

Viktoria Nehl

Samordnat sjuksköterske-och specialistsjuksköterskeprogram

inom vård av äldre, Ersta Sköndal Högskola

Vetenskaplig metod och examensarbete, VÄ 82, 2011

Avancerad nivå

Handledare: Jennifer Bullington

Examinator: Vera Dahlqvist

Sjuksköterskans perspektiv på familjens roll i vårdandet av äldre i Thailand

En kvalitativ intervjustudie

Nurses perspective on family's role in caring for elderly people in Thailand

A qualitative interview study

Innehållsförteckning

1	Inledning	7
2	Bakgrund	7
2.1	Äldre i Thailand	7
2.1.1	Äldre personers behov av omvårdnad.....	8
2.1.2	Prevalens	9
2.1.3	Omvårdadsproblem hos äldre	9
2.1.4	Sjuksköterskors utbildning och kunskap om äldre och ohälsa	10
2.1.5	Äldre personers upplevelse av multisjuklighet	10
2.1.6	Den thailändska familjens roll i vårdandet av den äldre	11
3	Problemformulering	13
4	Syfte	13
5	Teoretiska utgångspunkter	13
5.1	Kommunikationen.....	14
5.1.1	Mellanmänskliga relationen	14
5.1.2	Omvårdnadsproblem.....	14
5.1.3	Lidande.....	15
6	Forskningsetiska överväganden.....	15
7	Metod.....	16
7.1	Tillvägagångssätt	16
7.1.1	Datainsamling/urval	17
7.1.2	Analysmetod	18
8	Resultat	19
8.1	Familjens roll ur ett sjuksköterskeperspektiv i vårdandet av äldre.....	19
8.1.1	Frånvaro av familj ur ett sjuksköterskeperspektiv i Thailand.....	20
8.2	Sjuksköterskan samarbetar med familjer till äldre.....	21
8.2.1	Sjuksköterskor anser att de kan stödja familjen till äldre.....	21
8.3	Sjuksköterskor anser att familjen påverkar den äldre.....	22
9	Diskussion	23
9.1	Metoddiskussion	23

9.1.1	Resultatdiskussion.....	24
9.1.2	Familjens roll	25
9.1.3	Familjens påverkan på den äldre.....	26
9.1.4	Samarbete.....	27
10	Konklusion.....	27
11	Betydelse för vårdandet.....	28
	Referensförteckning	29
	Bilaga 1	1
	Bilaga 2	2
	Bilaga 3	3
	Bilaga 4	4
	Bilaga 5	5

Sammanfattning

Bakgrund: Multisjuklighet är vanligt bland äldre världen över. Andelen äldre i Thailand ökar på grund av en mer avancerad sjukvård och bättre levnadsvillkor. Familjen spelar en stor roll i vårdandet av äldre. På grund av att fler kvinnor idag utbildar sig och arbetar har deras tid för att vårda den äldre minskat vilket lett till ett ökat behov av vårdboenden i Thailand. Det är idag en stor brist på vårdboenden för äldre i Thailand.

Syfte: Syftet är att undersöka sjuksköterskors syn på familjens roll i vårdandet av den äldre.

Metod: Metoden som användes för intervjuerna var semistrukturerade gruppintervjuerna. Till analysen av datan användes en kvalitativ innehållsmetod.

Resultat: I resultatet framkom tre huvudteman som svarar på syftet; *Familjens roll ur ett sjuksköterskeperspektiv i vårdandet av äldre i Thailand, Sjuksköterskan samarbetar med familjer till äldre med i Thailand samt Sjuksköterskor anser att familjen påverkar den äldre ur ett sjuksköterskeperspektiv.* Till huvudtemanerna framkom två underteman vilka var; *Frånvaro av familj ur ett sjuksköterskeperspektiv i Thailand samt Sjuksköterskor anser att de kan stödja familjen till äldre i Thailand.*

Diskussion: Ensamhet och isolering påverkar multisjuklighet negativt i västvärlden. Familjen i Thailand påverkar den äldre till att känna sig trygg och bekväm. Kommunikation är en viktig komponent i vårdrelationen enligt Travelbee. Kommunikation är en förutsättning för ett bra samarbete mellan sjuksköterskan och familjen i vården av den äldre.

Nyckelord: Thailand, Äldre, Familj

Abstract

Background: Multi-morbidity is common amongst elderly people around the world. The Elderly population in Thailand is growing due to advanced healthcare and better social standards. Family also plays a role in elderly care. The increase of education and work amongst women have led to less time to take care of their elder and increase the need for nursing homes, something that today is missing in great numbers in Thailand.

Purpose: Investigate nurse's view of the family's role in the care of elderly.

Method: Semi structured groups interviews were conducted. The data was analyzed using a qualitative content method.

Result: The results revealed three main themes reflecting; Family's role from a nursing perspective of caring for the elderly in Thailand, the nurse collaborates with families to the elderly in Thailand and nurses believe that the family affects the elderly from a nursing perspective. In the Main themes, two sub-themes are identified which were: Absence of family from a nursing perspective in Thailand and nurses believe they can support the family to the elderly in Thailand.

Discussion: Loneliness and isolation negatively affect multi-morbidity in western countries. The family in Thailand affects the elderly to feel safe and comfortable. Communication is an important component of the care according to Travelbee. Communication is a prerequisite for good collaboration between the nurse and family in caring for the elderly.

Keywords: Thailand, Elderly, Family

Förord

Jag vill inleda med att tacka Minor Field Study för att jag har fått den här möjligheten och erfarenheten till utveckling. Jag vill även tacka vår kontaktperson i Thailand, Tanya Do för det fina arbetet med att ordna intervjuer. Sedan vill jag tacka mina två medstudenter, Sussi och Lisa, för ett underbart samarbete och stöd genom den här processen. Vi gjorde det här tillsammans. Ett sista tack till Jennifer Bullington för oersättlig handledning och stöttning under hela vår resa och uppsatsprocess.

1 Inledning

Vi är tre sjuksköterskestudenter från Ersta Sköndal Högskola som har erhållit ett stipendium från Minor field Studies som finansieras av SIDA för att belysa och gynna kunskap i utvecklingsländer. Vi ska därmed utföra tre uppsatser med tre olika infallsvinklar under vårt besök i Thailand. Min förförståelse är att familjen har en oerhört stor roll i vårdandet av den äldre i Thailand då ensamhet och isolering påverkar den äldre personen negativt vill jag ta reda på hur familjens roll påverkar vården av den äldre med långvarig smärta i Thailand.

2 Bakgrund

2.1 Äldre i Thailand

Enligt WHO (2008) var antalet invånare i landet 2008 cirka 67 miljoner och medellivslängden i landet var 66 år för män och 74 år för kvinnor. Hälsosamma år var igenomsnitt 58 år för män och 62 år för kvinnor år 2003. De flesta, 95 %, Thailandare är buddister vilket innebär att deras tro leder till att de vill återgälda sina föräldrars goda gärningar vilket i sin tur leder till att de tar hand om sina föräldrar när de inte själva kan det längre (Choowattanapakorn, 1999).

Det föds idag mindre barn per familj än tidigare i Thailand samtidigt som kvinnor har fått en högre social ställning och i större utsträckning än tidigare studerar samt arbetar vilket resulterar i att de inte kan ta hand om de äldre på samma sätt som de kunnat tidigare (Choowattanapakorn, 1999). Över 70 % av de Thailandare som är över 60 år bor tillsammans med sina barn eller nära dem (Knodel & Chayovan, 2009). Samtidigt kommer andelen äldre som inte bor med sina barn på grund av geografiska avstånd att öka (Choowattanapakorn, 1999; Knodel & Chayovan, 2009). Detta kommer inte nödvändigtvis påverka de äldres materiella status då barnen fortfarande kan försörja dem (Knodel & Chayovan, 2009).

Den stigande åldern bland befolkningen i Thailand ökar med en enorm hastighet (Knodel & Chayovan, 2009; Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009; Gray, Rukumnuaykit, Kittisuksathit & Thongthai, 2008; Choowattanapakorn, 1999) mycket på grund av att hälso- och sjukvårdssystemet har förbättrats samt att den avancerade tekniken inom sjukvården har förbättrats avsevärt. I samband med att befolkningen blir äldre ökar de kroniska åkommorna vilket resulterar i att en annan sorts sjukvård krävs (Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009). Det är en ökande andel Thailandiska äldre som får svårare att själv klara av sina dagliga aktiviteter vilket resulterar i ökat beroende (Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009; Knodel & Chayovan, 2009).

I takt med den moderna teknologins utveckling blir allt fler världen över äldre samtidigt som detta medför en ökad multisjuklighet hos äldre och ett ökat vårdbehov. Runt 80 % av alla äldre lider av minst en kronisk åkomma och runt 50 % av alla äldre världen över uppskattas ha minst två olika typer av kroniska sjukdomstillstånd. Äldre som lider även av olika former av funktionshinder kommer upp till år 2015 att ha ökat till 11 miljoner världen över (Keefe & Enguidanos, 2008). I Thailand ses ett liknande mönster för äldre som lider av kroniska åkommor och detta beror på att andelen äldre som är över 80 år förväntas att öka med 13 % under kommande 50 år (Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009).

Några studier tyder på att äldre i Thailand generellt sett har en bättre hälsa i större städer jämfört mot de som bor i mindre byar, vilket kan ses i relation till ekonomisk status som påverkar välmående och hälsa positivt (Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009; Gray, Rukumnuaykit, Kittisuksathit & Thongthai, 2008). Choowattanapakorn (1999) studie visar på att de äldre i Thailand generellt har en god hälsa samtidigt som välståndssjukdomar så som diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar ökar. The ministry of public Health ansvarar till största delen för sjukvården i Thailand och står för den allmänna sjukvården och täcker upp 62 % av sjukhusen och den service de erbjuder. Den privata sektorn har en mindre andel och ansvarar för 25 % av sjukhusen i landet (Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009).

Studier visar att hälso- och sjukvården i Thailand behöver anpassas mot geriatrik samt mer långvarig vård (Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009; Choowattanapakorn, 1999) men endast 5000 äldre med högre ekonomisk status i Thailand bor på någon form av allmänna vårdboenden (Knodel & Chayovan, 2009).

2.1.1 Äldre människors behov av omvårdnad

Smärta är ett vanligt förekommande fenomen bland äldre världen och den främsta orsaken till ett ökat omvårdnadsbehov (Linton, 2005).

Smärtan kan till en början vara akut för de äldre och ett sätt att hantera smärtan på, kan vara att ta smärtstillande läkemedel för att lindra värken. Smärtan bidrar till en funktionsnedsättning för den äldre och kan påverka känslor, tankar, föreställningar och beteenden. Familjen som den äldre lever med kan påverka smärtans utveckling samt patientens sätt att hantera sin smärta (Linton, 2005).

Psykologiska faktorer till exempel stress, upprördhet och ångest har en betydelse för smärtans övergång till att bli långvarig. Psykologiska faktorer gör patienten mer mottaglig för värk som leder till att förloppet påskyndas eller förvärras (Linton, 2005; Takai & Uchida, 2009). Vidare menar Haegerstam (2007) att smärta ur ett kulturellt perspektiv kan yttra sig olika beroende

på kulturell kontext. Han tar upp som exempel att det i vissa kulturer kan vara mer acceptabelt att uttrycka sin smärta än i andra vilket kan ha en påverkan på smärtans beteende för individen. Kulturella avvikelser på smärtuttryck är något som bör tas hänsyn till och öppenheten till att kulturella avvikelser på smärta existerar och yttrar sig olika hos individer.

2.1.2 Omvårdnadsproblem hos äldre

Bland äldre kan ett problem vara att de äldre ofta är underbehandlade (Bruckenthal et al, 2009; Gianni et al 2009; Hicks, 2000; Won et al, 2004). Vanlig förekommande omvårdnadsproblem bland äldre är smärta från muskel och skelettsjukdomar, ledsjukdomar, fallskador, bensår och cancersmärta. Äldre lider även många gånger av smärta som inte går att relatera till en viss sjukdom eller som är svår att lokalisera vilket gör smärtbehandlingen problematisk. Omvårdnadsproblem kan även bero på de äldres livsstil såsom, övervikt, rökning, inaktivitet samt att de inte söker vård (Gianni et al 2009).

Rehabilitering och god omvårdnad är grundläggande för att kunna bevara de äldres funktioner och förmågor till att klara sig så länge själva som möjligt och därmed behålla sin livskvalitet (McCarthy et al., 2008; Gianni et al 2009; Roberto, Perkins & Holland 2007; Takai & Uchida 2009). Äldres omvårdnad är inte alltid individanpassad vilket kan leda till en reducerad livskvalitet hos äldre (Gianni et al 2009; Bruckenthal et al, 2009; Chiou, Lin & Huang 2009, Hicks, 2000) såsom sömnsvårigheter, kognitiv nedsättning, malnutrition och isolering (Gianni et al, 2009). Studier belyser även att problematiken kring äldre till viss del kan bero på att äldre inte är medvetna om de behandlingsmetoder som idag finns att tillgå (Bruckenthal et al, 2009; Gianni et al, 2009) samt att de äldre själva tror att försämrad subjektiv hälsa är en naturlig del av åldrandet och därmed inte söker vård (Higgins et al 2004; Bruckenthal et al, 2009; Gianni et al, 2009).

Hälften av den äldre befolkningen i Thailand har en eller flera kroniska åkommor och äldre kvinnor i Thailand lider generellt sett i större utsträckning av kroniska sjukdomar jämfört med män samtidigt som kvinnorna lever längre än männen (Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009). En studie om kronisk rygg och nack- smärta visade ett starkt samband mellan psykologiska dysfunktioner och långvarig smärta. De psykologiska dysfunktionerna handlade om oro och nedstämdhet. Den mentala problematiken relaterat till den långvariga smärtan har ett liknande mönster i så väl utvecklingsländer som industriländer (Demytenaere et al, 2007). I en studie av WHO där de jämfört smärtproblematik världen över visade det sig att

smärtproblematiken var likadana i de länder där de studier gjorts men att studier om smärta saknas i utvecklingsländer (WHO, 2006).

2.1.3 Sjuksköterskors utbildning och kunskap om äldre och ohälsa

Det är en utmaning för sjuksköterskorna att bemöta äldre på grund av att de äldre ofta är multisjuka samt att sjuksköterskorna upplever att de saknar kunskap. (Allcock, 2009; Takai & Uchida 2009; Bruckenthal et al, 2009). Det är därför viktigt att sjuksköterskorna tar del av utbildning och forskning eftersom det hela tiden uppkommer nya rön. Det är viktigt för att kunna ge adekvat omvårdnad till multisjuka äldre (Allcock, 2009). Sjuksköterskor borde också kunna ge utbildning och stöd till de äldres anhöriga och även veta hur de kan använda sig av andra metoder än mediciner för att lindra ohälsa (Herk, Dijk, Biemold, Tibboel, Baar & Wit, 2008). Kunskap om äldre bland sjuksköterskor kan skilja sig beroende på var de utbildat sig eller var de arbetar (Allcock, 2009; Takai & Uchida, 2009). Sjuksköterskor i England som arbetade på en onkologisk avdelning, upplevde att de hade bättre kunskaper kring till exempel smärta och smärthantering än de sjuksköterskor som arbetade på en akutvårdsavdelning (Allcock, 2002).

Det har konstaterats i flera internationella studier att det överlag finns en okunskap bland sjuksköterskor om den äldre samt en brist på specialistkunskap om äldrevård (Allcock, 2002, Bruckenthal et al, 2009; Gudmundsdottir, 2008; Takai & Uchida, 2009). Då äldre ofta är multisjuka är det viktigt att sjuksköterskan är medveten om dessa tillstånd och att de har kunskap om deras sjukdomar för att kunna uppmärksamma symptomen och därmed ge den äldre det stöd och den omvårdnad som behövs (Borglin et al., 2006). Det är ett problem för sjuksköterskor att vårda äldre människor och att ge en individanpassad vård relaterat till okunskapen om äldre och tillstånd. För att kunna ge en individanpassad vård krävs det att sjuksköterskan först tar reda på hur den äldre upplever sin situation (Blomqvist & Edberg, 2002; Gianne, 2009; Allock et al 2002). Äldre behöver mer tid för att tala ut om sin situation samt om de upplevelser som medföljer. Om sjuksköterskan tar sig tid att låta patienten tala ut om sina upplevelser får hon en ökad förståelse och en ökad kunskap om hur det är för den äldre att leva med de problem de upplever (Blomqvist, 2003; Higgins, Madjar & Walton, 2004). Om sjuksköterskan även skaffar sig en fullständig anamnes över den äldres övriga sjukdomar och har goda kommunikationsfärdigheter blir det lättare att ge en individbaserad och god omvårdnad (Blomqvist, 2003). Studier visar att patienterna ska behandlas efter sina enskilda behov och ha valmöjligheter till behandlingsmetoder. Det enda sättet att identifiera dessa behov är att ta sig tid till att samtala med patienten och dennes närstående (Hicks, 2000;

Allcock et al, 2002; Higgins et al 2004). Samtidigt menar en annan studie att de patienter som inte söker hjälp och lider i tystnad skall identifieras och ombesörjas (Gudmundsdottir, 2008). För att sjuksköterskan ska kunna ge adekvat omvårdnad behövs mer utbildning för sjuksköterskor inom området (Gudmundsdottir, 2008; Allcock et al, 2002; Takai & Uchida, 2009; Bruckenthal et al, 2009).

2.1.4 Äldre personers upplevelse av multisjuklighet

Att leva med multisjuklighet är en ständig plåga för de äldre personerna vilket kan leda till en förändrad livsvärld och en nedsatt livskvalitet (Afrell, Biquet & Rudebeck, 2007; Blomqvist & Edberg, 2002; Jakobsson, Hallberg & Westergren, 2004). Faktorer som påverkar livskvaliteten negativt kan vara trötthet, ensamhet, depression och fysiska funktionsnedsättningar som hämmar vardagen (Jakobsson et al 2004).

Multisjuklighet hos äldre kan bidra till att de äldre personerna känner sig isolerade och därmed upplever en frustration över att inte kunna göra saker som de är vana vid exempelvis umgås med familjen (Blomqvist & Hallberg, 2002; Higgins et al., 2004). I en studie fann forskarna att multisjuklighet hindrade de äldre från att delta i sociala sammanhang och att de äldre därmed kände sig ensamma och utfrysade. Äldre beskrev även att multisjukligheten ledde till en känsla av att vara beroende av andra samt till sömnlöshet vilket påverkade livskvaliteten negativt (Blomqvist & Edberg, 2002). Andra studier från andra länder visar att multisjukligheten kan hindra de äldre från att delta i aktiviteter på grund av att de hämmas av den nedsatta fysiken eller att de väljer att inte delta på grund av och att de känner nedstämdhet och en nedsatt livskvalitet (Tsai, Chu, Lai & Chen, 2008; Austrian, Kerns, Carrington Reid, 2005; Jakobsson et al 2004). Funktionsnedsättningen som medföljer kan även leda till att de äldre inte kan genomföra de dagliga aktiviteter som tidigare, till exempel påklädning (Tsai, et al., 2008; Blomqvist & Edberg, 2002). Konsekvenserna som multisjukligheten medför i det dagliga livet är det största problemet för den äldre.

Många äldre upplever att den existentiella smärtan är den som är värst och att det är den som gör ont (Blomqvist & Edberg, 2002; Gudmundsdottir, 2008). De äldre beskriver känslan av en stor förlust av självständighet och hälsa. Många upplevde att den existentiella smärtan var värre än den fysiska smärtan och var det som gjorde ont. Existentiell smärta kan förklaras som känsla av förlust och utanförskap (Gudmundsdottir, 2008). Meeks et al (2007) menar att faktorer som ensamhet är negativt associerade till livskvaliteten för de äldre som lider av multisjuklighet.

2.1.5 Den thailändska familjens roll i vårdandet av den äldre

I Thailand är det vanligt att vårdas i hemmet av sina anhöriga när livet närmar sig sitt slut (Nilmanat, 2010; Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009; Vithayachockitikhun, 2006). När äldre Thailandare behöver långvarig vård är det informellt sett familjen som bär huvudansvaret och enligt den Thailändska kulturen främst av barn och barnbarn (Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009). Att kunna leva med sina vuxna barn är ett sätt att säkra framtiden då de blir äldre (Knodel & Chayovan, 2009). Då det nationella Thailändska sjukvårdssystemet stödjer egenvård och kommunal vård får familjen en stor roll när deras anhöriga blir äldre och/eller sjuka (Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009; Vithayachockitikhun, 2006). Tidigare ekonomiska kriser har också orsakat ett mer sårbart sjukvårdssystem. I den vårdande familjen har kvinnorna störst ansvar både som hustru, moder och dotter och det är vanligt att den som inte längre kan försörja sig genom arbete flyttar hem till sina barn (Vithayachockitikhun, 2006).

Den närmast boende familjen bidrar ofta med stöd och hjälp till den äldres dagliga aktiviteter medan de som bor längre bort istället bidrar med ekonomiskt stöd samt gåvor. Användandet av mobiltelefoner har gjort det lättare för de äldre att fortsätta ha kontakt med sina utflyttade barn. Om det är bra eller dåligt att ha sina barn boendes nära eller långt borta beror på hur familjens finansiella situation ser ut. En del flyttar in mot städerna för att ha en chans att tjäna mer pengar som de sedan kan skicka hem till sina äldre föräldrar (Knodel & Chayovan, 2009).

Den sociala strukturen i Thailand är hierarkisk och barnen lär sig tidigt att respektera äldre och de personerna med en bättre social status än de själva (Choowattanapakorn, 1999). Även om äldre idag har bättre kvalitet på boende och levnadsstandard kvarstår det fortfarande stora klasskillnader i det Thailändska samhället (Knodel & Chayovan, 2009). När den äldre drabbas av kroniska sjukdomar som kräver långvarig vård ökar bördan på familjen. Det har lett till en ökad efterfråga av vårdboenden för rehabilitering och vård. Eftersom det inte finns något register för hur många vårdboenden det finns i Thailand är det svårt att veta hur många som behöver denna sorts vård men långvarig vård är det vårdbehovet som växer snabbast (Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009). Enligt Knodel & Chayovan (2009) är det endast ett par tusen som bor i vårdboenden som staten finansierar. Behovet av vårdboenden ökar också då unga tvingas in till städerna för att söka arbete, vilket har skapat en förändrad familjesituation i det thailändska samhället (Choowattanapakorn, 1999).

Thailändare söker ofta hjälp i ett sent skede i sjukdomsutvecklingen vilket kan leda till att vården blir palliativ istället för kurativ. Bristen på hospice och hjälp i den palliativa vården

gör att de flesta avlider i hemmet. Även hjälp av hemsjukvård är begränsad i Thailand (Nilmanat, 2010).

3 Problemformulering

Studier från Thailand visar att familjen spelar en stor roll i det thailändska samhället och att familjen också spelar en stor roll i vårdandet av den äldre personen. Thailand har ett sjukvårdssystem som till stor del förutsätter engagemang från familj, både ekonomiskt och med stöd framförallt av kvinnorna i familjen. Emellertid genomgår Thailand en stor förändring där kvinnor både arbetar mer samt studerar i högre utsträckning med följden att de inte längre kan ta hand om sina åldrande föräldrar i samma utsträckning som de kunnat tidigare. Att undersöka vad sjuksköterskor i Thailand anser om betydelsen av familjens roll i vårdandet relaterat till äldre kan ge viktig kunskap om hur man ser på anhörigas roll idag i ett samhälle som har en annan kulturell bakgrund än Sverige.

4 Syfte

Syftet är att undersöka sjuksköterskors syn på familjens roll i vårdandet av den äldre.

5 Teoretiska utgångspunkter

Jag har valt att utgå ifrån Joyce Travelbees (1926-1973) omvårdnadsteori då denna teori betonar den mellanmännsliga relationen mellan sjuksköterska och patient vilket jag anser det vara av vikt i sjuksköterskans profession. Travelbees teori innebär att sjuksköterskan bör ge en individcentrerad omvårdnad och inte generalisera patienten efter diagnos eller rutinmässiga arbetsuppgifter. Travelbees omvårdnadsteori betonar individens erfarenheter och upplevelser samt det unika hos människan grundat på dennes unika erfarenheter. En av de viktigaste komponenterna i Travelbees omvårdnadsteori är kommunikationen som ska bidra till den mellanmännsliga relationen och med hjälp av goda kommunikationsfärdigheter kan sjuksköterskan bidra till en bättre vårdrelation. Kommunikationen får också en viktig plats i den individbaserade vården och för att kunna utläsa den enskildes omvårdnadsbehov samt att undvika generaliserande vid till exempel sjukdomssymtom.

De centrala begreppen i teorin är lidande, den mellanmännsliga relationen, kommunikation samt mening, hälsa, omvårdnad och omvårdnadsproblem. Enligt Kirkevold (2000) är denna teori relevant då ett samarbete med patienters familj förutsätter en bra kommunikation med

såväl patienten som med dennes familj. Att skapa förutsättningar för en bra vårdrelation med patienten och dennes familj hjälper sjuksköterskan att utläsa patienternas behov av omvårdnad (Kirkevold, 2000).

5.1 Kommunikationen

För att sjuksköterskan ska ha möjlighet att lära känna sin patient krävs det en god kunskap om kommunikation. Kommunikation blir även viktig med patientens familj. Sjuksköterskans roll är att få alla familjemedlemmar informerade och införstådda. Därmed får sjuksköterskan möjlighet till att kunna bedriva en individbaserad omvårdnad. Eftersom kommunikationen kan yttra sig i både verbala och icke verbala situationer läggs stor vikt vid att sjuksköterskan kan utläsa kroppsspråk och ansiktsuttryck hos patienten (Kirkevold, 2000).

5.1.1 Mellanmänskliga relationen

Travelbee i Kirkevold (2000) menar att det första mötet mellan sjuksköterska och patient samt sjuksköterska och dennes anhöriga präglas av sjuksköterskans egna värderingar och erfarenheter kring ett visst symtom eller sjukdom. Sjuksköterskan måste därmed redan i det första mötet med patient och familj frigöra sig från sina egna värderingar och stereotypa uppfattningar. I takt med att relationen växer sig stadigare minskar de förutfattade meningarna och de personliga dragen kan därmed bli mer framträdande. Relationen mellan sjuksköterskan och patienten har en central plats för den individbaserade omvårdnaden. Interaktion och medkänsla bör vara grunden för att båda parter ska uppnå förståelse för varandra på en högre nivå än relationen patient- sjuksköterska. Genom att uppnå en ömsesidig vårdrelation kan sjuksköterskan lättare tillgodose den enskildas behov och lindra lidande.

Vidare menar Travelbee att genom ett empatiskt förhållningssätt kan sjuksköterskan få en ökad förståelse för patienten och få ett ökat engagemang för denne samt kunna främja patientens självständighet. Empatin leder även till att sjuksköterskan får lättare för att skilja sig från sina egna uppfattningar och attityder. Detta leder till sympatifasen vilket innebär att sjuksköterskan har engagemang och en drivkraft att vilja vårda. Slutligen kommer interaktionsprocessen då det i relationen mellan sjuksköterskan och patienten har uppstått en ömsesidig förståelse för varandra och där de delar samma tankar, attityder och upplevelser på ett genuint sätt i deras kontakt (Kirkevold, 2000).

5.1.2 Omvårdnadsproblem

Om sjuksköterskan skulle misslyckas med att se patienten som en enskild individ och kommunikationen har brutit genom en bristande förståelse, empati och självkritik uppstår det ett omvårdnadsproblem enligt Travelbee i Kirkevold (2000). Vidare menar hon att om sjuksköterskan generaliserar patienten till symptom och sjukdomar blir patienten objektiverad och dennes subjektiva behov förbises. Konklusionen är att om sjuksköterskan brister i sitt öppna förhållningssätt och inte kan se till patientens enskilda behov, kan det resultera i ett lidande istället för lindrande. Kvaliteten i omvårdnaden bestäms av sjuksköterskans egna antaganden och värderingar kring vad hon anser lidande och sjukdom är, vilket innebär att sjuksköterskan måste bli medveten om sina förutfattade meningar och frigöra sig från dessa för att undvika omvårdnadsproblem. Det är av vikt att utröna patientens anhörigas åsikter och känslor kring patientens situation för att skapa förutsättningar för en god omvårdnad (Kirkevold, 2000).

5.1.3 Lidande

Enligt Travelbee innebär lidande en själslig, emotionell samt fysisk smärta som kan uppstå genom förlust, minskat egenvärde eller sjukdom. Lidande och smärta är en subjektiv upplevelse vilket kan påverkas av religion, kultur, patientens personlighetsdrag samt vårdkontexten som denne befinner sig i. Lidande kan bli erfarenheter som patienten kan lära sig något utav. Smärta och lidande tillhör en del av det mänskliga livet enligt Travelbee. Trots lidande är det sjuksköterskans mål att hjälpa patienten att finna mening i livet. Det ska finnas en helhetssyn på patienten och även om smärta uppstår i en viss kroppsdel ska betoningen fokusera på människan som en helhet. Sjuksköterskans uppgift är att vara lyhörd inför patientens subjektiva lidande, inta ett sympatiskt förhållningssätt och motivera patienten till att finna mening och bemästra lidande. Lidande kan också orsakas av ensamhet och isolering därav är det av vikt för sjuksköterskan att upprätthålla kontakten med anhöriga (Kirkevold, 2000).

6 Forskningsetiska överväganden

Denna uppsats har utgått från fem grundläggande etiska principer. Dessa är informationskrav, konfidentialitetskrav, samtyckeskrav, nyttjandekrav och anonymitet (Bryman, 2006).

Informanterna informerades om att deltagandet var frivilligt samt att de när som helst kunde välja att avstå. Informanterna fick information skriftligt och muntligt om studiens ändamål

med betoning på att deras deltagande var konfidentiellt. Informanterna fick veta att vi inte kommer använda information till annat syfte än forskningen och de fick intervjufrågorna skickade några dagar innan intervjuerna skulle äga rum. Informanterna informerades även om att data skulle behandlas konfidentiellt vilket innebär en försäkran om att informationen de delger inte skulle kunna spåras till dem. Vidare kan informanterna inte spåras till de inspelade intervjuerna då de raderades från datorn efter utförd transkribering. Informanternas tillåtelse till att spela in intervjuerna på band efterfrågades innan intervjuerna, både skriftligt och muntligt. Transkriberingar lästes enbart av författaren.

Vid intervjuer med sjuksköterskor som frivilligt valt att delta i en studie för en uppsats har studien inte behövt gå igenom någon etisk kommitté granskning. Uppsatsens handledare har sett intervjufrågorna i förväg och står som den yttersta ansvarig för intervjuens etiska godtagbarhet. Intervjuerna kan ha orsakat att informanterna kunnat känna sig kritiserade eller ifrågasatta. För att undvika sådana olägenheter har informanterna erhållit noggrann information kring deltagande samt information kring uppsatsens syfte. Kultur och ekonomiska skillnader länder emellan kan ha påverkat informanternas ställning till deltagande. Det kan ha orsakat en ojämn maktbalans där informanterna kan ha känt sig tvingade att vara till lags. Detta har vi försökt att undvika genom att återigen informera om uppsatsens syfte samt genom att inta av ett öppet förhållningssätt gentemot informanterna. Kontaktuppgifter har getts ut till informanterna för att kunna hantera eventuella efterkommande frågor och funderingar.

7 Metod

Metoden som har valts att användas för att analysera intervjuerna är kvalitativ innehållsanalys för denna studie (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

7.1 Tillvägagångssätt

Vi började på eget initiativ att söka kontakt med olika sjukhus och äldreboende i Bangkok via e-post föra att höra oss för om möjligheter att genomföra vår studie. Vi fick respons från två sjukhus och valde att göra våra intervjuer på Samitivej sjukhus i Bangkok då vi upplevde att de visade störst intresse för våra studier samt att vi upplevde att de skulle tillföra oss relevant data till våra studier. Sjukhuset är ett stort privat sjukhus i Bangkok. Sjukhuset som byggdes 1979 har 270 platser och olika inriktningar, allt ifrån plastikkirurgi till onkologiska kliniker. Sjukhuset har cirka 1200 anställda och är känt för sin utveckling och även ett välkänt

turistsjukhus med hög medicinsk teknologi (www.samitivej.th). Vi kontaktade sedan verksamhetschefen på sjukhuset via e-post och fick medgivande om att bedriva intervjuerna. Efter detta skickade vi åter ett e-postbrev till verksamhetschefen där vi förtydligade respektive sammanfattning och syfte med våra uppsatser (se bilaga 4). När vi fick bekräftat att det fortfarande fanns ett intresse på sjukhuset bad vi verksamhetschefen om en kontakt person som skolan kunde kontakta och som skulle hjälpa oss med urvalet. Intervjuerna bokades upp för att fortgå i 1 timme åt gången. När urvalet med de frivilliga deltagarna var färdigt skickade vi ut ett informationsbrev till deltagarna (se bilaga 2).

7.1.1 Datainsamling/urval

Vi har utgått ifrån ett ändamålsmässigt urval då vi redan hade en viss inblick i verksamheten där intervjuerna ägde rum men själva inte valde ut de sjuksköterskor som vi intervjuade. Urvalet gjordes av vår kontaktperson på sjukhuset tillsammans med verksamhetschefen. Urvalskriteriet till de första två intervjuerna grundades på att de skulle vara sjuksköterskor som var engelskspråkiga. Efter två intervjuer ville vi underlätta för informanterna och valde att använda tolk till den tredje intervjun. Efter att ha genomfört den tredje intervjun frågade vi verksamhetschefen om ytterligare en intervju för att få mer innehållsrikt resultat. Efter medgivande från verksamhetschef och deltagare genomfördes en fjärde intervju, även denna utfördes med tolk. Urvalet bestod totalt av 16 sjuksköterskor i olika åldrar mellan 26 och 50 år. En sjuksköterska var manlig och resten kvinnliga. Deltagarna var yrkesverksamma inom olika enheter och de flesta arbetade med äldre patienter dagligen. Alla deltagare var Thailändare.

Frågorna som ställdes under intervjuerna (se bilaga 3) var öppna semistrukturerade frågor utifrån en intervjuguide (Bryman, 2006). Intervjumetoden som användes i studien var semistrukturerade gruppintervjuer. Det innebär att ett specifikt ämne kommer behandlas med ett antal öppna frågor i en på förhand utvald grupp. Det finns för- och nackdelar med denna metod där en av fördelarna kan vara att gruppmedlemmarna inspirerar varandra och de vågar prata mer öppenlydigt. En av nackdelarna kan vara motsatsen, att gruppmedlemmarna hämmar varandra och då inte säger allt de kanske skulle ha gjort under en enskild intervju (Trost, 2005). Jag och två medstudenter deltog tillsammans under de fyra intervjuerna där var och en ställde sina frågor medan de andra två intog en passiv roll under tiden de andra ställde sina frågor. Vi sammanställde ett gemensamt frågeformulär som vi delade ut efter intervjuerna. Frågeformuläret bestod av frågor rörande ålder, nationalitet, utbildning kön och

korta frågor om smärtproblematiken i Thailand. Då intervjuerna var gjorda transkriberade var och en sin egen intervju för att sedan analysera svaren och kategorisera materialet i teman. Då respondenterna svarade på engelska har transkriberingen skett på engelska och sedan översatts till svenska.

7.1.2 Analysmetod

Innehållsanalys är utvecklad specifikt för att kunna hantera stora mängder data och används med fördel i vårdvetenskaplig forskning. Inom omvårdnadsforskningen kan kvalitativ innehållsanalys användas för att granska och tolka texter samt vid tolkning av inspelade intervjuer. Centrala begrepp som används vid denna analysmetod är analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori samt tema. Metoden kan genomföras på diverse nivåer vilket innebär att en viss grad av abstraktion och tolkning bör användas för att få ett begripligt och meningsfullt resultat (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Resultatet ska inte präglas av egna värderingar (Bryman, 2006).

Efter att intervjuerna var genomförda skedde transkriberingen där första steget var att ordagrant skriva ner allt som sades på engelska. Efter det översattes all transkribering till svenska och lästes igenom flertalet gånger för att få ett tydligt helhetsperspektiv i förhållande till uppsatsens syfte och frågeställningar. Nästa steg var att analysera insamlad data och redovisa meningsenheter, kondenserade meningsenheter, underkategorier och kategorier i en tabell (se bilaga 1). Av analysen framkom tre huvudteman vilka var *familjens roll ur ett sjuksköterskeperspektiv*, *sjuksköterskans samarbete med familjen samt familjens påverkan på patienten*. Ur texten togs meningsbärande enheter ur och de skrevs in under meningsenheter i tabellen (se bilaga 1). Efter det kortades meningarna ner till kondenserade meningsenheter för att det viktiga innehållet i datamaterialet skulle lyftas fram. Slutligen sattes två underteman in under de tre huvudteman där det behövdes ytterligare definiering och de var *frånvaro av familj* samt *sjuksköterskans stöd till familjen*. Resultatet av dataanalysen kommer att redovisas i löpande text där de teman som framkommit kommer att utgöra rubrikerna i texten nedan. För att stödja resultatet kommer citat från intervjuerna att användas kontinuerligt i resultatet. Exempel på dataanalysen redovisas som tabell i bilaga 1.

8 Resultat

Den färdiga dataanalysen resulterade i tre huvudteman som svarar på syftesfrågorna:

Familjens roll ur ett sjuksköterskeperspektiv i vårdandet av äldre i Thailand, Sjuksköterskan

samarbetar med familjer till äldre med i Thailand samt *Sjuksköterskor anser att familjen påverkar den äldre ur ett sjuksköterskeperspektiv*. Till de två första huvudtemanen, *Familjens roll ur ett sjuksköterskeperspektiv i vårdandet av äldre i Thailand*, *Sjuksköterskans samarbete med familjer till äldre i Thailand*, skapades ett undertema vardera vilka var *Frånvaro av familj ur ett sjuksköterskeperspektiv i Thailand* samt *Sjuksköterskor anser att de kan stödja familjen till äldre i Thailand*. Resultatet kommer att redovisas i löpande text under respektive tema innehållandes citat för att förtydliga och exemplifiera datan som framkommit under analysen.

8.1 Familjens roll ur ett sjuksköterskeperspektiv i vårdandet av äldre i Thailand

De sjuksköterskor som deltog i studien menade att familjen spelar en oerhört viktig roll i vårdandet av äldre med långvarig smärta. Den Thailändska kulturen innehåller stora familjer samt stora kontaktnät och då någon blir sjuk följer familjemedlemmar med till sjukhuset för att vårda sin anhöriga. Familjen hjälper sjuksköterskorna med omvårdnad samt massage och liknande. Sjuksköterskorna menade att det finns många äldre på sjukhuset och de är i behov av en närvarande familj. De behöver sin familj då de behöver hjälp med att gå, äta och övrigt funktionellt stöd. En av sjuksköterskorna var tydlig med att familjens roll är väsentligt mycket viktigare än deras roll som sjuksköterskor sett från den äldres sida. Ett annat fynd var att i den Thailändska kulturen kan familjen undanhålla patientens prognos och talar direkt med doktorn för att bestämma hur patienten ska behandlas utan att berätta det för patienten själv. En sjuksköterska uttryckte det på följande sätt: ” *Sometime in the culture of the Thai they don't want the patient to have to know condition or prognosis of the diseases and the family talk to the doctor by themselves and let the patient take the treatment but they don't tell the diseases or the prognosis of diseases.* ”

Beträffande ansvar tar familjen en stor del i patientens vård. De skall ta hand om allt, både den känslomässiga stötningen samt hjälpa till med den äldres dagliga liv. När den äldre inte längre kan leva självständigt blir denne helt beroende av sin familj och lägger sin tillit till att familjen tar hand om dem. Därför menade sjuksköterskorna att familjen spelar en oerhört stor roll. Familjen spelar även en stor roll i att få den äldre att slappna av. När den äldre känner att han/hon är i trygga händer, kan han/hon slappna av och känna sig lugnare än de skulle göra i någon utomstående händer. Eftersom thailändska äldre förväntas ha familj får det en viktig roll i den äldres världsbild, deras syn och förväntan på livet. De äldre kan lätt känna sig

ensamma när deras roll som familjeförsörjare och deras roll som förälder inte längre behövs som den gjort tidigare i familjen. Ensamheten de kan känna leder sedermera till nedstämdhet och depression. ”- *It's very important too spirituality because the elderly get lonely very easily and the Thai culture expects them to have family so when there are a lone they actual feel defeated and they feel depressed*”.

Det är vanligt att äldre Thaiändare har en stor tilltro till alternativa behandlingsmetoder och det är familjens roll att se till att de kan ta sig dit då de privata moderna sjukhusen har en begränsad tillgång till det. Familjens roll innefattar även att ta reda på information samt söka kunskap om de alternativa behandlingsmetoder som den äldre väljer att använda sig av.

8.1.1 Frånvaro av familj ur ett sjuksköterskeperspektiv i Thailand

Alla deltagande sjuksköterskorna var överens om att familjen i den Thaiändska kulturen spelar en stor roll och att det därmed är mycket ovanligt att en äldre kommer in till sjukhus och vistas där ensamma. Både religion och kultur har stor betydelse för att Thaiändare inte lämnar sin anhörige ensam på sjukhuset utan ser till att någon finns där för det mesta. Religion och kultur leder likaledes till att äldre visas stor respekt. Ibland kommer det in utländska patienter utan familj med sig och då tar de hand om sig själva vilket enligt sjuksköterskorna är mycket starkt av dem. I de få fall där en familjemedlem inte kan vara med och vårda sin äldre anställer de en vårdgivare eller en specialutbildad vårdare som tar hand om den äldre i deras ställe. När den äldre blir vårdad av någon ny person som denne inte är bekant med så har den äldre svårt för att lita på den personen och vara avslappnad i dennes sällskap. Den äldre kan i vissa fall uppvisa ett aggressivt beteende. En sjuksköterska uttryckte följande:

“- I have seen a case when two patients had the same operation and one patient was attended to by direct family, they were in the hospital for two days and were quickly released home. The other patient who had that operation was cared for by a manager from their company and stayed in the hospital for like five to six days.”

Sjuksköterskorna nämnde att när den äldre saknar stöd från familjen känner de sig inte glada och nöjda och de ber ofta om smärtlindrande mediciner. Det upplevde sjuksköterskorna vara ett stort problem för dem då de inte vet om det är verklig smärta eller existentiell smärta. När det är familjen som vårdar visar de ett engagemang där de söker ny kunskap och alternativa behandlingar, försöker förstå symtom och åtgärder men det engagemangen uteblir då det är en inhyrd vårdgivare. De kommer in i patientens liv utan att veta något om dennes historia vilket gör att de får svårt att förstå varför patienten agerar som den gör. Frånvaro av familjen skapar

en känsla av övergivenhet hos den äldre vilket gör att de lättare ger upp och slutar kämpa för att bli bättre. I det allt modernare Thailändska samhället skapas det ibland stora geografiska avstånd mellan familjemedlemmar. Det kan leda till en ökad grad av inhyrda vårdgivare som tar den tidigare familjestrukturens roll. Sjuksköterskorna menade att det är viktigt för den äldre att det är familjen som vårdar för att de ska kunna känna sig bekväma. När dock den äldre lär känna vårdgivaren ordentligt minskar betydelsen. När de har lärt känna igen rösten och vant sig vid den personen så minskar betydelsen om att det inte är den närmaste familjen som vårdar.

8.2 Sjuksköterskan samarbetar med familjer till äldre i Thailand.

Samarbetet med familjen är av yttersta vikt för om familjen har förståelse och kunskap kan de sedermera hjälpa den äldre på ett mer effektivt sätt. Samarbetet mellan sjuksköterskorna och familjen är en förutsättning för att vården av den äldre ska bli tillfredställande. Innan behandling och vård sätts in kallar läkaren till ett möte med familjen där de planerar och diskuterar den fortsatta vården alternativt om vården ska upphöra. Ett återkommande tema som återkom ofta under intervjuerna var sjuksköterskans arbete med att lära upp familjen för att de ska kunna agera vårdgivare. ”- *When the patient needs to continue any treatment at home like feeding and after a operation they need to continued the physical therapy at home. We teach the family how to take care of the patient.*”

På de allmänna sjukhusen samarbetar sjuksköterskorna i högre grad i patienternas hem vilket skapar ett djupare engagemang eftersom de sjuksköterskorna kommer patienterna närmare in på livet. De får ett ökat intresse för att på ett djupare plan förstå sjukdomen eller skadans uppkomst och kan därmed ge en bättre behandling. Det kan uppstå problem med samarbetet när det kommer utländska medborgare till sjukhuset eftersom sjukhuset har som policy att samarbeta med familjen. Om patienten inte vill det på grund av en annan kultur som inte är lika öppen utåt uppstår en konflikt. På grund av språkbarriärer anlitas en tolk som förtydligar att sjukhuset måste informera familjen om att patienten ska ta emot vård där även om de kan inte kräva av patienten att ta dit sin familj.

8.2.1 Sjuksköterskor anser att de kan stödja familjen till äldre i Thailand

Det är bättre för patienten med familjen som vårdgivare enligt sjuksköterskorna då patienterna är mer bekväma och avslappnade i deras sällskap. Därför är det av yttersta vikt att sjuksköterskorna stödjer familjen så att de kan ta hand sin sjuka anhöriga på bästa möjliga vis.

Det framkom under intervjuerna att sjuksköterskorna ringer hem till den äldre och dennes familj inom en vecka sedan de blev utskrivna för att höra hur det går, om de har några frågor och funderingar eller om de behöver ytterligare hjälp eller stöd. Finns det särskilda behov har sjukhuset som policy att ringa inom 24 timmar samt hembesök. Inför hemgång kommer sjuksköterskorna att göra ett hembesök, vid behov, för att eventuellt hjälpa familjen med att göra i ordning ett rum på undervåningen om det finns trappor i huset. Sjuksköterskorna kan även stödja familjen i form av utbildning om hälsa och hur de ska kunna ta hand om sin äldre familjemedlem på bästa tänkbara sätt.

Det finns en stor skillnad mellan de privata sjukhusen och de allmänna sjukhusen. I de allmänna sjukhusen har familjen ett ännu större behov av stöd då de tar en större roll för den äldre med långvarig smärta. Sjuksköterskorna upplevde att det kunde vara påfrestande för dem att vara det stödet då det var vanligt förekommande att resten av familjemedlemmarna också ville ha stöd och någon att prata med. Familjen kan behöva stöd efter en stressig dag på arbetet eller med några av deras privata problem. Familjen behöver även känslomässigt stöd i sitt eget känslöarbete i sorgen över att se sin anhöriga bli sjuk eller vara på väg att avlida. En annan utmaning för sjuksköterskorna är då de måste informera och behandla alla familjemedlemmar lika i de fall då familjen inte är överens om vilken behandlingsmetod som är att föredra. ”Stöd” enligt sjuksköterskorna betyder att familjen har en stöttande funktion och att de uppmuntrar till förbättring och rehabilitering. Det viktigaste stödet familjen kan ge den äldre är ekonomiskt stöd.

8.3 Sjuksköterskor anser att familjen påverkar den äldre

De äldre som har sina anhöriga med sig till sjukhuset har kortare vårdtid och mindre återbesök. De som inte har familjen med sig tenderar till att ha en övertro till mediciner enligt sjuksköterskorna. Anhöriga ger stöd åt den äldre under sjukhusvistelsen genom att vara ett känslomässigt stöd. Det kan räcka med att de sitter bredvid sjukhussängen och håller den äldre i handen när denne har ont eller prata med dem för att hålla dem sällskap.

Sjuksköterskorna menade att det som till stor del får patienten att må bättre är att någon som de tycker mycket om är där med dem under sjukhusvistelsen. ”-*The family it's the most important, they feel most comfortable to be with the family.*”

Den äldre blir mer förstådd av sin familj än de blir av en vårdgivare då de har varit med om mycket tillsammans och har en gemensam historia med liknande erfarenheter och värderingar. Enligt sjuksköterskorna var det bara när familjen vårdar, som de äldre kan känna sig helt

bekväma och avslappnade. Då får de ett mer effektivt smärtlindrande. När den äldre inte längre kan klara sig själv i det dagliga livet på grund av sjukdom eller fall kan familjen bistå med motivation och hjälp till att träna upp den fysiska förmågan igen. Om det inte är möjligt kan de hjälpa den äldre med matning och att ändra lägespositioner. En sjuksköterska påpekade att det är oerhört viktigt att familjen förstår och är medvetna om den äldres situation för om förståelsen brister minskar den äldres livskvalitet. Då det är familjen som tar hand om de äldre måste de veta hur de ska agera när den äldre får ont eller har svårt att röra sig för att inte patientens livskvalitet ska minska.

Familjen har stor makt i val av behandling och vård av den äldre. Om de äldres familj har en stor tro eller tilltro till någon specifik alternativ behandling eller metod kan det i vissa fall leda till att patienten inte får ingrepp och behandlingar som denne kan behöva eller själv vill ha. I många familjer är det den närmaste familjen, vanligtvis den äldres barn, som har störst påverkan på beslut om vård av den äldre. I en del familjer har fortfarande den äldre kvar sin ledarroll vilket innebär att resten av familjen måste lyda och respektera besluten som den äldre tar. Det kan leda till konflikter om inte familjen och den äldre är överens.

9 Diskussion

9.1 Metoddiskussion

Metoden som användes i den här uppsatsen för datainsamling var semistrukturerade gruppintervjuer (Bryman, 2006). Det utfördes sammanlagt fyra intervjuer som var mellan en och en och en halv timme långa. Samtliga sjuksköterskor som deltog hade i förhand fått ta del av frågorna vilket kan ha gynnat mer utförliga svar då de fått en chans till reflektion innan själva intervjutillfället. De två första intervjugrupperna bestod av mellan fem och sex deltagare medan de följande två tillfällena bestod av tre sjuksköterskor. Under alla intervjuer medverkade alla tre studenter, dock med en passiv roll när inte ens egna frågor ställdes. Vid varje intervjutillfälle var det nya sjuksköterskor som medverkade som vi alla tre intervjuade i turordning. Vi turades om med turordningen så att alla tre skulle få chansen att börja och avsluta intervjuerna.

Det kan ha påverkat resultatet då sjuksköterskorna tenderade att prata mer under de första intervjuerna och något mindre under den sista vilket innebär att den som var sist i turordningen fick något kortare svar på sina frågor, något tunnare data. Det kan också ha påverkat resultatet att intervjugruppen hörde alla tre studenters frågor vilket kan ha lett dem in på andra spår och styrt resultatet. En nackdel med semistrukturerade frågorna kan vara att

informanterna kan ha känt att de var tvungna att hålla sig till frågorna och inte kunde tala fritt om det som de kan ha velat prata mer om. Ytterligare en negativ aspekt på att intervjugruppen var att alla informanter tog del av samtliga frågor, vilket innebar att vissa svar kunde likna varandra i de olika intervjuerna. I sådant fall kunde informanterna känna att de upprepade svar när det var nästa persons tur att ställa frågor med följd att svaren kan ha begränsats.

De första två intervjuerna utfördes med sjuksköterskor vars urval baserades på deras engelskkunskaper vilket innebar att sjuksköterskorna inte valdes efter kompetens eller erfarenheter. Det visade sig dock att alla sjuksköterskorna hade mångårig erfarenhet och en del av dem hade utökade ansvarsområden. Efter de första två intervjuerna insåg vi att språkbarriärerna var för stora för att vi skulle få tillräckligt användbar och djupgående data. De sjuksköterskor som pratade bäst engelska tenderade till att ta mer plats medan de andra i vissa fall höll med och blev mer passiva. Intervjugruppen under de första två intervjuerna var större vilket resulterade i att vissa deltagare inte kom fram lika mycket som andra vilket kan ha påverkat resultatet då de kan ha haft mycket att säga men inte kunde förmedla det. På en del frågor tolkade de sjuksköterskorna som kunde bäst engelska åt några av dem som hade svårt att förmedla sina egna svar vilket också kunde påverka svaren. Sjuksköterskorna uppfattade vissa av frågorna som lika varandra på grund av språkbarriärerna varpå en del svar kom att upprepas. De följande två intervjuerna skedde med hjälp av tolk varpå urvalet inte längre behövde baseras på deltagarnas engelskkunskaper. Under de här två tillfällena deltog endast tre sjuksköterskor vilket gav dem en chans till att svara mer djupgående då varje person fick mer tid. Att använda sig av tolk tar mer tid vilket resulterade i att dessa intervjuer tog längre tid att genomföra varpå det var positivt att endast tre sjuksköterskor närvarade. Det negativa med tidspressen var att intervjun fick kortas ned en aning så att alla tre studenter skulle få lika mycket tid. En annan positiv aspekt med att använda tolk var hennes förförståelse om den Thailändska intervjukulturen. Den kan innebära att de svarar runt frågan istället för direkt på frågan varpå tolken kunde gå in och be dem precisera sina svar bättre. Gruppmedlemmarna fick stort förtroende för tolken och kände sig bekväma med henne vilket var positivt.

9.1.1 Resultatdiskussion

I Thailand kommer en allt större andel av befolkningen att bli allt äldre, precis som i västvärlden. Det ställer ökade krav på samhället, på sjukvårdssystemet och på familjerna. Behovet av omvårdnad och ytterligare kunskap kommer därmed att öka varpå det är viktigt att utforska detta vidare. I föreliggande studie har familjens roll i vårdandet av äldre med

multisjuklighet i det Thailändska samhället studerats. Ur resultatet framkom att familjen spelar en stor roll och har en stor betydelse samt tar ett stort ansvar för vården av äldre. Familjen tar ett praktiskt, känslomässigt och finansiellt ansvar för den äldre. Kultur och religion är viktiga anledningar till att familjen respekteras och värderas högt.

Sjuksköterskornas roll innefattar stöd till hela familjen och där de arbetar tillsammans med familjen för att lära dem hur de ska vårda och rehabilitera den äldre under sjukhustiden samt i hemmet. Resultatet visade även på att familjen har en positiv påverkan på den äldre då den är närvarande i form av kortare vårdtider, lugnande och tryggande funktion samt högre livskvalitet. En frånvarande familj har en negativ påverkan på den äldre vilket leder till längre vårdtider och en lägre livskvalitet. Om familjen är frånvarande anlitar familjen en vårdgivare i deras ställe. Frånvaro av familj på sjukhuset är ovanligt men vanligare bland utlänningar.

Familjen spelar en stor roll i vårdandet av äldre med långvarig smärta i Thailand. Kultur och religion är viktiga faktorer till att familjen respekteras och värderas högt. Familjen har stort ansvar för den äldre, både när det gäller känslomässigt stöd och praktiskt stöd i det vardagliga livet samt finansiellt stöd. Familjens ansvar innefattar även att se till att den äldre kommer till behandlingar samt att efterforska och ta reda på alternativa behandlingar. Sjuksköterskornas roll är att informera och stödja hela familjen men en utmaning kan vara då familjens medlemmar inte är överens om vad som är den bästa vården. Sjuksköterskorna arbetar tillsammans med familjen då de lär dem hur de ska vårda och rehabilitera den äldre under sjukhustiden samt i hemmet. Sjuksköterskorna har en stödjande funktion där familjen kan ringa till sjuksköterskorna med undringar och frågor samt att sjuksköterskorna även ringer upp familjen för att höra hur det går och om de kan göra något ytterligare för dem. Familjen har en positiv påverkan på den äldre när familjen är närvarande i form av kortare vårdtider, lugnande och tryggande funktion samt högre livskvalitet men negativ påverkan då familjen är frånvarande vilket leder till längre vårdtider och en lägre livskvalitet hos den äldre. Frånvaro av familj är dock ovanligt men om detta sker anlitar familjen en vårdgivare i deras ställe. Frånvaro av familj på sjukhuset är vanligare bland utlänningar.

9.1.2 Familjens roll

Laubunjong, Phlainoi, Graisurapong, och Kongsuriyanavin (2008) studie visar att familjen spelar en stor roll i vårdandet av äldre i Thailand. De förtydligar att äldre utan familj i Thailand är i stort behov av kvalitativ vård då de är en utsatt grupp utan familjens stöd. Den allmänna vården bör utvecklas och förbättras då familjen idag inte kan ta hand om den äldre

som tidigare. Litteraturgenomgången visar på att Thailand har ett mycket begränsat antal vårdplatser i form av vårdboenden (Knodel & Chayovan, 2009). Detta trots ett ökande behov då kvinnor som har den största rollen i vårdandet idag studerar och arbetar i högre utsträckning än tidigare.

Resultatet visar att familjen är närvarande under sjukhustiden och spelar en betydande roll då den äldre vårdats färdigt på sjukhuset och återkommer till hemmet. Travelbee menar att kommunikationen är av yttersta vikt för en individanpassad och individuell vård (Kirkevold, 2000). Eftersom familjen spelar en stor roll i vårdandet av äldre med långvarig smärta blir sjuksköterskans kommunikation med familjen viktig. Då det är familjen som utför den största delen av omvårdnaden kan det förekomma en generalisering av omvårdnaden av de äldre då det inte är sjuksköterskorna som utför omvårdnaden. Familjen förhåller sig partisk till vårdandet av sin anhöriga. Enligt Travelbee måste sjuksköterskan se igenom de förutfattade stereotypa rollbilderna, för att kunna möta, hantera och se var den äldre befinner sig (Kirkevold, 2000).

9.1.3 Familjens påverkan på den äldre

Litteraturgenomgången visar att ensamhet och isolering påverkar multisjuklighet negativt och leder till en lägre upplevd livskvalitet. Ensamhet och isolerings påverkan på äldre är ett fenomen som är utforskat mest i västvärlden. Enligt Travelbee innebär lidande en själslig, emotionell samt fysisk smärta som kan uppstå genom förlust, minskat egenvärde eller sjukdom (Kirkevold, 2000). Sjuksköterskorna i studien visade på att de äldre kunde uppleva en känsla av ensamhet då deras roll som familjeförsörjare och familjens överhuvud minskade eller uteblev, som kan förstås i termer av Travelbees känsla av förlust och minskat egenvärde (Kirkevold, 2000).

Det är känt att äldre upplever en känsla av förlust på grund av deras multisjuklighet. En frånvarande familj kan också orsaka en känsla av avsaknad. En närvarande familj kan dock påverka den äldre till att känna bekvämlighet och trygghet. Detta leder sedermera till kortare vårdtider samt en bättre omvårdnad av den äldre. Ytterligare ett fynd från föreliggande studie är att familjen har en stor positiv påverkan på den äldres vård. De känner sig mer bekväma och trygga med familjen som vårdgivare. Laubunjong et al (2008) anser också att familjen är den bästa vårdgivaren men menar att ett komplement från kommunen behövs. Detta på grund av familjens allt mindre tid att vårda men för att undvika att familjen slutar vårda helt utan istället får stöd från kommunen. Enligt Travelbee kan familjen genom ett empatiskt förhållningssätt få en ökad förståelse och ett ökat engagemang för vården av den äldre. Detta

kan främja patientens självständighet (Kirkevold, 2000). Detta styrks av resultatet som visade att familjen var de som hade mest förståelse samt engagemang för den äldres vård och välmående. Interaktion och medkänsla bör vara grunden för att båda parter ska uppnå förståelse för varandra på en högre nivå än relationen patient- sjuksköterska enligt Travelbee (Kirkevold, 2000). När det är familjen som vårdar har familjen och den äldre redan en interaktion och en medkänsla för varandra sedan tidigare och som det blir svårt för sjuksköterskan att uppnå på likvärdigt sett.

9.1.4 Samarbete

Sjuksköterskorna och familjen har ett nära samarbete i vården av den äldre med multisjuklighet. Familjen får en stor roll i omvårdnaden och sjuksköterskorna får en roll i att träna och lära upp familjen hur de ska sköta om den äldre på bästa möjliga sätt. Travelbees teori innebär att sjuksköterskan bör ge en individcentrerad omvårdnad och inte generalisera patienten efter diagnos eller rutinmässiga arbetsuppgifter (Kirkevold, 2000).

Sjuksköterskorna i studien kan ha mer rutinmässiga arbetsuppgifter då de inte har den främsta rollen i omvårdnadsarbetet med patienter vilket annars kan skapa en närmare relation. Det kan då finnas en ökad risk för generalisering och ett rutinmässigt sätt i att lära ut omvårdnad och rehabilitering. Travelbees omvårdnadsteori betonar individens erfarenheter och upplevelser samt det unika hos människan grundat på dennes unika erfarenheter (Kirkevold, 2000).

Resultatet visade på att sjuksköterskorna ansåg att familjen är de bästa vårdgivarna eftersom de har en gemensam historia och liknande värderingar vilket får stöd i Travelbees teori. Familjen känner den äldre bäst och känner till dennes unika erfarenheter och upplevelser från ett tidigare liv. Trots det menar Laubunjong et al (2008) att det krävs ett ökat samarbete mellan sjuksköterskor och den vårdande familjen. Författarna förtydligar att det är när den äldre får svårt att röra sig som denne är i stort behov av hjälp för att klara det dagliga livet. Travelbee menar att genom att uppnå en ömsesidig vårdrelation med familjen kan den äldres behov lättare tillgodoses och lidandet minskas. Vidare menar hon att det är i sympatifasen som drivkraften finns att vilja vårda (Kirkevold, 2000). Här kan en konflikt uppstå i familjens vilja att vårda och samhällets förändring som försvårar för familjen som vårdgivare vilket litteraturgenomgången visade.

10 Konklusion

Resultatet visar på att familjen spelar en stor roll i vårdandet av äldre med multisjuklighet i Thailand. Familjen har stort ansvar för den äldre, både när det gäller känslomässigt stöd och praktiskt stöd i det vardagliga livet samt finansiellt stöd. Sjuksköterskorna arbetar tillsammans med familjen då de lär dem hur de ska vårda och rehabilitera den äldre under sjukhustiden samt i hemmet. Familjen har en positiv påverkan på den äldre när familjen är närvarande i form av kortare vårdtider, lugnande och tryggande funktion samt högre livskvalitet men negativ påverkan då familjen är frånvarande vilket leder till längre vårdtider och en lägre livskvalitet hos den äldre. Frånvaro av familj är dock ovanligt men om detta sker anlitar familjen en vårdgivare i deras ställe.

11 Betydelse för vårdandet

Resultatet visar att familjen påverkar den äldre till att känna bekvämlighet och trygghet vilket leder till kortare vårdtider och en bättre vård. Familjen är den bästa vårdgivaren men får allt svårare att vårda då samhället är under förändring. I västvärlden har vi ett utvecklat sjukvårdssystem men bör ta lärdom av den Thailändska vårdkulturen där sjuksköterskorna har ett nära samarbete med familjen för en bättre vård av den äldre. Förslag till framtida forskning kan vara att utforska hur den svenska sjukvården kan hjälpa anhöriga att bli mer delaktiga i sin äldre anhörigas vård.

Referensförteckning

- Afrell, M., Biguet, G., & Rudebeck, C.E. (2007). Living with a body in pain – between acceptance and denial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 21, 291-296.
- Allcock, N., McGarry, J., & Elkan, R (2002). Management of pain in older people within the nursing home: a preliminary study. *Health and Social Care in the Community*. 10, 464-471.
- Austrian, Kerns, Carrington Reid, (2005). Perceived barriers to trying self-management approaches for chronic pain in older persons. *American Geriatrics Society*. 53, 856-861.
- Blomqvist, K & Edberg, AK (2002). Living with persistent pain, experiences of older people receiving home care. *Journal of Advanced Nursing*. 40, 297-306.
- Blomqvist, K,(2003). Older people in persistent pain: nursing and paramedical staff perception and pain management. *Journal of Advanced Nursing*. 41, 575-584.
- Blomqvist, K. and Hallberg, IR (2002). Managing pain in older persons who receive home-help for their daily living. Perceptions by older persons and care providers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16: 319–328.
- Borglin G., Jakobsson, U., Edberg, A-K., & Rahm-Hallberg, I-L. (2006). Older people in sweden with various degrees of present quality of life: their health, social support, everyday activities and sense of coherence. *Journal Compilation*. 14, 136-146.
- Bruckenthal, P., Reid & Reisner, L., (2009). Special issues in the management of chronic pain in older adults. *The American Academy of Pain Medicine*. 10, 67-78.
- Bryman, A., (2006). *Samhällsvetenskapliga metoder* Malmö: Liber
- Chiou, A, F., Lin, H, Y & Huang, H, Y (2009). Disability and pain management methods of Taiwanese arthritic older patients. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 2206-2216.
- Choowattanapakorn, T (1999). The social situation in Thailand: The impact of elderly people. *International Journal of Nursing Practice* 5, 95-99.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, S-L., Kovess, V., Angermeyer, M., Levinson, D., Girolamo, G., Nakane H., Mneimneh, Z., Lara C., de Graaf, R., Scott, K-M., Gureje, O., Stein, D Haro, J-M., Bromet, E., Kessler R, Alonso, J Michael Von Korff, M. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain. *The World Mental Health surveys*. 129, 332-342.
- Gianni, G., Ceci, M., Bustacchini, S., Corsonello, A., Abbatecola, A., Brancati, A., Assisi, A Scuteri, A., Cipriani, L., Lattanzio, F. (2009). Opioids for the Treatment of Chronic non-cancer pain in older people. *Drugs Ageing*. 26, 63-73.
- Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (2008). *Tillämpad Kvalitativ Forskning inom Hälso- sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Gray, R., Rukumnuaykit, P., Kittisuksathit, S & Thongthai, V. (2008). Inner happiness among Thai elderly. *J Cross Cult Gerontol* 23, 211–224.
- Gudmundsdottir, G-D & Halldorsdottir, S (2008). Primary of existential pain and suffering in residents in chronic pain in nursing homes: A phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 23, 317-327.
- Haergerstam, G. (2007). *Smärta hos äldre*. Lund: Studentlitteratur.
- Herk , R., Dijk, M., Biemold, N., Tibboel, D., Baar, F & Wit, R (2008). Assessment of pain: can caregiver or relatives rate pain in nursing home residents? *Journal of Clinical Nursing*. 18, 2478-2485.
- Hicks, T, J (2000). Ethical implications of pain management in a nursing home: A discussion. *Nursing Ethics*. 7, 392-398.
- Higgins, I, Madjar, I., & Walton, J.A. (2004). Chronic pain in elderly nursing home residents: the need for nursing leadership. *Journal of Nursing Management*. 12, 167-173.
- Jakobsson, U., Rahm-Hallberg, I., & Westergren, A. (2004). Overall and health related quality

- of among the oldest old in pain. *Quality of Life Research*. 13, 125-136.
- Jakobsson, U. (2009). Psychometric testing of the brief screening version of multidimensional pain inventory (swedish version). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 23, 171-179.
- Keefe, B & Enguidanos, S (2008). Integrating social workers into primary care: Physician and nurseperceptions of roles, benefits and challenges. *Social Work in Health Care*. 48, 579-596.
- Kespichayawattana, J & Jitapunkul, S (2009). Health and Health Care System for Older Persons. *Ageing Int*. 33, 28-49.
- Kirkevold, K. (2000). *Omvårdnadsteorier*. Lund: Studentlitteratur
- Knodel, J & Chayovan, N (2009). Intergenerational Relationships and Family Care and Support for Thai Elderly. *Ageing Int*. 33,15-27.
- Laubunjong, C., Phlainoi, N., Graisurapong, S., Kongsuriyanavin, W. (2008). The pattern of caregiving to the elderly by their families in rural communities of Suratthani Province. *ABAC Journal*. 28, 64-74.
- Linton, S. J. (2005). *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- McCarthy, L., Bigal, M., Katz, M., Derby, C., & Lipton, R. (2009). Chronic pain and obesity in elderly people: Results from the einstein aging study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 57, 115-119.
- Meeks, T., Dunn, L., Kim, D., Golshan, S., Sewell, D., Atkinson, J., & Lebowitz., B. (2007). Chronic pain and depression among geriatric psychiatry inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 23, 637-642.
- Nilmanat, K., Chailungka, P., Phungrassami, T., Promnoi, C., Tulathamkit, K., Noo-urai, P., Phattaranavig, S. (2010). Living with suffering as voiced by Thai patients with terminal advanced cancer. *International Journal of Palliative nursing*. 16, 393-399.
- Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). (2003). *Evidensbaserad äldreomsorg – En inventering av det vetenskapliga underlaget*. ISBN: 91-87890-83-6, Stockholm: SBU.
- Roberto, K.A., Perkins, S.N., & Holland, A.K. (2007). Research on persistent pain in late life: Current topics and challenges. *Journal of Women & Aging*. 19(3/4), 5-20.
- Takai, Y & Uchida, Y (2009). Frequency and type of chronic pain care approaches used for elderly residents in Japan and the factors influencing these approaches. *Japan Journal of Nursing Science*. 6, 111-122.
- Trost, J, (2005). *Kvalitativa Intervjuer*. Lund: studentlitteratur
- Tsai, Y-F., Chu, T-L., Lai, Y-H., & Chen, W-J (2008). Pain experiences , control beliefs and coping strategies in Chinese elders with osteoarthritis. *Journal of Clinical Nursing* 17, 2596-2603.
- Vithayachockitikhu, N. (2006). Family caregiving of persons living with HIV/AIDS in Thailand: Caregiving burden, an outcome measure. *International Journal of Nursing Practice*.12, 123-128.
- World Health Organization (2008). Sources and methodologies used in estimates for the country. *Thailand - National Expenditure on Health*. Hämtad mars 25, 2011 från <http://www.who.int/nha/glossary>.
- World Health Organization (2006). WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. Hämtad april 1, 2011 från <http://www.biomedcentral.com/1471/2458/6/177>.
- www.samitivej.th
- Won, A., Lapane, K., Vallow, Scheim, J., Morris, J., Lipsitz, L(2004). Persistent nonmalignant pain and analgesic prescribing patterns in elderly nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*. 52, 867-874

Bilaga 1

Meningsenheter	Kondenserade meningsenheter	Underkategorier	Kategorier
<p>Eftersom de lider av långvarig smärta är det svårt för dem att förflytta sig för att kunna ta emot alternativ vård, vetenskaplig vård, de behöver hjälp med att komma dit så familjen måste vara överens med alternativen som den äldre valt. Därför är det väldigt viktigt att ha familj och anhöriga som förstår dig. [...] De utan familj ber om mediciner hela tiden. De kan inte vila, de kan inte sova, de är nedstämda. Det är väldigt svårt för oss eftersom vi inte vet om det är verklig smärta eller om den är påhittad.</p>	<p>Familjen har stor betydelse och måste vara överens. Utan familj blir den äldre nedstämd.</p>	<p>Frånvaro av familj.</p>	<p>Familjens roll ur ett sjuksköterskeperspektiv.</p>
<p>I de fall när det finns någon där hemma som kan ge uppmärksamhet och vård, vi tränar den personen oavsett om det handlar om badning, hur man förflyttar en arm med smärta så tränar vi vårdgivaren. [...] Om patienten klagat eller har ont så måste de kunna lindra det när de är hemma eller i det dagliga livet. Utan den förståelsen kommer patienten livskvalitet att sjunka.</p>	<p>Sjuksköterskorna tränar vårdgivaren hemma. Stöd från sjuksköterskorna för att inte patientens livskvalitet ska sjunka.</p>	<p>Sjuksköterskans stöd till familjen.</p>	<p>Sjuksköterskans samarbete med familjen.</p>

Jag ser skillnader i humöret hos patienten för om det är nära familj så är de mycket gladare och bekvämare än de är med en vårdgivare. [...] Om de inte kommer överens och kemin inte är så bra behöver de foga sig till varandra.	Gladare och bekvämare med familjen	Underkasta sig vårdgivare.	Familjens påverkan på patienten.
--	------------------------------------	----------------------------	----------------------------------

Bilaga 2

Information regarding the Minor Field Study

Dear participant

We thank you for your time and wanting to participate in our Study. Your knowledge and opinions are very useful for us.

In this paper we want to give you some information about the upcoming interviews. The information that we will gather is confidential and your participation can not be identified which makes you anonymous.

We are three students in this project and have three different thesis's that we will be interviewing you about. One of us will lead each interview but all of us will be in the room. You will be able to read the studies when they are done since they will be published in Minor Field Studies Database. We can also send them to you if you wish so.

We wonder if you will agree to tape the interviews with a tape recorder but we of course we will respect it if you say no to this.

Our warmest regards

Susanna Czerwinska, Lisa Svensson and Viktoria Nehl

Bilaga 3

1. Tell me about the role that the elderly patients families have in the care of this group of patients?
2. How do you think that the family influences the care for the elderly patients suffering from chronic pain?
3. How do you think that the family influences the elderly persons struggle through daily life?
4. In what ways do the family members affect the quality of life towards the elderly patients suffering from chronic pain?
5. Can you tell me about a case with a elderly patient where the family played an important role in this persons care?
6. Can you tell me about a case with an elderly patient who had no support from the family and how that affected the patient and the care?
7. What happens when a patient does not have family support?
8. If we say the family can provide support for these patients, what does the word “support” mean for you?
9. What is the responsibility of the family here in Thailand for supporting the patient and playing a role in the care of these patients?
10. Can you give an example of how you work together with the family in the care of these patients? Can you give a specific example that was good and one that was less good?

Bilaga 4

Introduction:

Since we have experience from nursing in Sweden we feel it's important to develop our views in a development country such as Thailand. Our hopes and our beliefs are to contribute with important knowledge and help nurses in Sweden to have an open and flexible mind in order to care for elderly patients. Our goal is also to contribute to an increasing interest and understanding for health care staff about the caring for elderly in Thailand and also further research in this area.

Background:

Since many elderly today is suffering from persistent pain it affects the patients quality of life negatively. Previous research has found that is a global problem worldwide and that there is a lack of knowledge and education about the subject from a nurse perspective and how the nurses are dealing with the problem. There is a need of further education and development in nursing elderly with persistent pain.

Aim:

The aim of this study is to explore the family's role towards elderly patients suffering from persistent pain in Thailand.

Method:

Qualitative method based on group interviews with nurses in Primary care and other health areas.

Bilaga 5.

Questionnaire.

Age.....

Gender.....

Nationality

City/village.....

Length of education/ specialize?

For how long have you been working?.....

What methods/screenings do you use to measure pain in the elderly?

.....
.....

What do you consider to be the most common cause of chronic pain?

.....

Do you work with elderly persons with chronic pain daily in your job?

.....