativ innehållsanalys kan man på ett flexibelt sätt analysera texter, och den är utvecklad för att hantera stora mängder data (Graneheim & Lundman, 2008). Textanalys är en av flera metoder för att kvalitativt analysera en text och målet med textanalysen är att tillföra kunskap och förståelse av de olika fenomen som framkommer i studien.

Textanalys är en vanligt förekommande metod då olika fenomen skall beskrivas och kunskap av befintlig forskning skall utökas (Hsiu-feng & Shannon, 2005).

Innehållsanalys innebär att de olika artiklarna läses upprepade gånger vilket gör texten

bekant. Då artiklarna läst upprepade gånger sker en fördjupning i texten och en helhetsbild skapas (Hsiu-feng & Shannon, 2005). Ur texten plockas en meningsbärande enhet, vilket är en meningsbärande del av texten. Dessa kan utgöras av ord, meningar och stycken av text som genom sitt innehåll och sammanhang hör ihop. Det är dessa som ligger till grund för analysen (Graneheim & Lundman, 2008). Meningsbärande enheter kan även vara ett dolt innehåll i en text (Graneheim & Lundman, 2003). Under analysprocessen kondenseras texten vilket innebär att texten görs kortare och mer lätthanterlig. Efter detta abstraheras texten och förses med en kod, som är en etikett på den meningsbärande enheten och kortfattat beskriver dess innehåll (Graneheim & Lundman, 2008). Då koderna har skapats kan i flera fall en kategori träda fram. En kategori utformas av flera koder med liknande innehåll och bör vara uttömmande och uteslutande. Att utifrån dessa steg skapa ett tema innebär att binda samman det underliggande innehållet i kategorierna. Ett tema kan beskrivas som den röda tråden som genomsyrar de olika kategorierna (Graneheim & Lundman, 2008).

Artiklarna har lästs upprepade gånger för att söka efter barns olika reaktioner då deras närstående vårdas på en allmän IVA och vad som utlöser dessa reaktioner. Samma meningar har lästs vid flera olika tillfällen för att försöka finna kärnan i påståendet. De olika meningsbärande enheterna har lyfts ur texten och kondenserats samt abstraherats och kodats under olika rubriker gällande den specifika reaktion det berör, detta för att på ett överskådligt se likheter mellan olika reaktioner i olika artiklar. Koderna sammanställdes sedan till underkategorier vilka gemensamt kunde beskrivas under två större kategorier, ett som berörde att förlora kontrollen och ett som berörde återvunnen självkänsla (Tabell 1). Utifrån dessa kategorier visade det sig att i all analyserad text fanns det en gemensam nämnare som var avgörande för alla de olika reaktionerna och vad som utlöser dem. Detta tema beskriver vad det innebär för barnet att ha en närstående vårdad på IVA och kan beskrivas som att barnen vill vara delaktiga i situationen kring sin närstående trots att de känner sig osäkra och har förlorat kontrollen. De känner en vilja att vara en aktör i en otrygg tillvaro.

Tabell 1. Innehållsanalysens steg.

MENINGSBÄRANDE ENHETER	UNDERKATEGORIER	KATEGORIER	TEMA	
<ul style="list-style-type: none"> - Okunskap om vad IVA vård innebär skapar oro hos barnet - Förändringar i relationen till den närstående resulterar i oro 	Oro	Att förlora kontrollen	Att vilja vara aktör i en otrygg tillvaro	
<ul style="list-style-type: none"> - Rädsla för att förlora sin närstående - Att inte få träffa sin närstående genererar rädsla 	Rädsla			
<ul style="list-style-type: none"> - Separation leder till sorg - Då barn visar sorg kan de inte längre hantera sin situation 	Sorg			
<ul style="list-style-type: none"> - Att känna skuld leder till nedstämdhet - Ensamhet kan resultera i depression 	Depression			
<ul style="list-style-type: none"> - Då barnet känner sig övergivet reagerar det med ilska - Att inte få ha sin närstående nära leder till ilska 	Ilska			
<ul style="list-style-type: none"> - Allmän sjukdom känsla hos barn är vanligt under vårdtiden - Symtom från mag tarm kanal förekommer ofta 	Kroppsligt illabefinnande			
<ul style="list-style-type: none"> - Barnet slutar att fungera på ett normalt sätt - De flesta barn har sömnproblem 	Förändrat beteende			
<ul style="list-style-type: none"> - Barn ställer mycket frågor angående sin närstående - Barn är intresserade av den nya miljön 	Nyfikenhet			Att återvinna självkänslan
<ul style="list-style-type: none"> - Att få se sin närstående leder ofta till glädje hos barnet - Då barnet känner sig delaktigt känner det glädje 	Glädje			

RESULTAT

Barn som upplever att de inte har sina närstående tillgängliga i vardagen eller att den närstående inte har möjlighet att finnas till för dem uppvisar flera negativa reaktioner, och detta är framför allt tydligt hos de barn som har en närstående som vårdas på IVA. Vården på IVA gör att barnet utsätts för stora påfrestningar som leder till kraftiga reaktioner i både beteende och känslor. Då närstående vårdas på IVA beskrivs barnens reaktioner att bli intensivare än för de barn som har en närstående som vårdas på en vanlig vårdavdelning (Lewandowski, 1992). Barn till kritiskt sjuka har en tendens till att oftare bli emotionellt känsligare (Clarke & Harrison, 2001). En orsak till att barnen reagerar kraftigare då en närstående är vårdad på IVA är att de förändringar de genomgår i sin vardag oftast är större än för de barn vars närstående ligger på en vanlig vårdavdelning (Clarke, 2000). Då närstående vårdas på IVA för en livshotande sjukdom visar studier att reaktionerna hos barnen varierar och utgår utifrån barnens olika utvecklingsstadium (Nicholson et al., 1993; Hamama, Ronen & Feigin, 2000). Karaktären på de olika reaktionerna kan och kommer ändras under tidens gång då barnet försöker hitta olika sätt som gör att de kan hantera den specifika situationen (Johansson et al., 2005). Då barnet känner att det får vara delaktigt på deras egna villkor i vården och vardagen runt omkring den närstående reagerar de med färre reaktioner, och i de kvarstående reaktionerna minskas intensiteten (Hamama et al., 2000; Johansson et al., 2005). Flickor har lättare och uttrycker i större utsträckning sina känslor fritt medan pojkar ofta döljer sina känslor (Hamama et al., 2000).

I resultatet presenteras nio underkategorier vilka är oro, rädsla, sorg, depression, ilska, kroppsligt illabefinnande, förändrat beteende, nyfikenhet och glädje. Av de nio underkategorierna bildades två kategorier som berörde att förlora kontrollen och att återvinna självkänslan. I slutet på resultatet presenteras temat för allt material som innebär att barnet har en vilja att delta i den nya familjesituationen.

Att förlora kontrollen

Oro

Oro beskrivs som en emotionell reaktion på stress som utlöses via autonoma nervsystemet och kan accentueras då en människa utsätts för inre och/eller yttre obehagligheter, måttet på oron förknippas med personens möjlighet att klara av situationen (Hamama et al., 2000; Clarke & Harrison, 2001). Att ha en närstående vårdad på IVA leder till att det uppstår flera förändringar i relationen mellan barnen och den friska närstående. Dessa förändringar kan resultera i att barnet reagerar med oro som ett svar på den nya situationen (Craft, 1988; Eggenberger & Nelms, 2006). Om barnet har upplevelsen av att vara eller känna sig mycket ensam kan det resultera i oro. Känslan av ensamhet är lite beroende av kön och ålder där det visat sig att flickor visar högre känsla av ensamhet än pojkar (Hamama et al., 2000). Oro är något som ofta förknippas med barn i skolåldern men finns representerat i de flesta åldrar (Lewandowski, 1992). Då en närståendes tillstånd kräver sjukhusvård leder det till att barnet reagerar med en ökad oro. Ofta är det okunskapen om vad den närstående skall utsättas för, som till exempel invasiva ingrepp och hur de mår, som skapar oro hos barnet (Craft & Craft, 1989). Då barnet inte har möjlighet att samtala med eller besöka sin närstående kan det leda till oro (Knutsson, 2006), medan däremot, barn som tvingas besöka sin närstående varje dag upplever mer oro än de som själva kan bestämma besöksfrekvensen (Simon, 1993). De barn vars närstående vårdas under en längre tid utvecklar ett högre mått av oro än de barn där den närståendes vårdförlopp är kort (Hamama et al., 2000).

Rädsla

En vanlig reaktion hos barn är rädsla (Craft & Craft, 1989; Hughes, Bryan & Robbins, 2005; Eggenberger & Nelms, 2006). Rädslan grundar sig ofta i att barnen tror att de skall förlora sin närstående (Lewandowski, 1992; Verhaeghe, Defloor, van Zuuren, Duijnste & Grypdonck, 2005). Barn kan även reagera med rädsla för att de själva ska bli sjuka (Simon, 1993; Knutsson, 2006; Knutsson & Bergbom, 2007). Miljön på en IVA kan vara skrämmande för barn men det är sällan som barn reagerar med rädsla inför

de apparater som den närstående är uppkopplad till (Knutsson & Bergbom, 2007). Att reagera med rädsla är ofta kopplat till om barnet har haft möjlighet till att besöka sin närstående eller inte. De barn som besökte sin närstående och blev väl förberedda inför besöket på IVA reagerade med mindre rädsla inför vad de såg och kände sig istället mer delaktiga i familjen och vården kring sin närstående (Clarke, 1999; Clarke & Harrison, 2001). Att däremot inte få besöka sin närstående genererar rädsla hos barn (Nicholson et al., 1993; Knutsson, 2006). Clarke och Harrison (2001) skriver att ett barn som inte fick besöka sin svårt sjuka mor reagerade med obehagskänslor inför situationen. Efter det att modern hade dött vågade barnet inte besöka avdelningen modern legat på utan stod istället kvar utanför dörren och vägrade gå in (Clarke & Harrison, 2001). Barn som inte besöker sina närstående, och med det får bearbeta sin egen rädsla i ovisshet, kan senare i livet få problem att prata om den perioden i deras liv (Knutsson, 2006).

Sorg

Då barn upplever att de har blivit separerade från sina närstående resulterar det i en sorgreaktion (Craft & Craft, 1989; Lewandowski, 1992; Clarke & Harrison, 2001). Tårar hos barn är en normal reaktion då de besöker sina närstående och det är viktigt för barnet att få tillåtelse att gråta och uttrycka sina känslor så länge som de själva anser är nödvändigt. Att reagera med sorg är ett sätt att visa att man inte kan hantera situationen (Clarke & Harrison, 2001). Samtidigt är det inte en onormal reaktion att inte visa uttryck för några känslor alls (Knutsson & Bergbom, 2007). I en studie av Craft (1988) såg man att äldre barn oftare visade att de var ledsna än yngre barn. Clarke och Harrison (2001) skriver i sin studie att ett barn vars bror dog på IVA reagerade med stor sorg och saknad, men tack vare att han hade möjlighet att besöka sin bror och fick säga adjö, hjälpte de honom att bearbeta dessa känslor. Barnet hade lättare för att prata om sin bror samt visa känslor öppet.

Depression

Hos barn som har närstående vårdade på IVA genomgår de flesta någon form av depression (Craft, 1988; Lewandowski, 1992; Hughes et al., 2005). Osäkerhet och

ensamhet gör att barn ofta upplever sig nedstämda vilket kan leda till en depression (Lewandowski, 1992; Hamama et al., 2000). Barn kan även känna skuld känslor för att deras närstående har blivit sjuka vilket ofta resulterar i en depression (Lewandowski, 1992). Det är viktigt att föräldrarna uppmärksammar denna reaktion hos barnet för att det inte skall få psykiska konsekvenser under barnets senare uppväxt (Kleiber et al., 1995).

Ilska

När föräldrarna fokuserar mycket på den sjuka närstående kan barnet känna sig övergivet vilket kan resultera i ilska (Craft, 1988; Nicholson et al., 1993). Barnet kan även reagera med ilska på folk i omgivningen som ständigt frågar hur det är med den närstående (Craft & Craft, 1989). Ilskan kan resultera i ökad aggressivitet som kan resultera i ett befallande beteende hos barnet och även ökade syskonbråk (Lewandowski, 1992). Ilska är en vanlig och normal reaktion hos barnen och varierar i intensitet mellan olika barn (Nicholson et al., 1993; Verhaeghe et al., 2005; Eggenberger & Nelms, 2006). Barn som inte har någon möjlighet att besöka sina närstående reagerar ofta med ilska (Nicholson et al., 1993).

Kroppsligt illabefinnade

Barn reagerar ofta med kroppsliga manifest i samband med närståendes vård på IVA. Barnen upplever i flera fall en allmän sjukdomskänsla i kroppen (Craft, 1988; Craft & Craft, 1989). I några fall har man funnit att barnets symtom påminner om den skada eller sjukdom som den närstående har drabbats av (Lewandowski, 1992). Symtom från magtarm kanalen såsom magont, illamående, kräkningar, diarré och förstoppning är vanligt förekommande reaktioner och ofta resulterar det i förändrade matvanor hos barnet där både minskad och ökad aptit förekommer (Craft, 1988; Craft & Craft, 1989; Lewandowski, 1992). Influensa symtom med huvudvärk och muskelvärk förekommer också (Lewandowski, 1992).

Förändrat beteende

De reaktioner som uppstår hos barnet leder till att barnet har svårt att fungera på ett normalt sätt i vardagen (Johansson et al., 2005). Då den närståendes tillstånd är så allvarligt att det kräver intensivvård kan barnet chockas så svårt att det till och med förnekar det som har hänt (Verhaeghe et al., 2005). Då barn utsätts för ovana situationer reagerar de ofta med att förändra sina sociala beteenden och uppträder på ett sätt som inte är bekant för föräldrarna (Hamama et al., 2000). Små barn genomgår i flera fall en regression där de tappar många av de kunskaper som hade utvecklats fram till den närståendes inläggning (Lewandowski, 1992; Clarke & Harrison, 2001). Små barn kan återgå till att suga på tummen eller bli ovanligt klängiga på sina sina föräldrar (Lewandowski, 1992). Små barn kan även reagera med fientlighet mot den ineliggande närstående. Detta är en vanligt förekommande, normal reaktion vid besök på IVA, medan andra barn kramar och pussar sina närstående och andra är precis som vanligt i mötet med den närstående (Clarke & Harrison, 2001; Knutsson & Bergbom, 2007). Separationen kan även resultera i en rejktion av den närstående då den efter vårdtiden kommer hem (Clarke & Harrison, 2001). En ökad vilja att vara för sig själv eller att barnet vill spendera mer tid med sin andra närstående är båda vanligt förekommande reaktioner (Craft, 1988; Craft & Craft, 1989; Lewandowski, 1992). Barn i förskoleåldern reagerar i många fall med ett magiskt tänkande där de själva kan skapa sig bilder av att utifrån deras handlande hjälpa eller orsaka den närståendes sjukdom (Lewandowski 1992, Clarke & Harrison 2001). Detta gäller i första hand de barn som inte besöker sina närstående på IVA (Knutsson, 2006; Knutsson & Bergbom, 2007). Detta beror på att barnen har svårt att på ett adekvat sätt koppla samman situationer och händelser med verkligheten (Lewandowski, 1992). För barn i skolåldern är det vanligt att det uppstår problem i skolan och det är koncentrationssvårigheter som är den dominerande reaktionen (Craft, 1988; Craft & Craft, 1989; Lewandowski, 1992). Reaktioner som otålighet, rastlöshet, likgiltighet och frustration kan kopplas till koncentrationssvårigheterna och kan resultera i försämrade betyg (Lewandowski, 1992). Det händer även att barnet i skolan börjar att missköta sig och bli uppkäftiga samt ha ett provocerande språk som resulterar i att det börjar slåss med sina skolkamrater (Craft,

1988; Lewandowski, 1992). I en del fall går det så långt att barnet börjar skolka och begå lagbrott (Lewandowski, 1992). Studier har även visat att en del barn kan reagera med positiv utgång i form av mognad vid negativa förändringar (Craft, 1988). Då den närstående läggs in på IVA visar det sig ofta att barn får sömnproblem (Craft & Craft, 1989; Lewandowski, 1992). Barnen får ofta mardrömmar och har i vissa fall problem med att sova ensamma (Craft, 1988; Lewandowski, 1992). Barn som tidigare varit torra kan reagera med att plötsligt börja kissa i sängen (Craft & Craft, 1989; Lewandowski, 1992). Genom att barnet får möjlighet att besöka IVA så kan sömnproblemen och mardrömmarna reduceras (Knutsson, 2006).

Återvunnen självkänsla

Nyfikenhet

Då den närstående vårdas på IVA kan barn reagera med att ställa ovanligt mycket frågor om vad som kommer att hända med den närstående och den övriga familjen. Barn ställer även många frågor som berör vilken behandling som kommer att ges och hur framtiden kommer att se ut för den närstående och om det kommer att bli några men eller begränsningar i framtiden. Detta är ett sätt för barnet att förbereda sig inför eventuella förändringar inom familjen (Kleiber et al., 1995; Knutsson & Bergbom, 2007). Då barnet ställer mycket frågor är det för att söka sig information och genom den komma bort från den osäkerheten, förvirringen och stressen som barnet upplever (Johansson et al., 2005). Då barn besöker sina närstående är det en normal reaktion att ställa många frågor angående miljön och de olika apparaterna som omger den närstående (Clarke & Harrison, 2001, Knutsson & Bergbom, 2007).

Glädje

Det visar sig att barnen ofta visar glädje och stolthet då de har besökt sin närstående. Att få se, röra vid och krama sin närstående gör att barnet kan känna glädje. Barnet känner även glädje i att det har fått utvecklas genom att det lärt sig något om på vilket sätt deras närstående är sjuka och hur han/hon har det (Knutsson & Bergbom, 2007). Då barnen genom besök känner sig delaktiga i vården känner de glädje (Clarke & Harrison, 2001;

Knutsson & Bergbom, 2007). Andra barn reagerar genom att känna att de får ta ett ökat ansvar i familjen och känner sig på så vis delaktiga i vården av den närstående, detta leder i flera fall till att barnet får en ökad självkänsla och kan känna sig stolt och glad (Lewandowski, 1994). Positiva besked skall alltid lämnas tidigt till barn då detta är viktiga glädjeämnen för dem (Kleiber et al., 1995). Barn upplever det oftast skönt att få besöka sin närstående och finner glädje i av att se henne/honom. Att få känna sig delaktig i ett meningssammanhang och i det som berör den närstående gör att barnen känner glädje. Föräldrarna till barnet uppger att barnet ofta ger tydligt uttryck för glädje då det besökt den närstående (Knutsson, 2006).

Att vilja vara aktör i en otrygg tillvaro

De barn som inte besöker sina närstående på IVA upplever en större otrygghet och har fler negativa reaktioner som till exempel ilska, sömnproblem, sorg och förändrade beteenden än de som haft möjlighet till att besöka sina närstående (Clarke, 1999; Clarke & Harrison, 2001; Knutsson, 2006). Att neka barn till att besöka den närstående kan få förödande konsekvenser. Dessa barn blir ofta väldigt upprörda, upplever otrygghet och känner att de inte är önskvärda eller delaktiga i familjen, vilket bland annat kan resultera i negativa beteenden och reaktioner (Johnstone, 1994; Knutsson, 2006). Att begränsa barnens delaktighet kan resultera i att de genomgår olika reaktioner. De barn som begränsas i sin delaktighet känner sig inte sedda, blir otrygga och får fler känsloutbrott än de som involveras (Lewandowski, 1992; Kleiber et al., 1995). Då föräldrarna inte ser sina barns behov av att vara aktör kan det resultera i reaktioner som ger psykiska konsekvenser under barnets senare uppväxt (Kleiber et al., 1995). Att få för lite information leder till magiskt tänkande som små barn utvecklar och som ofta leder till att de själva blir rädda för att bli sjuka eller skadade. Detta kan leda till regression som ytterligare försvårar barnets möjlighet att ta till sig situationen (Lewandowski, 1992; Ihlenfeld, 2006). När barn besöker en IVA är det viktigt att vårdpersonalen lämnar utrymme för barnet att vara aktör. Genom att uppmärksamma barnet, få det att känna sig välkommet och delaktigt minskar risken att barnet skall känna sig utanför och inte delaktig, och då barnet inte vill besöka sin närstående är det viktigt att sjukvården

behåller kontakten med barnet i hemmiljön för att barnet inte själv skall skapa sig en egen uppfattning om sjukdomen eller skadan. De egna konstruerade missuppfattningar, som barnen ofta skapar då de inte görs delaktiga, förvärrar situationen för dem själva. Då vårdpersonalen ser barnen, ger dem adekvat information och får dem att känna trygghet mildras de olika beteende och emotionella reaktioner (Clarke, 1999; Clarke & Harrison, 2001; Eggenberger & Nelms, 2006). Det finns en stark koppling mellan barns oro och brist på information (Verhaeghe et al., 2005). Barns reaktioner grundar sig uteslutande utifrån den information de får angående behandling, vårdtid och prognos om den närstående (Knutsson, 2006). Föräldrar bör vara medvetna om att de aldrig kan undanhålla sina egna beteenden och emotionella reaktioner för sina barn då barn är väldigt känsliga för små variationer hos föräldrarna (Lewandowski, 1992). Att barn besöker IVA är en bra intervention för att barnet skall kunna hantera sin stress (Clarke, 1999). Då barnet får känna sig som en aktör genom att bli sedd, inbjuden och delaktig i arbetet med den närstående och får ta del av information och utbildning riktad just till han/henne ger det barnet en trygghet till att själv uttrycka sina känslor vilket resulterar i att de inte upplever situationen lika stressande och att reaktioner som depression, ilska och rädsla minskar i intensitet (Johansson et al., 2005). När barnet får rätt information och förstår situationen samt involveras i familjen ökar tryggheten och reaktioner som skuld-känslor och rädsla reduceras. Då barn erhåller adekvat information öppnar de ofta upp sig och delger sina känslor till sin familj (Clarke & Harrison, 2001). Den information som ges till barnet är viktig att förklaras utifrån barnets utveckling stadium och på ett sätt som får barnet att känna trygghet och fortsätta hoppas (Verhaeghe et al., 2005). Barn som får åldersmässigt rätt information och stöd får lättare att hitta nya vägar för att hantera sin situation och de har färre beteende och emotionella reaktioner (Nicholson et al., 1993; Knutsson, 2006). Vissa barn kan däremot i vissa fall ha svårigheter att ta till sig den information som ges och en del barn erkänner inte att de inte förstår den information de får (Hughes et al., 2005; Lewandowski, 1992). Ett barn som får tydlig och adekvat information känner sig tryggare och känner mindre rädsla omkring de behandlingar den närstående utsätts för (Kleiber et al 1995; Hughes et al., 2005).

DISKUSSION

Att vårdas på en IVA är inte bara påfrestande för en familj. Samhällsekonomiskt är dessa vårdplatser dyra med dygnskostnader mellan 25000 och 30000 kr (Soini & Stiernström, 2005). Detta innebär en hög belastning ekonomiskt för de olika sjukhusen och därför bör vårdtiden på IVA hållas till den kortast möjliga period. För att göra vårdtiden på IVA så effektiv som möjligt vill det till att vården kring patienten är omfattande och inga delar blir utelämnade, vilket inkluderar familjen som en del i vårdandet av patienten. Bergbom och Askwall (2000) skriver att de närståendes besök kan ge patienten positiv energi och styrka som ökar patientens välbefinnande. Vidare skriver Bergbom och Askwall (2000) att närstående ofta blir de personer som visar vårdpersonalen vad patienten upplever som välbefinnande, då patienten inte själv kan föra sin talan. Detta skulle kunna innebära att då barn besöker sina närstående förbättras möjligheten för tillfrisknande vilket kortar tiden på IVA och kostnaden sjunker. Utifrån detta resonemang borde det ligga i sjukhusledningens intresse att man på IVA bedriver en familjeinriktad vård då detta kan spara pengar inom sjukvården.

Att vara närstående innebär inte bara att ha blodsband till varandra (Nicholson et al., 1993; Knutsson, 2006). Detta innebär att barn även kan vara närstående till vänner, mamma eller pappas eventuella nya livspartner med medföljande barn samt skolkamrater osv. Detta kan skapa en stor mängd med människor som är närstående. Med vetskapen om detta ställs sjukvården inför problemet med vilka som skall ingå i vården kring patienten, då det blir ohanterligt att involvera samtliga grupper av närstående. Möjligheten finns att neonatala och pediatrika avdelningar kan ge oss svar på hur man löser detta problem. Eftersom barn upplever kontakten och samvaron med sina föräldrar som något viktigt och värdefullt (Dahlberg et al., 2003) är kontakten med föräldrarna central för att känna välbefinnande. Avdelningarna måste initiera vårdplaner där barnen får utrymme som en del i en helhet. Inom IVA vård skulle det kunna finnas en hel del kunskap att hämta från neonatal och pediatrik forskning om hur man på bästa sätt inkluderar familjen eftersom familjeinriktad vård är viktig för både patient och de närstående.

Eftersom människor lever i ett ömsesidigt behov av varandra, kan kritisk sjukdom eller skada sätta våra beroendeförhållanden på prov vilket i förlängningen påverkar våra liv. Olika sätt att tänka och reagera varierar utifrån människors olika erfarenheter, så även hos barnet (Knutsson, 2006). De skyddsmekanismer som vuxna människor har, är inte till fullo utvecklade, vilket resulterar i reaktioner som för vuxna ibland kan vara svårbegripliga. Barn kan i svåra krissituationer förlora sin förmåga att uttrycka känslor eller känna empati, och då barnet inte får möjlighet att bearbeta traumat så blir vardagen svår att hantera. Barn i en kris situation är mycket känsligare än vanligt, både mot sina egna upplevelser och mot föräldrarnas reaktioner (Lewandowski, 1992; Clarke & Harrison, 2001). Därför måste vuxna försöka ta sig tid att förstå och tolka barnets värld (Knutsson, 2005). För att nå barnet och kunna hjälpa det måste vuxna utgå ifrån barnets perspektiv och erfarenheter, och där möta funderingar och frågor anpassad efter barnets egen erfarenhet (Knutsson, 2006). Detta innebär att man kanske inte alltid skall åldersanpassa information utan att man istället anpassa den till barnets erfarenheter.

Resultat diskussion

Resultatet beskriver tydligt de enorma påfrestningar det innebär för ett barn att ha en närstående vårdad på IVA. Den initiala krisen kommer då förändringar i vardagen blir påtagliga och barnet känner av att de inte på samma vis längre har tillgång till sin närstående (Craft & Craft, 1989; Lewandowski, 1992; Clarke & Harrison, 2001). Detta gör att barnet känner att det förlorar kontrollen över sin livssituation. Den trygghet som tidigare funnits inom familjen går förlorad vilket resulterar i de beskrivna reaktionerna. Barnet är beroende av gemenskapen till sin familj eftersom det inte skulle klara sig självt. Evenshaug och Hallen (2001) skriver att en av familjens uppgifter är att vara en länk mellan barnet och samhället. Denna länk är viktig för barnet. Vidare skriver Evenshaug och Hallen (2001) att den viktigaste uppgiften i samspelet mellan förälder och barn är att etablera en trygg anknytning från vilken barnet skall utforska världen. Detta gör gemenskapen i familjen till livsviktig för barnet. Den nya otrygga situationen gör att barnet känner en stark osäkerhet, som grundar sig på att det inte längre vet hur framtiden kommer att se ut, vad som kommer att hända både sig själv och den

närstående samt vad de kommer att få genomlida under sjukhusvistelsen. Det är denna osäkerhet om vad framtiden för med sig som är grunden till att barnet känner oro (Craft & Craft, 1989). Barnet förlorar kontrollen och klarar inte av att hantera den nya situationen på ett känslomässigt plan. Barnet känner sig utelämnad och ensam med sina tankar och funderingar, och ensamheten accentuerar oron, vilket kan leda till ett lidande (Eriksson, 1994). De emotionella band som barn tidigt skapar till sina närstående slits nu i tu då möjligheten till samvaro begränsas (Von Tetzchner, 2005). Genom att få barnet förberett att besöka sin närstående kan sjukvården bidra till att hjälpa till att behålla familjegemenskapen. En av sjukvårdens primära uppgifter borde vara att försöka behålla familjen som en enhet och genom det minska barnets känsla av ensamhet, för att på sikt kanske minska oron både hos barnet och inom familjen.

Att känna rädsla för att förlora något som är värdefullt och viktigt är en vanlig företeelse hos alla människor. Att få ha något som man anser är viktigt och att få känna sig viktig för någon är en grundläggande del i barnens välbefinnande (Dahlberg et al 2003). Evenshaug och Hallen (2001) skriver att barn ofta upplever rädsla av att bli lämnade ensamma. Att förlora kontakten eller att tro sig veta att den närstående kommer att lämna familjen är att förlora något som är viktigt för barnet (Lewandowski, 1992, Verhaeghe et al 2005), som skulle kunna genererar rädsla för att bli lämnad ensam och känna att de förlorar kontrollen. Föräldrar har som uppgift att hjälpa barnet att förstå och bemästra svåra situationer som innebär rädsla (Von Tetzchner, 2005). Genom att sörja för kontakt mellan barnet och den närstående minskar känslan av förlust (Knutsson, 2006) och barnet återfår istället sin självkänsla. Många föräldrarna lever med villfarelsen om att barnet upplever obehag inför att besöka sina närstående och att de känner rädsla inför vad de kommer att se. Men ofta är det föräldrarna själva som är rädda för vad som kommer att möta dem på IVA. Barnet reagerar mer med rädsla inför den nya miljön och den ovana situationen än för sjukdomen eller skadan i sig. Det viktigaste målet för ett barn är att återknyta kontakten med sin närstående (Von Tetzchner, 2005). Då barnet förbereds inför mötet med sin närstående känner de ingen rädsla utan får istället upplevelsen av att vara en aktör och viktig i sin familj (Clarke,

1999). Barn som ges knapphändig information om sjukdom och prognos kan istället känna rädsla inför att den närståendes sjukdom eller skada kommer att drabba även dem, och upplever i flera fall att det är deras fel att den närstående har blivit sjuk (Simon, 1993; Knutsson, 2006; Knutsson & Bergbom, 2007). Barn måste få besöka, ta på och se sin närstående för att mildra dessa reaktioner och återfå självkänslan. Vårdpersonalen och föräldrarna måste tala med barnet och ge det en chans till att förstå vad som händer, hur den närstående mår och hur detta kommer att påverka familjen. Vårdpersonalen måste veta hur man skall kunna förklara vikten av ett besök för föräldrarna så de vågar ta med sig sina barn. Får barnet denna möjlighet kommer krisen hos barnet inte bli lika uttalad, oron och rädslan kommer att mildras (Knutsson, 2006) och känslan av förlorad kontroll kommer att minska. Genom att minska oron och rädslan hos barnet kommer välbefinnandet att öka. Andrade (1998) studie visar att de barn som besöker sina syskon inom pediatrik och neonatalvården visar en kraftig reduktion i beteende och emotionella förändringar.

Alla människor som förlorar något viktig reagerar med sorg. Barnet som upplever en stark förlust måste få tillåtas att vara ledsen, och så ledsen som barnet själv anser är nödvändigt. Många kulturer uppfostrar idag sina barn till att på olika sätt visa känslor (Von Tetzchner, 2005). Nordisk kultur talar mycket om att man skall vara stark och inte visa sina känslor öppet. Barnet kan inte hantera situationen och förlorar kontrollen och för att visa detta blir barnet ledset (Clarke & Harrison, 2001). Vid traumatiska kriser som sjukdom och skada är det oftast barn i skolåldern som visar sorg. Yngre skolbarn kan i stället fly in i dagdrömmeri (Evenshaug & Hallen, 2001). Det är viktigt som vårdpersonal att informera föräldrarna om att det är viktigt för barnet att få vara ledsen. Det är nyttigt för dem och leder till att de lättare i framtiden kan bearbeta situationen. Barn måste få utrymme för att uttrycka sina känslor för att kunna motivera sig att gå vidare (Evenshaug & Hallen, 2001). Att inte tillåtas att var ledsen leder till att man blir osäker på sig själv. En osäkerhet som senare kan resultera i att barnet blir deprimerat (Hamama et al., 2000; Lewandowski, 1992). Hos barn kan det ibland vara svårt att skilja mellan en depression och sorg, och barn som saknar en relation kan mycket väl

utveckla en depression (Evenshaug & Hallen, 2001). Depressioner är en diagnos som snabbt måste uppmärksammas för att inte barnet skall få problem längre fram under uppväxten och leda till ytterligare lidande (Eriksson, 1994).

Ilska skall betraktas som en normal och vanlig förekommande reaktion. Då barnet reagerar med ilska kan det vara ett sätt att visa att de känner att de inte får plats i familjen, och att känna sig övergiven av sin familj kan enligt Eriksson (1994) leda till ett lidande. För att försöka motverka detta lidande i strävan mot att öka välbefinnande bör barnet delta i diskussionen angående varför familjesituationen ser ut som den gör. Då barnets ilska riktas mot andra syskon i familjen ökar slitningarna och påfrestningarna inom familjen. Litteratur som beskriver barn och ungdomars utvecklingspsykologi har inte några enkla rekommendationer som garanterar ett gott resultat. En förälder beskriver att det är när barnet är ilsket och aggressivt som de behöver sina föräldrar mest (Evenshaug & Hallen, 2001). Det är kanske återigen ett upprättande av den familjära tryggheten och att barnet blir sett som bör etableras för att barnet skall återfå självkänslan och fungera som vanligt. Även kroppsliga symtom är vanligt förekommande hos barn då de utsätts för obehagliga otrygga situationer (Craft, 1988; Craft & Craft, 1989; Lewandowski, 1992). Dessa symtom bör inte på något vis negligeras utan uppmärksammas som en reaktion på förlorad kontroll som de andra.

Litteraturen visar att IVA vården får konsekvenser för barnets sociala liv, där beteendeförändringar är vanligt förekommande (Lewandowski, 1992). Den nya otrygga situationen gör att barnen ofta förändras till något föräldrarna inte känner igen (Hamama et al., 2000). Barnen får ofta svårigheter med att fokusera på vardagliga saker omkring dem som till exempel skola och aktiviteter (Lewandowski, 1992). Evenshaug och Hallen (2001) beskriver att då barn plötsligt ändrar sina sociala beteenden är det en slutlig del av en rad olika faser som barnet gått igenom som inte uppmärksammas av föräldrarna. Små barnen regredierar ofta och drar sig tillbaka mentalt. De äldre små barnen faller in i en egen fantasivärld där magiskt tänkande är en del av den. Här skapar de barnen en egen värld som ibland är mer skrämmande än verkligheten. Yngre

skolbarn kan börja dagdrömma medan äldre skolbarn blir lättretade och ofta utagerande. Det är just barns olika utvecklingsstadier som är det grundläggande för hur reaktionerna tar sig uttryck (Evenshaug & Hallen, 2001). Med kunskapen om de olika reaktionerna blir inte den specifika reaktionen utifrån barnets utveckling det viktiga, utan mer något som skall uppmärksammas i tid och förebyggas utifrån grundorsak. Det är viktigt att de närstående vet om att barnet kan komma att genomgå en del förändringar i sitt beteende. De närstående måste vara följsamma gentemot dessa reaktioner och inte bli anklagande, då det kan resultera i ytterligare otrygghet hos barnet. Även vårdpersonal bör vara uppmärksamma på dessa reaktioner så att vårdpersonal och föräldrar tillsammans kan förebygga att barnets reaktioner utvecklas till en social beteendestörning som i en förlängning kan skada barnet både fysiskt och psykiskt.

De barn som besöker sina närstående uppvisar ofta stolthet och glädje då de känner att de vågar ta sig an den nya situationen (Knutsson & Bergbom, 2005). I flera fall ser man att barn mognar och börjar känna ett ansvar för sin familj och dess utveckling. Att vara trygg leder till att man lättare kan hantera sitt liv och se det positiva i sina handlingar (Evenshaug & Hallen, 2001). Glädjen och nyfikenheten som barnen känner då de besöker sina närstående är kopplat till känslan av att få anknyta till sin viktiga länk och återvinna självkänslan och trygghet i tillvaron. Ingen av studierna visade på att barnet inte kände glädje då de fick träffa sina närstående. Istället känner de flesta barn en glädje över att familjen nu är samlad och delar av vardagen återupprättad. Då barn känner att tryggheten kommer tillbaka vågar de nu istället ställa krav på sin omgivning i form av att tillgodo se sig med information. Barn är inga passiva mottagare utan söker sig kunskap där den finns (Von Titzchner, 2005). Anledningen till att barn ställer frågor är för att stilla sin osäkerhet och nyfikenhet. I flera fall ställer barnen svåra frågor som föräldrarna inte själva kan svara på. Där måste vårdpersonalen finnas för att stötta upp föräldrarna.

Vårdpersonalen fyller en viktig funktion då barnet och föräldrarna skall informeras. Given information angående behandling, om att vissa ingrepp gör ont, vad de olika

apparaterna är till för och om den närstående kommer att bli frisk är viktig information för alla i familjen men inte minst för barnet. Detta är en viktig aspekt för vårdpersonal då studier visar att sjukdom och hälsa påverkar alla i familjen, och utifrån den kunskapen bör vårdhandlingar ske med vetskapen om att familjen är en helhet och inte endast individer i en grupp (Hansson et al., 2005). Barn skall involveras i vården och deras rättigheter skall vara tydligt synliggjorda. Att inte låta barnet få delta är att inte respektera barnet som en individ med ett eget tänkande och egna känslor. I vårdens kärna ingår att i möjligaste mån försöka hindra och förebygga ett lidande hos alla inblandade. Barnets välbefinnande och hälsa måste placeras i första rummet, då de har svårare att bearbeta sin situation. Resultatet visar tydligt att de barn som har blivit sedda av vårdpersonalen, och har fått känna sig delaktiga i allt som berör familjens nya situation, mår bättre, har färre negativa reaktioner, minskat lidande och får färre förändringar i sin vardag (Knutsson, 2006). Familjen bör redan på ett tidigt stadium samlas och samtala om den nya familjesituationen, vilket även kan vara ett tillfälle och en möjlighet för barnet att uttrycka sina tankar, känslor och sorg. Att få känna sig delaktig i något större genom familjeinriktad vård, gott eller ont, stärker banden inom familjen och ökar möjligheten till att växa och nå välbefinnande (Eggenberger & Nelms, 2007). Genomgående i arbetet är att då barnet inte blir sett och inte får vara en aktör i vården av den närstående tappar de kontrollen och känner sig otrygga. Materialet beskriver att det är den andra närstående eller vårdpersonalen som hindrar barnet från att delta (Knutsson 2006). Endast i något fall beskrevs att barn inte hade känslomässig ork att besöka sin närstående.

Metoddiskussion

Att göra studien utifrån en innehållsanalys visade sig fungera ganska väl med flera artiklar som direkt riktade sig mot problemformuleringen. De artiklar som granskats presenterade reaktionerna men hade inte som huvudsyfte att presentera dem som ett problemområde. Utifrån sökorden fanns ett antal artiklar på databaserna men en sekundärsökning från olika artiklar var nödvändigt för att uppnå datamättnad. Eftersom endast databaser genom högskolan i Borås användes upplevdes det som om det fanns

mer material som hade varit värdefullt att analysera, men detta var inte tillgängligt genom dessa sökmotorer. För att söka ytterligare belägg för dessa påståenden bör nog större databaser genomsökas. Under sökningen i databaserna syntes det tydligt att de flesta studier är gjorda utifrån neonatalvården och pediatriken. De artiklar som berör barns reaktioner då en närstående är vårdad på vuxen IVA går inte att endast genom litteratursökning finna på biblioteket i högskolan i Borås utan utökad sökning via sekundärsökningar är nödvändig. Artiklarna som har granskats har varit litteraturstudier, kvalitativa och kvantitativa studier, vilket jag anser ger en stor bredd och en styrka i arbetet. Nackdelen med innehållsanalysen är att den lämnar väldigt lite utrymme för dynamik och möjlighet till tolkning om vad som egentligen ligger bakom de olika respondenternas uttalanden. Ingen av de kvalitativa artiklarna presenterade några citat gjorda från intervjuade barn. Endast en artikel hade citat i sitt resultat men de tolkades som om de var uttalade av vuxna närstående. Därför finns inga citat medtagna i denna studie. För att söka ytterligare djup i de olika reaktionerna skulle det vara av intresse att göra djupintervjuer kanske från en hermeneutisk ansats, där man jämför barnens upplevelser och föräldrarnas iakttagelser. Att göra en kvalitativ innehållsanalys utifrån redan befintliga studier ger möjlighet att behandla ett stort utbud av data. Eftersom de allra flesta studier redovisar samma reaktioner som resultatet i denna studie ger det en god vetenskaplig tyngd åt resultatet.

Praktiska implikationer

Denna studie skulle kunna användas som en grund i ett handlingsprogram, där föräldrarna och vårdpersonalen förbereds på barns olika reaktioner samt att de kan få svar på vilka eventuella orsaker som kan ligga bakom de olika reaktionerna. För att så tidigt som få möjlighet att bedriva en holistisk vård och se på familjen som en helhet, bör sjuksköterskan redan i början av vårdtiden samla hela familjen för samtal. Detta för att söka kunskap och försöka tillgodose varje familjs specifika behov och för att i ett tidigt skede kunna lotsa familjen till annan instans om så krävs. Med den sammanfattade kunskapen om barns reaktioner och de utlösande faktorer som

framkommer i studien borde sjuksköterskan kunna delge föräldrarna, kollegier och övrig vårdpersonal:

- Information om vilka de vanligaste reaktionerna är samt bakgrunden till dem och med den kunskapen göra föräldrarna och vårdpersonalen uppmärksamma på barnens reaktioner för att i möjligaste mån förebygga dem.
- Evidensbaserad kunskap om vinsten med att göra barnen delaktiga i vården.
- Kunskap om vikten att förbereda barnen inför den nya situationen och informera om hur vården och miljön ser ut samt att hitta delar i omvårdnaden som gör att barnen får känna sig delaktiga.
- Tvärprofessionellt kunna söka ett forum och ett sätt som gör att barn blir mottagliga för given information angående sjukdom, behandling och prognos.
- Behovet av att utforma vården på avdelningen på ett sätt som gör det lätt för barn att bli delaktiga i omvårdnaden.
- Att arbeta för att riktlinjer utarbetas för att hitta olika sätt och möjligheter för de barn som väljer att inte besöka sina närstående att bli involverade i vården utifrån barnets egna resurser.

Utifrån detta skulle sjuksköterskan kunna jobba mer preventivt för att öka barnens välbefinnande under den närståendes sjukhusvård. Med ett sådant handlingsprogram skulle föräldrar och vårdpersonal kunna arbeta tillsammans för att förebygga onödigt lidande hos barnen, samt att på rätt sätt hitta en gemensam väg för att involvera barnen i vården.

Konklusion

Många föräldrar tycker att det är svårt att veta hur man inför barnen skall hantera den nya situationen, hur mycket barnen skall vara delaktiga och på vilket sätt de skall involveras. För personal som vårdar patienter inom allmän intensivvården bör det vara ytterst relevant att veta hur man på bästa sätt skall involvera barn som besöker eller inte har möjlighet att besöka sin närstående som vårdas där. Studien visar tydlig på den otrygghet det innebär för barnet att ha sin närstående vårdad på IVA. Denna otrygghet färgar barnets hela existens. Barnet förlorar kontrollen och självkänslan suddas ut. Detta är tydlig relaterat till då barnet inte görs till en aktör i sin tillvaro. Barnet har en vilja och ett behov av att känna tillhörighet och stabilitet för att uppleva välbefinnande. Då barnet blir sedd och görs till en aktör i vården, växer det, återfår självkänslan och upplever sig starkare av detta och kan utvecklas och känna hopp inför framtiden.

LITTERATUR

Andrade, T.M. (1998). Sibling visitation: Research implications for pediatric and neonatal patients. *The online Journal of Knowledge synthesis for Nursing*, 5, dokument number 6.

Barnkonventionen i Västragötaland. (2007) http://www.vgregion.se/vgrtemplates/Start_63922.aspx

Bergbom, I. & Askwall, A. (2000). The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 384-395.

Clarke, C.M. (2000). Children visiting family and friends on adult intensive care units: the nurses perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 330-338.

Clarke, C. & Harrison, D. (2001). The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 61-68.

Craft, M.J. (1986). Validation of responses reported by school-aged siblings of hospitalized children. *Child Health Care*, 15(1), 6-13.

Craft, M. J. & Craft, J.L. (1989). Perceived changes in siblings of hospitalized children: A comparison of siblings and parent reports. *Child Health Care*, 18(1), 42-48.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O, & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Studentlitteratur: Lund.

Evenshaug, O. & Hallen, D. (2001) *Barn- och ungdomspsykologi*. Studentlitteratur: Lund.

Eggenberger, S.K. & Nelms, T.P. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1618-1628.

Eriksson, K. (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measure to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i Granskär, M. & Höglund - Nielsen, B. (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s159-172). Författarna och studentlitteratur.

Hamama, R., Ronen, T. & Feigin, R. (2000). Self-control, anxiety, and loneliness in siblings of children with cancer. *Social Work in Health Care*, 31(1), 63-83.

Hansson, S.M.H., Gedaly-Dyff, V. & Kaakinen, J.R. (2005). *Family Health Care Nursing. Theory, practice & research*, 3rd end. F.A. Davies, Philadelphia.

Hsiu-Feng, H. & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.

Hughes, F., Bryan, K. & Robbins, I. (2005). Relatives experience of critical care. *Critical Care Nursing*, 10(1), 23-30.

Ihlenfelt, J.T. (2006). Should we allow children to visit ill parents in intensive care units. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(6), 269-271.

Johansson, I., Fridlund, B. & Hildingh, C. (2005). What is supportive when an adult next-of-kin is in critical care? *Nursing in Critical Care*, 10(6), 289-298.

Johnstone, M. (1994). Children visiting members of their family receiving treatment in ICU's: a literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 10, 289-292.

Kleiber, C., Montgomery, L.A. & Craft-Rosenberg, M. (1995). Informations needs of the siblings of critically ill children. *Children's Health Care*, 24(1), 47-60.

Knutsson, S. (2006). *Barns delaktighet genom besök hos närstående som vårdas på en intensivvårdsavdelning*. Dokt. Avh. Göteborgsuniversitet. Intellecta Doocosis, Västra frölunda.

Knutsson, S.E.M. & Bergbom, I.L. (2007). Custodians viewpoints and experience from their child's visit to an ill or injured nearest being cared for at an adult intensive care unit. *Journal of Critical Nursing*, 16, 362-371.

Soini, K., & Stiernström. (2005). Organisation av en intensivvårdsavdelning. ingår i Larsson, A. & Rupertsson, S. (red), *Intensivvård. Författarna och Liber*, Stockholm.

Lewandowski L.A. (1992). Needs of children during the critical illness of a parent or sibling. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 4(4), 573-585.

Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Studentlitteratur*, Lund.

Maxwell, K.E., Stuenkel, D. & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart and Lung*, 36(5), 367-376.

Nicholson, A.C., Titler, M., Montgomery, L.A., Kleiber, C., Craft, M.J., Halm, M., Buchwalter, K. & Johnson, S. (1993). Effects of child visitation in an adult critical care unit. *Heart & Lung*, 22(1), 36-44.

Simon, K. (1993). Perceived stress of nonhospitalized children during the hospitalization of a sibling. *Journal of Pediatric Nursing* 8(5), 298-304.

Verhaeghe, S., Defloor, T., van Zuuren, F., Duijnste, M. & Grypdonck, M. (2005). The needs and experience of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Critical Nursing*, 14, 501-509.

Vint, P. (2005). Children visiting adults in ITU- what support is available? A descriptive survey. *Nursing in Critical Care*, 10(2), 64-71.

Von Tetzchner, S. (2005). *Utvecklingspsykologi, Barn och ungdomsåren*.

Studentlitteratur: Danmark

WHO (2008). www.who.int/en/

Östlund, L. (2006). Informationssökning. Ingår i Friberg, F. (Red), *Dags för uppsats*.(s 45-70). Författarna och Studentlitteratur. Danmark.