

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2009:31

Intuberade patienters upplevelser av intensivvård.
Om kampen mellan de överkligt onda och de verkligt goda.

Claes Abrahamsson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Intuberade patienters upplevelser av intensivvård.
Om kampen mellan de överkligt onda och de verkligt goda.

Författare: Claes Abrahamsson

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Intensivvårdssjuksköterskeutbildningen

Handledare: Anders Jonsson

Examinator: Eva Persson

Sammanfattning

Patienter som behandlas på en intensivvård möts av en miljö med teknisk utrustning, där slangar och sladdar är kopplade till olika övervaknings monitorer. Patienter som inte förmår upprätthålla en adekvat syresättning i vävnaden förses med en endotrakealtub som ansluts till en mekanisk ventilator. För att acceptera endotrakealtuben och behandling får patienterna sedering och analgetika. På intensivvården är personaltätheten hög och patienten lämnas sällan på rummet ensam och sjuksköterskan har en central roll i behandlingen och omvårdnaden. **Syftet:** Syftet med denna studie är att beskriva intuberade patienters upplevelser av intensivvård. **Metoden:** Litteraturöversikt där 11 artiklar ingår och en kvalitativ innehållsanalys metod har använts. **Resultat:** Resultatet visar att patienterna upplever överkliga drömmar, mardrömmar och hallucinationer som obehagliga och skrämmande. De har svårt att urskilja vad som är verkligt och överkligt, flera olika faktorer påverkar upplevelserna av överklighet. Den teknologiska miljön runt patient, sjuksköterskans attityder och bemötande och omvårdnadssituationer triggat dessa överkliga upplevelser. Larm och oljud som stör, slangar och sladdar som gör det obekvämt och lampor som bländar. Patienterna beskriver sjuksköterskan ibland som bekväm, lat och kan förorsaka deras överkliga upplevelser. Att vara intuberad medför ett stort hinder för kommunikationen och närvaron av endotrakealtuben anser patienterna som den största anledningen till att kommunikationen upplevs både frustrerande och ångestfylld. Anhöriga har en stor och viktig betydelse under tiden på IVA. Anhöriga upplevs som verkligheten och kontakt med livet utanför IVA. Anhöriga får patienten att känna sig trygga och en anledning att kämpa vidare. Sjuksköterskan upplevs också av patienterna som den som ingjuter säkerhet, trygghet och ett ökat välbefinnande. **Diskussion:** En vårdrelation som bygger på ett ömsesidigt förhållande mellan sjuksköterska och patient minskar vårdlidandet och skapar en förutsättning för att patientens upplevelse av IVA förblir en verklighet under hela vårdtiden.

Nyckelord: *Överkliga upplevelser, patient, intuberad, mekanisk ventilation, intensivvård, anhöriga, sjuksköterska.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Intensivvård	2
Mekanisk ventilation	2
Sedering	3
Minnen och upplevelser av intensivvård	4
Subjektiv kropp	5
Vårdrelation	5
Anhörigas roll	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
Datainsamling och urval	8
Dataanalys	10
RESULTAT	11
De onda	11
Overkliga upplevelser	11
Att inte kunna göra sig förstådd	13
Upplevelserna i samband med sugning i endotrakealtuben	14
Sjuksköterskornas attityder	14
Att befinna sig i en ogästvänlig miljö	15
De goda	16
Anhörigas betydelse	16
Att bli bekräftad av sjuksköterskan	16
Att återta kontrollen	17
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	19
Kliniska implikationer	22
Slutsatser	22
REFERENSER	24
BILAGA 1.	
BILAGA 2.	

INLEDNING

Jobba på intensivvårdsavdelning innebär att jobba på en avdelning där det ibland krävs snabba beslut och att arbeta med teknisk utrustning. Undersökningsmetoder och behandling där avancerade apparater och övervaknings monitorer används för att följa patientens hälsotillstånd. Till intensivvården kommer patienter som drabbas av svåra patologiska tillstånd, olyckor, trauman och andra allvarliga tillstånd då patientens vitala funktioner hotas eller sviktar. Patienternas vitala parametrar, så som andningsfrekvens, saturation, puls, blodtryck och EKG följs kontinuerligt för att kunna följa trender och se resultat av behandling. Övervakningen är kopplad till patienten med kablar och sladdar, intuberade patienter är även kopplad till en respirator och får luft och oxygen tillförd via en artificiell luftväg. Sammantaget handlar det om väldigt många apparater och om avvikelser från det tilltänkta ger dessa apparater ifrån sig larm för att påkalla personalens uppmärksamhet.

Denna studies författare har under sin utbildning till sjuksköterska jobbat på en intensivvårdsavdelning i Västra Götaland och redan då väcktes tanken på hur det är att som patient behandlas på en intensivvårdsavdelning. Som personal arbetar man sina timmar och sedan går man hem, men patienten får stanna tills tillståndet är så stabilt att patienten kan gå till en vanlig avdelning eller gå hem. Fler än en gång funderade jag på hur det är att ligga där, att ständigt ha personal närvarande, infusionspumpar, övervakning och respirator som larmar, lampor som lyser dygnets alla timmar, undersökningar och omvårdnad som skall genomföras.

Denna studie har valt att forska på patienter som är intuberade och ligger i respirator, dels för att denna patientkategori ges sederande läkemedel för att acceptera respiratorn och ger en viss amnesi. Och dels att för dessa patienter innebär intuberingen en begränsning vad det gäller kommunikationen.

BAKGRUND

Både liv och död är sammanbundet med andning och att andas. Att andas kan betraktas både subjektivt och objektivt, det är bara den enskilde individen som kan uppleva den men samtidigt kan andningen iaktas. Andningen går hand i hand med människans känslor, energi, uthållighet och välbefinnande. Andningen är ett sätt för människan att reagera på olika situationer, blir vi skrämde tar vi ett djupt andetag, kraftig andning ses också hos den aggressive. En deprimerad person andas mer ytligt och vid tillstånd av ångest ses en andning av övre delen av bröstkorgen som ofta är oregelbunden (Bergbom & Nilsson, 2000; Ekerholt & Bergland, 2008). Att medvetandegöra andningen kan motverka stress, spänningar och smärta. Av alla kroppens funktioner är det bara andningen, vilket gör den så unik, som dels autonom och även som en medveten kontroll (Ekerholt och Bergland, 2008). För att cellerna ska kunna omvandla näringsämnen till energi krävs det att de får tillgång till syre och därigenom utvinns energi för att upprätthålla cellernas funktion. Vid denna process, metabolismen, bildas också koldioxid (CO₂), som kroppen kontinuerligt måste göra sig av med. Flödet av luft till och från lungorna kallas *ventilation*. Det andra steget är utbytet av syre från lungorna till blodet, detta sker via alveolerna till lungkapillärerna och kallas *respiration*. Syret

transporteras sedan till kroppens celler med blodet. Det omvända förhållandet gäller för CO₂, från cellerna till blodet vidare till lungorna, så att CO₂ andas ut (Dybvik, 1997).

Intensivvård

En intensivvårdsavdelning (IVA) upplevs av många som speciell, främmande och skrämmande. Patienter som kommer till IVA med ett livshotande tillstånd möts av en miljö fylld med högteknologisk utrustning som behövs för att kontinuerligt monitorera patientens tillstånd. IVA rummet uppfattas av många patienter som skrämmande och ogästvänligt, den så viktiga patientintegriteten är svår att uppehålla (Bennun, 2003). En patient IVA på lämnas inte ensam i rummet, det finns alltid vårdpersonal i närheten antingen en sjuksköterska eller en undersköterska. Därtill tillkommer det många olika personalkategorier som är inblandade i vården kring patienten, läkare, röntgenpersonal, sjukgymnaster och andra specialiteter om så krävs. Patientens tillstånd följs av kontinuerlig övervakning dygnet runt och är kopplade till övervakningsutrustningen via kablar och slangar. Vitala parametrar som EKG, puls och saturation monitoreras liksom CVK och artärtrycksmätning. Patienter med ventilationsbehandling övervakas och följs via ventilatorn, slangar för intravenösa vätskor, läkemedel och eventuell dialysapparat gör miljön mer komplex. Patienter kan känna oro och rädsla över all utrustning och att inte kunna rör sig (Bennun, 2003, Stichler, 2001), att de inte blev sedda och hörda och många upplever det svårt att vara ifrån sina anhöriga (Cornock, 1998).

Att vårdas på en IVA innebär också att skillnaden mellan natt och dag blir diffus. Många gånger är ljusnivån hög, lampor är tända dygnets alla timmar och apparater som larmar och stör den normala dygnsrytmen (McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell & Hudson, 2002). Miljön på IVA beskrivs som kal och steril, den tekniska apparaturen som något okänt, obegripligt och ibland skrämmande. Sömnen störs allt som oftast av oljud, larm från apparater, lampor som tänds och släcks eller vårdarnas rörelser i rummet. Patienter som delar rum med andra kan göra situationen än mer störande (Almerud, Alapack, Fridlund och Ekebergh, 2007). Patienterna känner sig stressade av lampor som stör, ljud som blir omöjliga att särskilja och hur rummet uppfattas annorlunda från ett sängperspektiv. Den tekniska utrustningen och behandlingen på IVA så som respiratorn, endotrakealtuben eller sugning i den upplevs som stressande och påfrestande av patienterna. Respiratorn upplevs av en del patienter som en säkerhet och livsuppehållande maskin och andra patienter upplever rädsla och förvirring (Fredriksen & Ringsberg, 2007).

Mekanisk ventilation

Först under 1900-talet blev mekanisk ventilation en allmänt använd metod att understödja eller helt ta över andningsfunktionen vid svår sjukdom (Blackwood, 2000). Det var under 1920-talet som behandling med undertrycksrespiratorer eller järnlunga som den då kallades användes. Då Danmark drabbades av polioepidemi 1952 förstod man att patienterna inte huvudsakligen dog av infektion utan på grund av att patienterna inte förmådde andas ut koldioxid (CO₂) och dog av CO₂-narkos. Danskarna provade då att handventilera dessa patienter via en artificiell luftväg och mortaliteten sjönk från 90 till 25 % (Dybvik, 1997).

Idag används respiratorbehandling när patienten inte längre förmår att syresätta sitt blod eller kan andas ut CO₂ (Price, 2001; Dybvik, 1997). Dels kan det bero på kronisk eller akut respirationssvikt. Vanliga akuta tillstånd är pneumonier, sepsis, Akut Respiratory Distress Syndrome (ARDS), lungstas, atelektaser och hjärnskada. Till den kroniskt orsakade respirationssvikten hör Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom (KOL), neuromuskulär sjukdom eller lungfibros. Utvecklingen inom respirationsbehandlingen har allt sedan den elektroniska och datautvecklingen förfinats lett till nya funktioner som ger patienterna större möjligheter att styra sin egen andning och därmed reducera behovet av sedering och muskelrelaxantia (Dybvik, 1997; Putensen, Zech, Wrigge, Zinserling, Stüber, von Spiegel & Mutz, 2001), vilket leder till en kortare tid i respiratorn, färre respiratorassocierade komplikationer och kortare vårdtid (Putensen et al., 2001)

Begreppet mekanisk ventilation kan på ett enkelt sätt beskrivas som att en respirator förser patienten med luft och syrgas med ett övertryck. Respiratorns huvudsakliga uppgift är att stödja eller helt överta patientens andningsarbete (Rubertsson, 2005). Användningen av en respirator kan inte ses som ett sätt att bota en sjukdom, en respirator ska därför ses som en behandlingsmetod som under en tid kan avlasta organen och ge patienten tid till återhämtning (Dybvik, 1997).

Som tidigare beskrivits innebär respiration utväxling av koldioxid och syre över ett membran. Det korrekta benämningen skulle då vara mekanisk ventilator och inte respirator då respiratorn inte utför något gasutbyte utan endast reglerar ventilationen. Denna studie använder ändå begreppet respirator då detta anses mera vedertaget. För att kunna få en optimal respiration finns det idag olika ventilationssätt så kallade mode, på en respirator. De tre huvudsakliga ventilationssätten är: kontrollerad, assisterad eller en kombination av båda. Till de kontrollerade ventilationssätten hör tryckkontrollerad (TK) och volymkontrollerad (VK). I de kontrollerade ventilationssätten tar respiratorn över andningen helt, viss spontanandning kan tillåtas om denna funktion (trigger) är aktiverad. Under TK ger respiratorn ett gasflöde till ett på förhand inställt tryck och frekvens. Beroende på lungans compliance och luftvägsresistens (lungfunktion) varierar volymerna i detta mode. Fördelen är möjligheten att kunna bestämma korrekta luftvägstryck och minska risken för lungskador. Till skillnad från TK innebär VK att respiratorn ger inställda tidalvolymen och minutvolym, luftvägstrycken beror på lungfunktionen och tubstorleken. Med VK ges en jämnare ventilation vilket kan föredras då en stabil nivå på PCO₂ eftersträvas, nackdelen är risken med höga tryck med uttänjda alveoler och barotrauma som följd (Rose, 2006).

Till skillnad från kontrollerad andning är assisterad andning att rekommendera om detta är möjligt för patienten. Assisterad andning ger en fysiologisk förbättrad luftfördelning. Det minskar komplikationerna och sederingen kan sänkas. Från ett patientperspektiv ses en ökad komfort och ett större utrymme för aktivering och rehabilitering. Vid assisterad andning måste patienten kunna initiera egna andetag (Rose, 2006).

Sedering

På 1970- och 1980-talet var strategin för sedering att kritiskt sjuka patienter fick kontinuerligt infusion med sederande och smärtstillande läkemedel. Patienterna var tungt sederade både dag som natt. På senare tid har det gått till att normalisera

patientens dygnsrytm, mer vakenhet och därmed förhindra komplikationer (Mazzeo, 1995; Wojnick-Johansson, 2001). Ett exempel på komplikation är delirium som kan uttrycka sig i form av agitation, medvetandeförändringar, förvirring eller hallucinationer (Yagan, White & Staab, 2000). Delirium beskrivs som en akut reversibelt sinnestillstånd med bristande uppfattning och kognitiv funktion, ökad eller minskad psykosomatisk aktivitet och rubbad sömn- och vakenhetsrytm (Roberts, 2001).

En adekvat sedering ökar patientens acceptans av respiratorbehandlingen. Specifika anledningar till att sedera patienten som ligger i respirator inkluderar en ökad tolerans av endotrakealtuben, reducera oro och ångest, god sömn och synkronisering med respiratorn (Mazzeo, 1995; Arias-Rivera, Sánchez-Sánchez, Sánchez-Izquierdo, Santos-Diaz, Gallardo-Murillo & Frutos-Vivar, 2006; Fuchs & Von Rueden, 2008; Feeley & Gardner, 2006; Westcott, 1995). Enligt Yagan et al. (2000) ges också analgetika för att minska obehag, upplevelsen av endotrakealtuben och förhållandena av att ligga i respirator. Lätt sedring reducerar kardiovaskulär påverkan, immobilisering och andra bieffekter av sedering (Westcott, 1995) och tiden i respiratorn blir kortare och urträningssfasen reduceras (Kress, Pohlman, O'Connor & Hall, 2000).

Minnen och upplevelser av intensivvård

Vanföreställningar, mardrömmar, hallucinationer och paranoida vanföreställningar är minnen som patienter beskriver efter tiden på IVA, hur sedering och analgesi påverkar dessa upplevelser och i vilken omfattning har studerats av Samuelsson, Lundberg & Fridlund (2006). I studien framkom att patienternas upplevelser beror på flera olika faktorer. De patienter som hade upplevelser av överklig karaktär var de som hade högre Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) poäng, längre vårdtid inklusive längre tid i respirator och högre doser av sedering och analgesi. Även en viss skillnad i ålder hade betydelse, yngre patienter hade i större utsträckning överkliga upplevelser (Samuelsson et al., 2006).

De patienter som minns drömmar från IVA i större omfattning var allvarligt sjukare, lång vårdtid, respiratorbehandlade och kvinnor. Patienterna minns oftast fler än en dröm som negativ eller skrämmande, karaktäristiskt för dessa drömmar är verkliga eller hotande skada/död för sig själv eller andra. Patienter med delirium har oftare skrämmande drömmar medan icke-delirium patienter beskriver sina drömmar som behagliga men absurda. Patienterna beskriver drömmarna som att stå i en kö till en begravningsplats, att bli levande begravd, hur sjuksköterskor stjälar deras mediciner och att de blir tillfångata tagna (Roberts, Rickard, Rajbhandari & Reynolds, 2006).

När patienterna beskriver vad de verkligen kommer ihåg från intensivvården, är endotrakealtuben den som flest patienter har minnen av andra patienter och att de var obekvämt är minnen som beskrevs. Bland de förnimmelser som patienterna minns är oförmågan att tala, svårigheterna med att andas och törst (Samuelsson, Lundberg & Fridlund, 2007). Ångest, mardrömmar och hallucinationer beskrivs som emotionella minnen av intensivvården och att kvinnor har i större utsträckning emotionella minnen än män. De patienter som uppgav att de inte har några minnen från IVA beror mer på att dessa patienter varit en kortare tid på IVA och sederingen inte haft lika stor betydelse (Capuzzo, Pinamonti, Cingolani, Grassi, Bianconi, Contu, Gritti & Alvisi, 2001).

Subjektiv kropp

Människan lever sitt liv och når resten av världen genom sin kropp, där människan existens är det centrala och den subjektiva kroppen är både fysisk, psykisk, existentiell och andlig på samma gång. Följaktligen resulterar en förändring av kroppen i en förändring av tillgången till världen. Kroppen berikas med upplevelser, erfarenheter, minnen och visdom under livets gång och kroppen bär på individens livshistoria, självbild och mening, där det inte skiljs på kroppen och "jaget" utan den subjektiva kroppen ses som en helhet (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Patienter på IVA beskriver att de inte litar på sin kropp, de känner att kroppen svikit dem. Det kritiska tillståndet får patienterna att uppleva att deras tillvaro blir lika skör som kroppen och den kontroll dem hade över sin kropp innan de blev sjuka sakta faller sönder. Övervakningen och utrustningen på IVA får patienterna att känna sig objektifierade (Fredriksen & Ringsberg, 2006).

Vårdrelation

I en studie av Björk (2007) delas begreppet vårdrelation upp, vård som ett uttryck för någon genre av vårdverksamhet. Relation förklaras som hur något eller någon förhåller sig till någon eller något annat. Exempel på klargöranden av begreppet relation enligt Björk (2007 s.18) "god eller dålig, ytlig eller djup, intensiv, långvarig eller obefintlig". Om dessa ord, vård och relation integreras, beskrivs det i ett vårdssammanhang som en relation mellan två människor. En definition av begreppet vårdrelation kan således uttrycka som:

"En vårdrelation mellan en människa i egenskap av patient och en människa i egenskap av professionell vårdare, inom någon form av vårdverksamhet". (Björk, 2007 s. 18).

Malmsten (2001) beskriver vårdandet som individuellt, att patienten bemöts som en person, ett subjekt och alla patienter har olika behov. Vårdaren bör inte se till sina egna intressen och vad de uppfattar som vård utan vara uppmärksam på hur patienten uppfattar det. En god vård måste få ta lite tid så att patienten känner en delaktighet och genom delaktighet hämtar patienten styrka och kraft, att bli bekräftad och ger en social gemenskap med andra trots kroppsliga svagheter. Enligt Malmsten (2001) är det viktigt att sjuksköterskan lyssnar till patientens behov och önskingar, ibland kan det uttryckas genom att bedöma patientens kroppsspråk. För patienter som har en begränsad eller ingen kommunikativ förmåga är det endast genom kroppsspråket som en sjuksköterska kan ge patienten en god vård.

En vårdrelation är till skillnad från en vanlig relation, en relation där sjuksköterskan är den som har makt. Där patienten är utlämnad till någon annan, en människa som de aldrig träffat tidigare, i en främmande miljö och är bunden till sjuksköterskans behag och godhjärtighet (Malmsten, 2001). Vårdrelationen bygger på sjuksköterskans handlingar och en god vårdrelation ligger i händerna på sättet sjuksköterskan skildrar detta för patienten (Dahlberg et al., 2003).

Patienter beskriver relationen till sjuksköterskan som att få god omvårdnad och ha ett samspel med sjuksköterskan och att de kunde få patienten att känna sig mänskliga och viktiga. Närvaron av sjuksköterskan upplevde patienterna som hjälpsam, att det fanns

någon där när det behövdes och kunde se vilka behov patienten hade. Att bli tvättad i ansiktet, få håret duschat eller fysisk beröring, upplevde patienterna att de fick en ökad tillit till sjuksköterskan som gav ett ökat välbefinnande. En bra relation beskriver patienterna som när sjuksköterskan kan sitta ner och prata med patienten om vardagliga saker och att bli bekräftad som en människa och inte som ett objekt med en viss sjukdom (McKinley et al., 2002).

I en studie av Hofhuis, Spronk, van Stel, Schrijvers, Rommes och Bakker (2008) känner sig patienterna mindre stressande och mer avslappnade om sjuksköterskan gav information och förklaring om vad som har hänt och vad som kommer att ske. Information om patientens tillstånd och orsaker till detta reducerade rädsla och uppfattades som stöd i en för patienten svår situation. Likväl som patienterna vill höra positiva tecken om förbättring beskriver en patient att även om tillståndet var kritiskt så uppskattade han att sjuksköterskan var uppriktig. I studien beskrivs också hur patienten uppfattar och påverkas av sjuksköterskans attityd. En sjuksköterska som på ett sympatiskt sätt tar sig an en patient framkallar en trygghet och ett lugn för patienten. En sjuksköterskas förhållningssätt till patienten kan få patienter att känna obehag och vågar inte säga till om hjälp. En patient i studien av Hofhuis et al., (2008) ville inte be om vatten då han tyckte sjuksköterskan såg arg ut när hon kollade infusionspumparna, han väntade hellre på en sjuksköterska som såg snäll ut och inte sprang iväg med en gång utan frågade om patienten behövde något.

Anhörigas roll

På IVA tillåts i stor utsträckning anhöriga att få vara hos patienten. Detta har medfört att anhöriga har större insikt i patientens tillstånd och kan på så sätt ta del och vara delaktig i diskussioner och beslut rörande patienten (Hupcey, 1999). Enligt Hupcey (1999) har anhöriga stor betydelse då många patienter är både fysiskt och psykiskt svaga, speciellt viktigt då patienten är kopplad till en respirator och har svårt prata och fatta några beslut själv. Även vårdpersonalen upplevde att anhöriga har en betydande roll genom att hjälpa patienten genom tiden på IVA, de kunde märka att patienten blev lugnare och mindre orolig.

Anhöriga har en betydande roll för patienten. De beskrivs av patienten som ett stöd, en anledning att kämpa vidare. Närvaron av anhöriga ger patienten känsla av säkerhet och beskydd när patienten kände sig hjälplös, osäker och exponerad. Patientens upplevelse av att känna sig övergiven kunde lindras genom att anhöriga håller patienten uppdaterad om vad som händer med familjen, vänner och världsliga händelser (McKinley et al, 2002; Bergbom & Askvall, 2000). Anhöriga kunde ge patienten en känsla av att vara i säkerhet och få patienten att slappna av och vila. Genom deras närvaro fick patienten extra energi, styrka och ett ökat välbefinnande (Bergbom & Askvall, 2000; Hupcey, 1999).

Patienterna beskriver anhörigas roll som att bli bekräftad, bli förstådd, få kraft och känna sig säker. Anhöriga kunde förstå genom patientens uttryck eller läsa på läpparna om de till exempel hade ont. Att kunna känna igen en anhörigs röst, doft eller fysiska kontakt gav patienterna känsla av trygghet. Anhöriga gav också patienterna en anledning till att kämpa vidare och bli bättre. Många patienter i studien föredrog att

anhöriga i den mån det gick hjälpte till i omvårdanden och att uppmuntra till träning (Ångström & Söderberg, 2007).

PROBLEMFORMULERING

För patienter som inte längre förmår upprätthålla fria luftvägar eller vid otillräcklig vävnadsoxygenering på grund av nedsatt respiration kan mekanisk ventilation bli nödvändigt. För att kunna behandla patienten i respirator krävs att patienten förses med en endotrakealtub, ett invasiv ingrepp där en tub förs ner i luftvägarna och kopplas till en respirator som tar över patientens andningsarbete. Innan intubering ges sederande och muskelrelaxerande läkemedel.

Andningen beskrivs som den mest fundamentala mekanismen hos människan och när andningen sviktar påverkar detta patienten negativt. Brist på kontroll, sedering och svårigheterna att kommunicera är anledningar till att patienten känner stor oro och ångest. Även miljön runt patienten, den tekniskt avancerade utrustningen, många olika personalkategorier som arbetar runt patienten samt oroliga anhöriga är påfrestande. Många patienter har absurda drömmar, mardrömmar och överkliga upplevelser under tiden på IVA. Och av tidigare forskning framkommer det att framför allt patienter som är sederade, intuberade och kopplade till en respirator och med lång vårdtid har i större utsträckning svårare minnen och upplevelser från IVA.

IVA-sjuksköterska möter dessa patienter och genom en ökad förståelse av deras upplevelser kan det ge IVA-sjuksköterskan ett verktyg till en förbättrad omvårdnad.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva intuberade patienters upplevelser av intensivvård.

METOD

Studien genomfördes utifrån en systematisk litteraturoversikt. Genom litteraturoversikt söks det efter artiklar som beskriver ett utvalt ämne (Polit & Beck, 2004). Val av litteraturstudie som metod är att utifrån aktuell forskning analysera tidigare forskning som beskriver intuberade patienters upplevelser av mekanisk ventilation. Intentionen är att erhålla fördjupade kunskaper inom området och få beskrivningar av olika kvalitativa aspekter. Enligt Polit och Beck (2004) kan en litteraturoversikt belysa följande: identifiera ett problem, finna vad som redan är känt eller inte känt inom ett valt ämne, utgöra en källa för nya forskningsidéer och poängtera följderna och komma med förslag till förbättring inom ett specifikt område. Forsberg och Wengström (2003 s. 129) beskriver kvalitativ forskningsmetod som att ”*forskaren kan utveckla teorier eller begrepp för att förstå sociala fenomen i sin naturliga miljö*”. Genom att använda sig av kvalitativ forskningsmetod kan ett fenomen, erfarenhet och upplevelser förklaras och ges en ökad förståelse.

Datainsamling och urval

För att svara på syftet genomfördes denna studie med en kvalitativ innehållsanalys av publicerade, vetenskapligt granskade artiklar. I litteratursökningen användes databaserna Cinahl, PsycINFO, PubMed, Academic Search Elite och Medline. Sökningen pågick under hösten 2008 till våren 2009 via högskolan i Borås. Sökorden som denna studie använt är: mechanical ventilation, intubation, experience, interview, intensive care unit, memory och nursing. Sökorden kombinerades för att söka av ett så stort område som möjligt och trunkering användes, t.ex. intubat*. Sökning utgjordes också manuellt med sökning i referenslistor av sökta artiklar.

Inklusionskriterierna för denna studie utgjordes av: studier som fokuserade på patienternas upplevelser, endast intuberade patienter, deltagarna skulle vara över 18 år och artiklarna var vetenskapligt granskade. Studier med ett professionsperspektiv, annat språk än engelska eller svenska samt artiklar som publicerats före 1999 exkluderades. I tabell 1 redovisas de resultat av sökningarna av artiklar som inkluderades i denna studie. Då sökningarna i databaserna PsycINFO, PubMed och Medline inte gav ytterligare artiklar av sökningarna redovisas inte dessa. Vid granskning av de artiklar som sökningarna gav visade sig att 9 artiklar uppfyllde syftet i denna studie, vilket inte ansågs vara tillräckligt, därför utökades sökning till att inkludera artiklar som publicerats efter 1994. Samma databaser genomsöktes och ytterligare 2 artiklar motsvarade syftet (se tabell 2).

Tabell 1. Sökning i Cinahl och Academic Search elite (2009-1999)

Databas	Sökord	Antal artiklar	Utvalda artiklar	Artikel nr.
Cinahl	experience* or memor* and ventilat* and icu	46	5	1,2,3,4 och 5
Cinahl	experience* or memor* and mechanical and interview	13	1	6
Cinahl	experience* or memor* and interview and intensive care	123	1	7
Academic search elite	experience* or memor* interview and intensive care	166	3	8 och 9

Tabell 2. Sökning av artiklar publicerade 1998-1994

Cinahl	experience* or memor* and ventilat*	93	2	10 och 11
--------	---	----	---	-----------

För att avgöra om sökt artikel motsvarade denna studies syfte och inklusionskriterier lästes 28 abstrakt, efter detta återstod 11 artiklar som inkluderades och kvalitetsgranskades. Genom att göra en kvalitetsbedömning av artiklarna kan forskaren bedöma vilken grad av vetenskaplig kvalitet artiklarna har (Forsberg & Wengström, 2008). Denna studie har valt att kvalitetsbedöma artiklarna som ingår i resultatet utifrån Forsberg och Wengström (2008): *Checklista för kvalitativa artiklar* (se bilaga 1). I vetenskapliga studier ställs det krav på etiska övervägande och författaren av denna studie gjorde ett tillägg i checklistan med punkten: etiska övervägande. Författaren av denna studie granskade artiklarna och betygsatte varje artikel med betygsättningen hög, medel och låg (se tabell 3). För betyget hög krävdes det att artiklarna beskrev de olika delarna, enligt bilaga 1, på ett utförligt sätt. Betyget medel tilldelades artiklar där information om urval eller dataanalysen var begränsad. Vid lågt betyg saknades relevant information om urval eller dataanalys samt etiska överväganden.

Tabell 3. Sammanfattning av artikelgranskningen.

Författare	Titel	Betyg
Wang et al. (2009)	Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation.	Medel
Karlsson & Forsberg (2008)	Health is yearning- Experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit.	Medel
Granberg et al. (1999)	Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II.	Hög
Magarey & McCutcheon (2005)	"Fishing with dead" –Recall of memories from the ICU.	Hög
Löf et al. (2006)	Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay – 3 and 12 months after discharge.	Hög
Johnson et al. (2006)	Long-term mechanical ventilation in a critical care unit: existing in an uneveryday world.	Hög
Wählin et al. (2006)	Patient empowerment in intensive care- An interview study.	Medel
Russell (1999)	An exploratory study of patients perceptions, memories and experiences of an intensive care unit.	Medel
Johansson & Fjellman-Wiklund (2005)	Ventilated patient's experiences of body awareness at an intensive care unit.	Hög
Granberg et al. (1998)	Patients experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I.	Medel
Jablonski (1994)	The experience of Being Mechanically Ventilated.	Låg

Resultatet av sökningarna resulterade i sammanlagt 199 patienter som intervjuats om deras upplevelser. Av dessa 199 patienter är det i två artiklar (artikel 3 och 10) samma deltagare vilket innebär att 19 patienter av 199 är samma, vilket till slut gör att det är 180 patienter som ingår i denna studies resultat. Två av artiklarna (artikel 4 och 8) har också en del där kvantitativ metod använts. I dessa studier utgör 51 respektive 212 patienter en del av resultatet. Av artiklarna är sex från Sverige, tre från Australien, en från Amerika och en från Kina, en utförligare sammanfattning av varje artikel (se bilaga 2).

Dataanalys

Genom att använda en kvalitativ innehållsanalys kan ett fenomen beskrivas och identifiera mönster och teman, det sker genom en systematisk och stegvis närmande av det aktuella fenomenet. Två olika metoder kan användas vid en innehållsanalys; manifest eller latent. Denna studie har valt en latent innehållsanalys vilket innebär enligt Forsberg & Wengström (2008, s. 151), ”*en identifiering av meningsbärande enheter, kodning av kategorier, identifiering av centrala teman och utveckling av teorier eller modeller*. Vilket också ger forskaren möjligheter att se mönster och kategorier som inte klart framgår.

Analysen av de artiklar som ingår i studien analyserades på ett strukturerat och schematiskt sätt enligt Evans (2002) modell för systematisk dataanalys, denna beskrivs nedan.

Först steget är att bestämma inom vilket område som studien är tänkt omfatta. Sökning av tidigare relevant forskning i databaser och forskning som hittats inom ramen för uppsatta inklusions- och exklusionskriterier påbörjas. Genom en metodisk sökning kan en enhetlighet uppnås. I nästa steg identifieras huvudfynden, genom att läsa texten upprepade gånger erhålls en helhets överblick. Detta för att finna viktiga detaljer och förstå vad studien som helhet kommit fram till. Då huvudfynden identifierats analyseras texten för att hitta gemensamma nämnare, återkommande teman. Utifrån teman bildas kategorier med likartade fenomen. Ur de olika kategorierna identifieras subteman vilket tydliggör förståelsen av ett fenomen. Det sista steget är att beskriva fenomenet, varje tema och subtema beskriver ett fenomen och refereras till originalstudie med hjälp av citat (Evans, 2002).

De artiklar som inkluderades lästes igenom upprepade gånger för att skapa en överblick. Ur varje artikel plockades nyckelord och meningsbärande enheter ut genom överstrykning med färgpenna. De meningsbärande enheterna och nyckelorden från varje artikel skrevs ner och sammanfördes. Dessa enheter och nyckelord lästes igenom flera gånger och ordnades under två olika teman, **De onda** och **de goda**. När de två teman identifierats sorterades och systematiserades innehållet under respektive teman och olika subteman utkristalliserades. Under teman om de onda identifierades 5 olika subteman; **överkliga upplevelser, att inte kunna göra sig förstådd, upplevelser i samband med sugning i endotrakealtuben, sjuksköterskans attityder och att befinna sig i en ogästvänlig miljö**. Från teman med de goda identifierades tre subteman; **anhörigas betydelse, att bli bekräftad av sjuksköterskan och att återta kontrollen**.

RESULTAT

Resultatet presenteras under två teman och subteman under respektive teman. För att tydliggöra resultatet används citat som beskriver och förtydligar fenomen i varje subtema. Författaren av denna studie har valt att inte översätta citaten, dels för att inte förvanska och dels för att kunna återge det som patienterna faktiskt upplevde med deras egna ord. I tabell 4 ses en översikt över hur resultatet presenteras, två teman och de subteman som beskrivs.

Tabell 4. Resultat översikt.

Teman	Subteman
De onda	<ul style="list-style-type: none">- Overkliga upplevelser- Att inte kunna göra sig förstådd- Upplevelserna i samband med sugning i endotrakealtuben- Sjuksköterskans attityder- Att befinna sig i en ogästvänlig miljö
Och de goda	<ul style="list-style-type: none">- Anhörigas betydelse- Att bli bekräftad av sjuksköterskan- Att återta kontrollen

De onda

Patienternas upplevelse av IVA och behandlingen med respirator präglas av upplevelser som de aldrig tidigare haft. Mardrömmar, hallucinationer och overkliga upplevelser är för många patienter både obehagligt och skrämmande. Svårigheter med att inte kunna kommunicera och göra sig förstådd är för patienterna frustrerande och upplevs som att bli behandlade som ett objekt. Olika omvårdnads situationer upplevs besvärliga men det många patienter upplever som det värsta är då sjuksköterskan av olika anledningar behöver göra rent och suga i endotrakealtuben. Sjuksköterskans roll och beteende har det visat sig påverka patienten i stor utsträckning. Patienterna upplever sjuksköterskan som nitisk och utan empati. Miljön på IVA är högteknologisk och många apparater är kopplade till patienten. Patienterna i resultatet upplevde att de var helt beroende av dessa och rädda för vad som kan hända om de slutar fungera.

Overkliga upplevelser

Overkliga upplevelser, mardrömmar och fantasier är en vanlig förekommande minnesbild som patienter har från tiden de vårdats på en IVA. Dessa har påverkat patienterna inte bara under tiden på IVA utan också följt med då patienten skickats vidare till vårdavdelning och påverkat deras liv långt efter det att dem kommit hem. Patienter associerade dessa upplevelser till olika situationer, mediciner eller behandlingen i sig (Johnsson, St John & Moyle, 2006).

Patienterna upplevde svårigheter att vara i och ur medvetslöshet som skrämmande, att de hade svårt att förstå vad som händer runt omkring och att det var svårt att förstå

vilket som verklighet eller inte. Att de upplevde överkliga drömmar och mardrömmar, där drömmarna beskrivs som otrevliga och något som de aldrig tidigare upplevt (Johnsson et al., 2006; Löf, Berggren & Ahlström, 2006; Wang, Zhang, Li, & Wang, 2009; Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005). Överkliga upplevelser och mardrömmar var för patienterna förknippade med liv och död. Upplevelser av att vara död eller att de såg vänner eller anhöriga som redan var döda skapade ångest. För de patienter som såg de döda, var de förknippat med rädsla över deras egen sårbarhet och fick dem att tro att de redan var döda (Magarey & McCutcheon, 2005). Sederingen har också betydelse för vad, hur och i vilken omfattning patienter upplever IVA tiden. En lättare sedering, perioder med mer vaket tillstånd, ökade sannolikheten att komma ihåg endotrakealtuben och andra upplevelser som bekymmersamt. Patienterna upplevde överkliga drömmar som om de var på riktigt och att det är verkligt när de upplevs, men att de i efterhand förstår att de aldrig har hänt på riktigt (Granberg, Bergbom Engberg & Lundberg, 1999; Löf et al., 2006).

“It’s so vivid. I mean these dreams I had that time were so bad. They were really horrific and I will never forget it because I wasn’t asleep.” (Johnson et al. 2006 s. 554)

Patienterna beskriver dessa upplevelser som dumma och galna fantasier och i dessa överkliga upplevelser var ofta patienten själv i huvudrollen (Granberg et al. 1999; Löf et al., 2006). Mardrömmar gav många gånger upphov till att patienterna inte ville somna på grund av rädslan för återkommande mardrömmar. För en del av patienterna var dessa upplevelser återkommande och varade under en begränsad tid på dygnet. Konsekvenserna av detta gjorda att patienterna försökte hålla sig vakna istället och sömnen blev till en obehaglig upplevelse och en del uppgav att dygnsrytmen försvann på grund av dessa upplevelser (Granberg et al. 1999).

“When I closed my eyes and tried to sleep, I saw a lot of “things” flying through the air: colours, old men and women, and all sort of things”. (Granberg et al. 1999 s. 22)

Drömmar och överkliga upplevelser har ofta återkommande teman, att man befann sig på en väg, flyplats och i tunnlar. Att bli fångad, skadad eller instängd och vara kroppsligt förbunden till vårdaren, är också vanligt förekommande upplevelser (Karlsson & Forsberg, 2008). Upplevelser om att IVA rummet förändrades var också vanligt, en patient upplevde att de var ett dike runt sängen och en del av hans kropp ville gå ur sängen och verkligen se att det var ett dike där och en sa att han skulle stanna kvar (Löf et al., 2006). Överkliga upplevelser hänger ihop med situationer då patienten känner sig stressad, rädd och otrygg. Dessa situationer ger patienterna minskad styrka och energi och triggar igång dessa överkliga upplevelser. En anledning som triggade en patients överkliga upplevelser var då sjuksköterskan lämnade henne för rast, plötsligt förändrades rummet, väggar flyttades och hon kunde nu se sjuksköterskan sitta och dricka kaffe på våningen under (Granberg, Bergbom Engberg & Lundberg, 1998). Patienterna beskriver också hur sjuksköterskan och anhöriga ibland var med i dessa upplevelser. Att sjuksköterskan speglade sig flera gånger innan de närmade sig sängen, bar ut utrustning från rummet eller att sjuksköterskan såg väldigt konstigt ut (Löf et al., 2006).

“When I had a heart attack a nurse came to me, and behind her were the Michelin-mother and the three children....The nurse could see them as well...so it was true!” (Löf et al., 2006 s. 160).

Overkliga upplevelser kunde starta med händelser som var på riktigt, kolossal längtan efter vatten, förvirring, kommunikationssvårigheter, sömnbrist och ett inre kaos, var ibland orsaker till att det upplevde det som överkligt (Granberg et al., 1999). Overkliga upplevelser blandades med verkliga händelser och för patienterna kunde det vara svårt att skilja de åt och fick patienten att känna frustration och ångest (Löf et al., 2006).

Att inte kunna göra sig förstådd

Att inte kunna kommunicera innebar att de inte kunde förmedla behov, känslor och avsikter till sjuksköterskorna och anhörig. Största anledningen till svårigheterna att kommunicera var närvaron av endotrakealtuben (Johnson et al., 2006). Kommunikationen och att inte bli förstådd ökade patienternas känsla av hjälplöshet, att bli ignorerad och behandlad som ett objekt. Att inte kunna göra sig förstådd eller kunna kommunicera kunde ibland gå så långt att patienterna hellre ville ta sitt liv (Karlsson & Forsberg, 2008). Muskelrelaxantia och sedering gjorde patienterna svaga och orkeslösa, oförmågan på grund av mediciner och endotrakealtuben fick patienterna att känna sig isolerade (Magarey & McCutcheon, 2005).

“Communication was a major problem. I used a point board, but we found that it was frustrating for (my) family. They were trying so hard, but they often couldn’t get what I was meaning, so I would get frustrated or angry and give up, which probably made them upset. But I suppose you tend to focus on yourself.” (Johnson et al., 2006 s. 555).

Patienterna i Jablonski (1994) studie beskrev att inte kunna göra sin röst hörd gjorde dem ledsna, rädda, skapade panik och de beskrev att det var något av det värsta som de upplevt. Besvikelse över att inte sjuksköterskan kunde tolka läpprörelser upplevde patienterna frustrerande. Patienterna tyckte detta var konstigt eftersom sjuksköterskan dagligen kommer i kontakt med patienter som inte kan kommunicera. Patienterna uppmanades att skriva eller gestikulera när sjuksköterskan inte uppfattade vad patienterna försökte säga. Nedsatt syn i kombination med orkeslöshet försvårade även denna typ av kommunikation. I Johansson och Fjellman-Wiklund (2005) studie beskrev patienterna inte bara rösten som ett hinder för kommunikationen. Patienterna upplevde att de tappat kontrollen över sin kropp, armar som inte gick att kontrollera eller var försvaga, upplevdes som ett hinder och gjorde det svårt att skriva och gestikulera.

“They would bring in pieces of paper, and I really couldn’t see the paper, I would try to scribble what I wanted”. (Jablonski, 1994 s. 198).

Patienterna upplevde att larmknappen ibland var den enda möjligheten för att få sjuksköterskans uppmärksamhet. Ibland placerades den utom räckhåll för patienten som då inte kunde kalla på hjälp. I ren desperation att få sjuksköterskans uppmärksamhet

gick det så långt att patienterna medvetet kissade ner sig eller bajsade i sängen (Jablonski, 1994).

“And it’s quite strange because I couldn’t speak to them or I couldn’t get anything . . . yeah, like I couldn’t say “Hey it’s me over here”. I couldn’t say that. And I felt like I was paralysed to the bed”. (Magarey & McCutcheon, 2005 s. 351).

Upplevelserna i samband med sugning i endotrakealtuben

Sugning av endotrakealtuben är en situation som upplevdes som den värsta enskilda handling under behandlingen med respirator, det upplevdes som besvärande och outhärdlig (Wang et al. 2009; Jablonski, 1994). Sugningen innebar att patienterna fick bolusdos sedering och patienten upplevde det som att sväva mellan i och ur medvetlöshet (Magarey & McCutcheon, 2005). Patienter upplevde sugningen som en skrapning eller repning och de beskriver det som smärftfullt och obehagligt. Sugningen beskrivs som att någon håller syra i halsen, en brännande känsla, sugningen innebar en retning som framkallade hosta som kunde upplevas besvärande (Jablonski, 1994).

“The suctioning was awful. I had such a sore dry throat. I tried to show the nurses how far to put the tube down so it wouldn’t hurt so much. At one time I tried to cough it up, it was so ghastly and irritating, I just wanted it out. But I also knew that I probably needed it, and the nurses weren’t doing this just to be cruel or for something to do. So I ended up I gave up. What did it matter how I felt?” (Johnson et al. 2006 s. 555).

Vid tillfällen då sjuksköterskan inte kunde suga tillräckligt rent eller då slemmet klumpat sig, sprutades det ner vätska i endotrakealtuben för att lösa upp slemmet, detta upplevde patienterna som mycket obehagligt och greps av panik. Under själva sugningsproceduren kopplades patienterna ifrån respiratorn och handventilerades. En patient upplevde det värre än respiratorn på grund av att luften trycktes ner med ett högre tryck. Upplevelser som att lämna kroppen, att stå bredvid och titta på för att sedan vakna och bli handventilerad beskrivs i samband med sugningen (Jablonski, 1994).

Sjuksköterskornas attityder

Sjuksköterskans förhållningssätt till patienterna beskrevs av många som en negativ upplevelser under tiden på IVA. För många patienter kunde en sjuksköterska innebära att ångest, oro och obehag tilltog. Patienter kunde ibland uppleva att sjuksköterskan hade mer intresse av respiratorn än patienten och detta fick patienten att känna sig övergiven och mindre viktig. En del patienter lade skulden på sjuksköterskan för deras överkliga upplevelser, mardrömmar och sättet som de ignorera patienten (Granberg et al., 1998). Patienterna upplevde det som att sjuksköterskan ibland gjorde omvårdnaden för sitt eget samvete och inte för att öka patientens välbefinnande (Jablonski, 1994). Många patienter kunde ha överseende med alla larm som störde men vad de däremot hade väldigt svårt för var att ständigt höra på personalens prat. En patient beskrev situationen som om att hon låg där helt anspråkslöst för sjuksköterskorna och de bara pratade och skrattade högljutt (Wang et al., 2009). Patienterna beskriver ljud som ett sätt att identifiera omgivningen med och upplevde att sjuksköterskan inte förstod att de

kunde höra och uppfatta så mycket. Ett exempel är när läkare och sjuksköterskor diskuterade inför patienten känsliga saker som den inte borde höra (Jablonski, 1994).

“Staff can’t be bothered to talk or listen to people...They seem to forget it’s not just a job. You are working with human beings. Individuals with different values of life. It’s not just a 8-5 factory job with metal. This is life”. (Russell, 1999 s. 787).

En del patienter upplevde sjuksköterskor som nitiska, en del utförde behandlingar och undersökningar som krävde annan profession och andra sjuksköterskor brydde sig inte om den basala vården, som exempelvis att förhindra förstoppning och trycksår . När det krånglade eller larmade från någon apparat upplevde patienterna att sjuksköterskan inte gjorde någonting för att åtgärda problemet (Jablonski, 1994). En patient upplevde det som att sjuksköterskan gömde sig bakom devisen: ” *It’s gotta be OK because that’s what (the doctor) ordered.*” (Jablonski, 1994, s. 200).

Flertalet patienter i studie av Karlsson och Forsberg (2008) kände sig kränkta av att bli behandlade som ett objekt, bli ignorerade eller brist på bekräftelse och var deras dominerande upplevelse från IVA.

Att befinna sig i en ogästvänlig miljö

Miljön på IVA beskrivs som ogästvänlig, en miljö som patienterna upplevde som ett fängelse och som att vara i en annan värld. Larm, patienten i sängen bredvid och personal upplevdes alla som störande (Wang et al., 2009). Att miljön på IVA är högteknologisk beskrevs i samtliga studier. Johnson et al. (2006) beskriver respiratorn och endotrakealtuben som de enskilt största anledningarna till obehag. Patienternas minnesbild av IVA var allt annat än tyst och lugnt, de beskrev det som kaotiskt, med höga ljud, pip och tjut. De upplevde att många personer var i rummet och många pratade samtidigt. Den teknologiska apparaturen som övervakning och respiratorn fick patienterna att känna sig beroende och sårbara (Löf et al., 2006)

“When I woke up I had the tube down my throat and I had to depend on the [ventilator] and all the drips and tubes for my very life. It was terrifying at first, because I couldn’t help thinking, ‘What if something goes wrong with one of these machines and nobody knows?’ After all, machinery is not infallible, is it? I tried so hard not to panic too much, but your whole life seems to lie in balance in the hands of a bit of machinery.” (Johnson et al. 2006 s. 556).

Den tekniska apparaturen på IVA fick patienterna att känna sig beroende och rädda, beroende av att den egna andningen var kopplad till en respirator och rädsla över att apparaterna kunde gå sönder. Patienterna funderade på vad som skulle hända om de slutade fungera och om någon skulle märka det. (Wang et al., 2009). Patienterna upplevde det svårt att samarbeta med respiratorn, frekvensen och mängden luft som patienten fick stämda inte överens med patientens egna andningsmönster. Istället för att respiratorn anpassades till patienten blev patienten tvungen att anpassa sin andning utifrån respiratorns inställningar. Detta gjorde patienterna arga, hjälplösa och

frustrerade. En patient gjorde en liknelse med att bli träffad i magen och tappa andan (Jablonski, 1994). Att vara kopplad och övervakad av teknisk utrustning utgjorde ett hinder för att ligga bekvämt i sängen och var ibland smärtsamt. Saturationsmätaren på fingret var varm, luften från respiratorn luktade illa och intravenösa infarterna kändes som krockar i huden (Granberg et al., 1998).

De goda

Anhöriga är för patienterna den enda kontakt de har med sitt vanliga liv. Patienterna upplever kontakten med anhöriga som en anledning att kämpa för att överleva. Genom fysisk kontakt eller ord upplevde patienterna ett lugn och en trygghet. Sjuksköterskan är den som arbetar närmast patienten. Det är sjuksköterskan som träffar patienten varje dag och sjuksköterskan upplevdes av patienterna som en säkerhet och ett sätt att bli bekräftad. Att vakna upp och bli extuberad upplever patienterna som en början att återta kontrollen över sin kropp igen. Tiden i respiratorn har tydligt satt sina spår, kroppen är svag, spegelbilden är inte vad den en gång var. Det som tidigare var självklart, som att sitta, stå och äta blir en utmaning att klara av. De fysiska förändringarna i kroppen återhämtar sig med tiden men för många patienter förblir tiden på IVA en tankeställare om hur skört livet är och förändrat patienternas syn på vad som är viktigt här i livet.

Anhörigas betydelse

Patienterna var helt överens om att anhörigas närvaro hade en avgörande betydelse för deras tillfrisknande (Wang et al., 2009; Granberg et al., 1998; Jablonski, 1994; Granberg et al., 1999). Anhöriga upplevdes som den verkliga världen, det var de som tog patienten tillbaka till verkligheten igen. Patienterna kände sig lugnare när anhöriga var hos dem, en trygghet. Patienterna kunde känna igen en anhörigs röst och på sättet de rörde sig i rummet eller hur de vidrörde patienten (Granberg et al. 1998). Att känna anhörigas kärlek och uppmuntran, att inte känna sig ensam och svag är beskrivningar om anhörigas betydelse.

” At the same time it feels safe when you’re lying there, to have someone from the family with you. As I said before, I didn’t have the energy to talk, but he understood that. He just sat down and held my hand.” (Wåhlin, Ek & Idvall, 2006 s. 374).

Patienterna upplevde inte bara själva kontakten med anhöriga som värdefullt, att bli påmind om att det finns någon där hemma som väntar, upplevde de som värdefullt. Kort och brev med uppmuntrande ord gjorde också intryck (Wåhlin et al., 2006).

Att bli bekräftad av sjuksköterskan

Respiratorbehandlade patienter beskriver kontakten med sjuksköterskan som att bli bekräftad, genom ögonkontakt eller fysisk beröring ger det en trygghet som de upplever som viktigare än själva respiratorn. Sjuksköterskan närvaro upplevdes som att bli bekräftad och vara i säkra händer och gav ett minskat lidande (Karlsson & Forsberg, 2008; Russell, 1999), att få en klapp på kinden eller en kram upplevdes betydelsefullt av patienterna (Wåhlin et al., 2006)

“Things that I really appreciated were when somebody came and took my hand just like that. You don’t think you can make it without that contact. It’s actually more important than the respirator. It gives you that warmth from another human being, the closeness, and it’s of crucial importance I think.” (Karlsson & Forsberg, 2008 s. 45).

Att bli en del av och känna sig delaktig, att bli bekräftad var något som återkommer som en viktig aspekt. Genom att sjuksköterskan blev en del av deras liv, skrattade och berättade om händelser som sker utanför IVA, upplevdes som positivt och en anledning till att kämpa (Karlsson & Forsberg, 2008). Även om patienterna inte kunde se eller känna sjuksköterskans närvaro kunde de komma ihåg sjuksköterskans röst och bara genom att höra rösten fick det patienten att känna sig lugnare (Karlsson & Forsberg, 2008; Jablonski, 1994).

“It means a lot how the staff behave, and if they take time to talk with you in peace and quiet, you feel like a human being and that can make the anxiety and agony disappear”. (Granberg et al., 1998 s. 302).

Hur patienten uppfattar sjuksköterskan är starkt beroende på hur och på vilket sätt sjuksköterskan uppträder mot patienten. En sjuksköterska som tar sig tid att sitta ner hos patienten, som pratar på ett lugnt och förtroligt sätt skapar en god relation (Granberg et al. 1998). En uppskattad sjuksköterska är den som uppträder professionellt, som gör sitt jobb och som gillar att ta hand om andra människor. Patienterna upplevde att en ”bra” sjuksköterska ser till så att de får hjälp i den stund de behöver det och sjuksköterskan tillåter att patienten, i den mån det är möjligt, får vara delaktig och bestämma över omvårdnaden (Jablonski, 1994).

The staff were wonderful, I heard their calm voices all the time: “We are with you”. It felt secure, they helped me to rest, they made the bed, it was delightful’. (Granberg et al., 1998 s. 302).

Att återta kontrollen

Att vakna upp upplevdes som tomhet i både kropp och själ, ovissheten av att inte veta vad som hänt och om det var natt eller dag. Det som många patienter kommer ihåg som det första verkliga minnet var antingen närvaron av anhöriga, ögonblicket för extuberingen (Granberg et al., 1998), sjuksköterskans närvaro eller oxygenmasken (Löf et al., 2006). När sederig lättas och patientens tillstånd tillåter tas endotrakealtuben bort, extubering. Att bli extuberad upplevdes som en befrielse av de flesta (Karlsson & Forsberg, 2008; Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005) medan andra upplevde det smärtsamt (Jablonski, 1994). Likväl som det upplevdes som en befrielse för en del, kunde det av andra uppleva känslor av tomhet i både kropp och själ (Karlsson & Forsberg, 2008).

” I remember that it was awfully unpleasant and yet a relief, because I remember being in floods of tears afterwards.”
(Karlsson & Forsberg, 2008 s. 44).

När endotrakealtuben väl var borta ökade patientens lust att kämpa och överleva, att andas eller inte andas. Extuberingen var även något som påverkade patienten flera dagar efteråt, att de var rädda att bli intuberade igen (Granberg et al., 1998).

Beroende på hur länge patienten behandlats i respiratorn får det effekter på vilket sätt patienten uppfattar sin kropp. En del patienter upplevde det svårt att äta medans andra inte kunde rör mer än tårna. Att förlora kontrollen över sin kropp, att behöva få hjälp och inte kunna ta hand om sig själv som de gjorde innan de blev sjuka, upplevdes som frustrerande och hemskt. Patienterna beskriver att deras muskler skrumpnat, fungerade dåligt, var svaga eller helt frånvarande, minsta rörelse gav upphov till utmattning eller kollaps (Johansson & Fjellman-Wiklund (2005).

”Everything was just awful, it felt tough, terribly tough, one became tired, and exhausted easily, breathlessness even when sitting and then standing up, it was like the worst experience of your life.” (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005 s. 157).

Att inte kunna känna sin kropp, att armar och ben inte fungerar som vanligt, en känsla av tomhet är upplevelser som beskrivs i studier av Granberg et al. (1998); Johansson och Fjellman-Wiklund (2005). Domningar, nedsatt känsel och stelhet var också faktorer som påverkade deras uppfattningar om sin kropp. För en del betydde det att de inte kunde motivera sig till rehabilitering, en känsla hopplöshet, maktlöshet, förtröstan och uppgivenhet. Andra tyckte att de upptog tid som andra kunde ha större nytta av. Patienterna upplevde rädsla som ett hinder för aktivitet och en del hade en övertro på sin förmåga (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005). En del patienter upplevde att så fort de vaknat till och blivit av med respiratorn kunde de ställa sig upp och gå. Många patienter hade då ingen aning om att de legat i respirator i flera dagar ibland veckor och var därför allt för svaga att sitta upp eller stå på benen (Granberg et al., 1998).

En längre tid i respiratorn förändrade deras syn på kroppen, förändringar som var svåra att acceptera. Patienter hade förlora mycket vikt, för en del upplevdes detta positivt och andra var nöjda med den kropp de hade innan de blev sjuka (Karlsson & Forsberg, 2008; Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005).

“The face in the mirror was no longer mine. It was so hollow, a tooth missing, it was like, there was nothing left of me as I was used to seeing myself, which I experienced awfully.” (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005 s. 158).

Förmågan att inte kunna röra sig som tidigare och det faktum att utseendet förändrats under tiden på IVA, gjort tydliga intryck på hur de upplevde sin kropp. Patienterna upplevde att tiden på IVA tydliggjort existentiella tankar kring liv och död. För en del patienter innebar det en annan syn på livet och en djupare förståelse för andra människor (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005; Karlsson & Forsberg, 2008). Andra

beskriver att de upplevt döden så närvarande och känner att de blivit återfödda och fått en andra chans att leva (Jablonski, 1994).

“I have revalued my time and intend spending more time with my family and grandchildren and children.” (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005 s. 158).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden som valdes för denna studie var att göra en systematisk litteraturöversikt. De artiklar som ingick i resultatet var artiklar som använt en kvalitativ forskningsansats. Valet att endast inkludera artiklar med en kvalitativ ansats var för att det bäst svarade mot syftet i denna studie. Genom kvalitativ metod kan patienterna förmedla en vald situation till andra ur ett eget perspektiv och med egna ord (Kvale, 1997) och det ger läsaren möjlighet att ta del av uttryck som patienterna använder för att beskriva ett fenomen (Forsberg & Wengström, 2008). Styrkan att göra en systematisk litteraturöversikt är på ett systematiskt sätt undersöka, jämföra och se skillnader av ett fenomen. De ger en styrka att se fenomenet från flera olika perspektiv, populationer och omständigheter (Evans, 2002).

Författaren av denna studie valde att göra en systematisk litteraturöversikt, svårigheten var att hitta tillräckligt med artiklar och som svarade på syftet. Sökningen av artiklar begränsades till att endast omfatta aktuell forskning de senast 10 åren. Sökningen gav få artiklar och många artiklar var kvantitativa, därför utökades sökning till artiklar publicerade de senast 15 åren. Syftet med studien var att beskriva intuberade patienters upplevelser generellt och inte om specifika situationer eller om kommunikation, varav artiklar med fokus på patienters upplevelse av exempelvis sugning av endotrakealtuben och kommunikation uteslöts. Analysen av artiklarna upplevde författaren av denna studie som tidskrävande och identifiera meningsbärande enheter svårt. Att avgränsa, finna teman och subteman och att inte utesluta fenomen som inte tydligt framkommer i artiklarna var svårt, i denna process är fler författare att föredra.

Resultatdiskussion

Resultatet av denna studie beskriver hur intuberade patienter upplevde tiden på IVA. Vid analysen av artiklarna framkom det hur patienter har olika upplevelser och att dessa upplevelser antingen var något negativt, de onda eller positivt de goda. Resultatet visar vikten av hur vi som sjuksköterskor förhåller oss till dessa patienter och hur olika yttre faktorer påverkar patienternas välbefinnande.

Overkliga upplevelser, hallucinationer och mardrömmar är vad som framgår i resultatet upplevelser som många patienter minns och att dessa upplevelser och drömmar aldrig upplevts vare sig tidigare eller efter tiden på IVA (Johansson et al., 2006; Granberg et al., 1999, Wang et al., 2009). Patienterna pendlar mellan i och ur medvetlöshet och det upplever de som besvärande att inte veta vilket som är verkligt eller överkligt. Ångest, oro och agitation beskrivs också i samband med överkliga upplevelser. I tidigare forskning finns dessa tillstånd beskrivna och benämns då som delirium (Roberts et al.,

2006). Delirium eller IVA-syndrom är ett tillstånd som förklaras bero på ett komplext samspel mellan patientens tidigare psykiska problem, det psykiska traumat, sjukdomstillståndet, stress orsakat av miljön och behandlingen, men det som påverkar patienterna mest är användningen av droger som påverkar hjärnan som sederande och analgetika och vården på IVA (Kuch, 1990). Delirium beskrivs som att patienterna har en nedsatt förmåga för yttre stimulering och ska inte behandlas med mer sederande vilket kan leda till ett förvärrat tillstånd (Yagan et al., 2000). Användning av sederande droger eller analgetika är en påtaglig riskfaktor för att utveckla delirium på IVA. Avvikande blodstatus så som hyperamylas, hyperkalcemi, hyperbilirubin och hyperkalcemi beskrivs också som överhängande riskfaktorer (Van Rompaey, Schuurmans, Shortridge-Baggett, Truijen & Bossaert, 2008). Förekomsten av delirium varierar men upp till 80 % av patienterna på IVA blir deliriösa (Roberts, 2001; Van Rompaey et al., 2008; Larsson & Rubertsson, 2005). Patienter med delirium upplever i större omfattning än icke-delirium patienter överkliga upplevelser. Allvarligare sjukdom, respirator behandling och lång tid på IVA är faktorer som ökar risken för delirium (Roberts et al., 2006). Som resultatet av denna studie visar är det situationer, relationer och miljön som påverkar patienterna och ger upphov till överkliga upplevelser. Patienterna inser att de är en i en överklig värld och de kämpar för att komma tillbaka till verkligheten igen. Kampen mellan det överkliga och det verkliga beskrivs av flera patienter. En patient beskriver att hon hittade något som var verkligt, hennes säng, och hände det något överkligt kunde hon alltid komma tillbaka till sängen och känna sig säker i den (Magarey & McCutcheon, 2005). Att försöka uthärda situationen av att vara sederad i respiratorn, fick patienterna att komma på olika metoder. En del patienter försökte övertyga sig själva om att de inte var sjuka, andra försökte aktivera sig själva och framförallt tänka och använda hjärnan.

Uppgivenhet och att bara acceptera situationen beskrivs också som ett sätt att fly undan tiden i respiratorn. Genom att mentalt fly från situationen till något mer behagligt fick patienterna att känna hopp och gav dem styrka att kämpa för sin överlevnad (Granberg et al., 1999). Hur svårt och skrämmande patienterna upplever respiratorn och uppenbarelserna av överklighet beskrivs av en patient som tyckte det var lika bra att ta sitt liv genom att koppla bort respiratorn (Karlsson & Forsberg, 2008).

På IVA är det sjuksköterskan som arbetar närmast patienten och en relation byggs upp mellan patient och sjuksköterska och i resultatet av denna studie framgår det hur denna relation upplevs betydelsefull för patienten både på gott och ont. Björk (2007) beskriver en relation som god eller dålig vilket stämmer överens med patienternas beskrivning av sjuksköterskan i resultatet. Patienterna upplever sjuksköterskan som en trygghet, någon som är där och tar hand om patienten och får patienterna att känna sig bekräftade. Beskrivningar om sjuksköterskan som osympatisk och elak, får i sammanhanget stå för den dåliga relationen. Patienterna upplever att sjuksköterskan ser de som objekt, en kropp som ska behandlas och att de glömmer av eller ignorerar att det faktiskt finns någonting inuti kroppen. Sjuksköterskan beskrivs som opersonlig och pratade över huvudet på patienterna, speciellt vid rondan.

Sjuksköterskans bemötande får alltså konsekvenser för hur patienterna upplever tiden på IVA och relationen till sjuksköterskorna. Det patienterna beskriver i resultatet av föreliggande studie är: *brist på uppmärksamhet*, sjuksköterskan är mer intresserad av

infusionspumparna än patienten, *förolämpad* då läkare och sjuksköterska diskuterar över huvudet på patienten och *förödmjukad* då patienten får utträtta sina behov i sängen. Brist på uppmärksamhet, förolämpad och förödmjukad beskriver Dahlberg (2002) som ett vårdlidande, där patienterna inte får ta del av sitt eget vårdande och patienternas värdighet kränks och där vårdpersonal får patienterna att känna sig mera sårbara och öka deras lidande. Ett onödigt vårdlidande och beskrivs av patienterna som att de blir åsidosatta och maktlösa, att patienterna inte får information om vad som sker, kärnan i vårdandet förskjuts från patienterna, de behandlas som objekt och får inte hjälp när de behöver (Dahlberg, 2002). Vårdrelation och vårdlidande står följaktligen i förhållande till varandra, där en ömsesidig förståelse och respekt till patient minskar vårdlidandet och förbättrar patientens upplevelser av sjuksköterskan. Och att vårdlidandet enligt Eriksson (1994) kan uppstå ur ett omedvetet handlande, bristande kunskap och avsaknad av reflektion.

Det som framkommer av resultatet är att alla patienter nöjda med relationen men att alla patienter hade åtminstone en förskräckt upplevelse av sjuksköterskan (Jablonski, 1994). En bra vårdrelation beskriver Malmsten (2001) är när sjuksköterskan ser patienten som en helhet där kroppen likväl som själen behandlas. Patienterna upplever att inte bara teknik och expertis som viktigt, lika viktigt är den mänskliga aspekten där det ingår medlidande, uppmuntran, uppmärksamhet, skapa välbefinnande och en känsla av trygghet (Hofhuis et al., 2008). I resultatet av denna studie upplever patienterna ett välbefinnande då sjuksköterskan kan sitta ner vid patienten, känna den fysiska närvaron och berätta om vardagliga händelser. Att vara uppmärksam som sjuksköterska innebär att kunna se vilka behov patienten har, kan inte patienten förmedla dessa behov beroende på endotrakealtuben eller andra omständigheter är det bland annat sjuksköterskan som ansvaret vilar på att dessa behov tillfredsställs. För patienterna på IVA är det viktigt att få bekräftelse på att de är viktiga som person, att de har ett värde inte bara som patient utan som människa. Att de blev påmind om vad de betyder för andra människor, anhöriga och vänner. Anhörigas närvaro upplevs av patienterna som kontakten med världen utanför sjukhuset. Att få lite andrum och få tankarna på annat håll än slangar, apparater och överkliga upplevelser vilket också framkommer i studie av McKinley et al. (2002) där anhöriga beskrivs ha en lugnande effekt och gav patienterna en inre styrka och anhöriga kan ge patienten den kärlek och omtanke som de ibland saknar från sjuksköterskan.

Sjuksköterskor förklarar att anhöriga har en lugnande inverkan på patienten och är någon som patienterna känner igen till skillnad från sjuksköterskan. Sjuksköterskan kunde uppfatta att bara genom anhörigas närvaro minskade patientens förvirring och agiterande beteende. Sjuksköterskor ser också anhöriga som att de ser efter patienten, uppmuntrar till att kämpa, håller deras hand eller pratar lugnande till patienten. Anhöriga ser sig själva som både stöttande och vårdande men att den huvudsakliga uppgiften är att värna, finnas där och se till patientens bästa (Hupcey, 1999; Bergbom & Askvall 2000). Patienter som haft anhöriga hos sig under tiden på IVA upplever att relationen till anhöriga växt sig starkare lång tid efteråt och de brydde sig mer om varandra efter upplevelsorna som dem haft tillsammans (Ångström & Söderberg, 2007).

Att miljön på IVA är högteknologisk är väl beskrivet i litteraturen. Apparater som är kopplade till patienten upplevs av patienterna som skrämmande, utlämnande och oro

över vad som sker om tekniken fallerar. Patienterna känner sig beroende och i händerna på teknik som de inte känner till. Intravenösa infarter som smärtsamma, sladdar och slangar som gjorde det obekvämt i sängen. I resultatet beskriver patienterna endotrakealtuben som obehaglig och ett stort hinder för kommunikationen. Vad som upplevs som besvärande med endotrakealtuben beskrivs i studien av Samuelsson et al., (2007). Att inte kunna prata upplevde 82 % av 116 patienter som besvärande och obehag upplevde 89 %. I samma studie upplevde 71 % av 206 patienter det besvärande att vara kopplad till slangar och sladdar. Att behandlas på IVA är komplicerat, övervakning, slangar och sladdar är en del av behandling. Vad som upplevs som stressande för patienten skiljer så från det som sjuksköterskan tror patienterna upplever som stressande. De fem främsta orsakerna som sjuksköterskan tror patienten upplever som mest stressande är: smärta, att inte kunna kommunicera, att inte ha kontroll, endotrakealtuben och inte kunna sova i nämnd ordning. Patienterna upplever endotrakealtuben som mest stressande följt av törst, att inte veta vad klockan är, att det är obekvämt i sängen och att vara kopplad till slangar och sladdar (Corncock, 1998), vilket också väl överensstämmer med resultatet i denna studie. Det som patienterna upplever stressande är fenomen som handlar om basal omvårdnad. Endotrakealtubens närvaro beror på patientens kritiska tillstånd och kan inte tas bort bara för att patienterna upplever den stressande och störande, men med information om varför den finns där och är en del av behandlingen ger det patienterna en ökad acceptans och förståelse. Att patienterna är törstiga, förlorat tidsuppfattningen och att det är obekvämt är faktorer som sjuksköterskan kan reducera eller många gånger förhindra genom att visa förståelse och engagemang, genom att upprätthålla en god vårdrelation.

Kliniska implikationer

Det som framkommer i studie beskriver vad intuberade patienter på IVA upplever och hur dessa upplevelser påverkar dem under tiden de vårdas på IVA. Patienterna kommer till IVA då vitala funktioner hotas eller sviktar och avancerad vård erfordras, där övervakning och utrustning är en del av behandlingen och är svårt att undvika. Det som däremot går att påverka är miljön runt patienten, sjuksköterskans och anhörigas närvaro, där nedanstående punkter ger förslag till förbättring för dessa patienter:

- Utforma miljön runt patienten så att de känner sig lugna och trygga. Minimera larm och ljud från apparater och övervakningsmonitorer och begränsa antalet personer som befinner sig på rummet.
- Att skapa en god vårdrelation genom att bemöta patienten med respekt och empati.
- Informera anhöriga om deras betydelse för patienten och tillåt dem att vara delaktiga i vården.
- Glöm inte att bakom all utrustning och övervakning finns en människa som är i behov och litar på personalens kompetens.

Slutsatser

Patienter som är kopplade till en respirator är en utsatt patientkategori, patienten är beroende av den tekniska utrustningen, av sjuksköterskor och annan vårdpersonal i en miljö som är helt främmande. Överkliga upplevelser, möten med sjuksköterskor som

behandlar dem som objekt och oförmågan att kommunicera resulterar i en tid då patienterna kämpar för att ta sig där ifrån. Anhöriga är ett stort och viktigt stöd för partierna under denna tid. Anhöriga ger dem hopp och kraft att komma tillbaka och bli friska. Sjuksköterskans roll är att kunna se helheten, förstå vad patienterna känner och vilka behov de har, att stå för den goda vårdrelationen. Författaren av denna studie hoppas och tror att många av de onda upplevelser patienten har beror på sjuksköterskans okunskap om vad och hur patienterna uppfattar sin omgivning och inte på att sjuksköterskan medvetet ser patienten som ett objekt. Flera av de onda upplevelser patienterna har kan många gånger lindras om sjuksköterskan har kunskap om dessa upplevelser. Genom en bra vårdrelation kan patienternas kamp från det onda till de goda påskyndas och ge patienterna ett minne från tiden på IVA som någonting positivt och verkligt.

”The most critical element of all in creating a healing environment is the humanized caring that is given by the care provider to each and every patient and their families in the intensive care environment”. (Stichler, 2001 s. 20)

REFERENSER

- Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2007). Of vigilance and invisibility – being a patient in technologically intense environments. *Nursing in Critical Care*, 12(3), 151-158.
- Arias-Rivera, S., Sánchez-Sánchez, M., Sánchez-Izquierdo, R., Santos-Diaz, R., Gallardo-Murillo, J. & Frutos-Vivar, R. (2006). Does sedation practice delay time to extubation? *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(6), 378-382.
- Bennun, I. (2003). Critical care: the effects of a high technology environment. *Care of the Critically Ill*, 19(3), 88-91.
- Bergbom, I. & Askvall, A. (2000). The nearest and dearest: a lifeline for the ICU patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(6), 384-395.
- Bergbom, I. & Nilsson, M. (2000). *Vård av patienter med andningsproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Björk, M. (2007). Vårdrelation. Ett försök att tydliggöra begrepps användningen. *Vård i Norden*, (27)4, 14-19.
- Blackwood, B. (2000). The art and science of predicting patient readiness for weaning from mechanical ventilation. *International Journal of nursing studies*, 37(2), 145-151.
- Capuzzo, M., Pinamonti, A., Cingolani, E., Grassi, L., Bianconi, M., Contu, P., Gritti, G. & Alvisi, R. (2001). Analgesia, Sedation, and Memory of Intensive Care. *Journal of Critical Care*, 16(3), 83-89.
- Cornock, M. A. (1998). Stress and the intensive care patient: perceptions of patients and nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 518-527.
- Dahlberg, K. (2002). VÅRDLIDANDE – det onödiga vårdlindandet. *Vård i Norden*, 63(1), 4-8.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dybvik, K. (1997). *Respiratorbehandling*. Stockholm: Universitetsbolaget.
- Ekerholt, K. & Berglund, A. (2008). Breathing: A Sign of Life and a Unique Area for Reflection and Action. *American Physical Therapy Association*, 88(7), 832-840.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB

- Feeley, K. & Gardner, A. (2006). Sedation and analgesia management for mechanically ventilated adults: literature review, case study and recommendations for practice. *Australian Critical Care*, 19(2), 73-77.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur & Kultur.
- Fredriksen, S-T. & Ringsberg, K. (2007). Living the situation stress-experiences among intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(3), 124-131.
- Fuchs, E. M. & Von Rueden, K. (2009). Sedation Management in the Mechanically Ventilated Critically Ill Patient. *AACN Advanced Critical Care*, 19(4), 421-432.
- Granberg, A., Bergbom Engberg, I. & Lundberg, D. (1998). Patients experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14(6), 294-307.
- Granberg, A., Bergbom Engberg, I. & Lundberg, D. (1999). Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15(1), 19-33.
- Granberg, A., Malmros, C., Bergbom, I. & Lundberg, D. (2002). Intensive care unit syndrome/delirium is associated with anemia, drug therapy and duration of ventilation treatment. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 46(6), 726-731.
- Hofhuis, J., Spronk, P., van Stel, H., Schrijvers, A., Rommes, J & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(5), 300-313.
- Hupcey, J. E. (1999). Looking out for the patient and ourselves –the process of family integration into the ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 8(3), 253- 262.
- Jablonski, R. (1994). The experience of Being Mechanically Ventilated. *Qualitative Health Research*, 4(2), 186-207.
- Johansson, L. & Fjellman-Wiklund, A. (2005). Ventilated patient's experiences of body awareness at an intensive care unit. *Advances in Physiotherapy*, 7(4), 154-161.
- Johnson, P., St John, W. & Moyle, W. (2006). Long-term mechanical ventilation in a critical care unit: existing in an uneveryday world. *Journal of Advanced Nursing*, 53(5), 551-558.
- Karlsson, V. & Forsberg, A. (2008). Health is yearning- Experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(1), 41-50.

- Kress, J. P., Pohlman, A. S., O'Connor, M. F. & Hall, J. B. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *The New England Journal of Medicine*, 342(20), 1471-1477.
- Kuch, K. (1990). Anxiety disorder and the ICU. *Clinical Intensive Care*, 1, 7-11.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, A. & Rubertsson, S. (2005). *Intensivvård*. Stockholm: Liber AB
- Löf, L., Berggren, L. & Ahlström, G. (2006). Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay –3 and 12 months after discharge. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(3), 154-166.
- Magarey, J. & McCutcheon, H. (2005). "Fishing with dead" –Recall of memories from the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(6), 344-354.
- Malmsten, K. (2001). *Etik i basal omvårdnad ... i någon annans händer...* Lund: Studentlitteratur.
- Mazzeo, A. J. (1995). Sedation for the mechanically ventilated patient. *Critical Care Clinics*, 11(2), 937-955.
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M. & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Care Nursing*, 18(1), 27-36.
- Polit, D. & Beck, C. (2004). *Nursing Research. Principles and Methods*. (7th edition). Philadelphia: J. B. Lippincott Company
- Price, A. M. (2001). Nurse-led weaning from mechanical ventilation: where's the evidence? *Intensive and Critical Care Nursing*, 17(3), 167-176.
- Putensen, C., Zech, S., Wrigge, H., Zinserling, J., Stuber, F., von Spiegel, T. & Mutz, N. (2001). Long-Term Effects of Spontaneous Breathing During Ventilatory Support in Patients with Acute Lung Injury. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 164(1), 43-49.
- Roberts, B. (2001). Managing delirium an adult intensive care patients. *Critical and Care Nursing*, 21(1), 48-55.
- Roberts, B., Rickard, C., Rajbhandari, D. & Reynolds, P. (2006). Patients' dreams in ICU: Recall at two years post discharge and comparison to delirium status during ICU admission A multicentre cohort study. *Intensive and Critical Care Nursing* 22(5), 264-273.
- Rose, L. (2006). Advanced Modes of Mechanical Ventilation. *AACN Advanced Critical Care*, 17(2), 145-160.

- Russell, S. (1999). An exploratory study of patients perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 783-791.
- Samuelsson, K.A., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2007). Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing in Critical Care*, 12(2), 93-104.
- Samuelsson, K., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2006). Memory in relation to depth of sedation in adult mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive Care Medicine*, 32, 660-667.
- Stichler, J. F. (2001). Creating Healing Environments in Critical Care Units. *Critical Care Nursing Quarterly*, 24 (3), 1-20.
- Van Rompaey, B., Schuurmans, M., Shortridge-Baggett, L., Truijen, S. & Bossaert, T. (2008). Risk factor for intensive care delirium: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 98-107.
- Wang, K., Zhang, B., Li, C. & Wang, C. (2009).Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *Journal of Clinical Nursing*, 18(2), 183-190.
- Westcott, C. (1995). The sedation of patients in intensive care units: a nursing review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11(1), 26-31.
- Wojnick-Johansson, G. (2001). Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17(1), 29-39.
- Wåhlin, I., Ek, A.C. & Idvall, E. (2006). Patient empowerment in intensive care- An interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(6), 370-377.
- Yagan, M. B., White, D. & Staab, J. (2000). Sedation of the Mechanically Ventilated Patient. *Critical Care Nursing Quarterly*, 22(4), 90-100.
- Ångström, Å. & Söderberg, S. (2007). Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill. *Journal of Advance Nursing*, 59(6), 569-576.

BILAGA 1

Checklista för kvalitativa artiklar

A. Syftet med studien?

- Vilken kvalitativ metod har använts?
- Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?

B. Undersökningsgrupp

- Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? (Inklusionskriterier och exklusionskriterier ska vara beskrivna)
- Var genomfördes undersökningen?
- Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?
- Vilken urvalsmetod användes?
 - Strategiskt urval
 - Snöbollsurval
 - Teoretiskt urval
 - Ej angivet
- Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).
- Är undersökningen lämplig?
- Etiska övervägande? (tillägg av författaren)

C. Metod för datainsamling

- Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, vem och i vilket sammanhang datainsamlingen skedde)?
- Beskriv:
- Beskrivs metoderna för datainsamlingen tydligt (vilken typ av frågor användes, etc.)?
- Beskriv:
- Ange datainsamlingsmetod:
 - Ostrukturerade intervjuer
 - Halvstrukturerade intervjuer
 - Fokusgrupper
 - Observationer
 - Video-/bandinspelning
 - Skrivna texter eller teckningar
- Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)?

D. Dataanalys

- Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?
- Ange om:
 - Teman är utvecklade som begrepp
 - Det finns episodiskt presenterade citat
 - De individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna beskrivna
 - Svaren är kodade
- Resultatbeskrivning:
- Är analys och tolkning av resultatet diskuterade?
- Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?
- Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?

- Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?
- Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?
- Är de teorier och tolkningar som presenteras beroende på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)?

E. Utvärdering

- Kan resultat återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?
- Stöder insamlade data forskarens resultat?
- Har resultaten klinisk relevans?
- Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?
- Finns risk för bias?
- Vilken slutsats drar författarna?
- Håller du med om slutsatserna? (om nej, varför inte?)
- Skall artikeln inkluderas?

BILAGA 2.

Artikelsammanfattning.

Artikel 1.

Titel: Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation

Författare: Wang, K., Zhang, B., Li, C. & Wang, C.

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

Årtal: 2009

Syfte: Att förstå intensivvårds patienters upplevelse under pågående mekanisk ventilation.

Metod: Djupintervjuer med **11** deltagare med en Giorgi's fenomenologi analys metod.

Resultat: Fem teman framkom, vilka var: att vara i en okonventionell miljö, psykiskt och -fysisk lidande, själv – uppmuntran och själv- reflektion. De två senare teman visade på ett ökat självförtroende, vilket var avgörande för tillfrisknandet.

Artikel 2.

Titel: Health is yearning –Experiences of being conscious during ventilator treatment in critical care unit.

Författare: Karlsson, V & Forsberg, A.

Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing

Årtal: 2008

Syfte: Att undersöka patienternas upplevelser av att vara medvetslös under respirator behandling.

Metod: Hermeneutiskt fenomenologisk metod användes, **8** patienter intervjuades.

Resultat: Tid i respiratorn varierade från 1 dag till flera månader och sederingsgraden varierande. Tre huvudrubriker framkom: minnen, övervinna situationen och individuella konsekvenser. Hälsa förknippades med längtan och patienterna uppfattade sig själva genom de attityder och beteende som vårdarna gav, där betydelsen av vårdande består av den holistiska bekräftelsen av de individuella lidandet.

Artikel 3.

Titel: Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II

Författare: Granberg, A., Bergbom Engberg, I. & Lundberg, D.

Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing

Årtal: 1999

Syfte: Beskriva och belysa patienters upplevelser av akut förvirring, desorientering, vakenhet, drömmar och mardrömmar under och efter tiden på IVA.

Metod: Intervjuer med **19** patienter som fått respirator behandling. Hermeneutisk metod tolkning och analys användes.

Resultat: Patienter upplevde rädsla, intensiv eller outhärdlig rädsla resulterade i skrämmande överkliga upplevelser. Omvårdnad, anhörigas eller sjuksköterskans delaktighet kunde reducera rädslan. Förtroende för sjuksköterskan, självkontroll eller tillit av självkontroll reducerar risken av överkliga upplevelser.

Artikel 4.

Titel: 'Fishing with the dead'—Recall of memories from the ICU.

Författare: Magarey, J & McCutcheon, H.

Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing.

Årtal: 2005

Syfte: Att beskriva patienter som vårdats kortare tid på IVA om vad de minns.

Metod: Kvalitativ och kvantitativ metod, intervjuer av **8** patienter och **51** patienter ingick i den kvantitativa delen av studien där de svarat på skriftliga frågor.

Resultat: De vanligaste minnena från IVA är ångest, smärta, törst och illamående. Mardrömmar, hallucinationer och förvirring var också vanligt. I intervjuerna framkom olika teman: verklig och överkligt, svart och färger, orkeslöshet, syfte och död. Patienterna beskriver förskräckliga paranoida vanföreställningar. Att uppmuntran och informera patienterna varje dag kan underlätta att förstå vad de upplever och att anhöriga kan vara en länk till verkligheten.

Artikel 5.

Titel: Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay –3 and 12 months after discharge.

Författare: Löf, L., Berggren, L. & Ahlström, G.

Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing

Årtal: 2006

Syfte: Att beskriva kritiskt sjuka och respirator behandlade patienters hågkomst och upplevelser.

Metod: Kvalitativ metod där **9** patienter intervjuats 3 och 12 månader efter utskrivning från IVA.

Resultat: Patienterna beskriver överkliga upplevelser, förvirrade minnen och eller tumult före tiden på IVA. Upplevelserna och minnena från IVA är ungefär desamma efter 3 som 12 månader. Minnena av vad de upplevt har både varit av traumatisk och emotionell art.

Artikel 6.

Titel: Long-term mechanical ventilation in critical care unit: existing in an uneveryday world.

Författare: Johnson, P., St John, W. & Moyle, W.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing.

Årtal: 2006

Syfte: Att beskriva och tolka innebörden av betydelsen av längre tids mekanisk ventilation.

Metod: **9** patienter intervjuades sedan de skrivits ut från IVA.

Resultat: 4 teman identifierades under rubriken "icke vardaglig värld", att bli inhyst, existera, återinsamling och få ihop intrycken. Patienterna upplevde det som obehagligt och skrämmande. Mardrömmar och bristande tid -rum -och- kroppsuppfattning, svårigheter med den tekniska utrustningen och omvårdnaden.

Artikel 7.

Titel: Patient empowerment in intensive care – An interview study.

Författare: Wåhlin, I., Ek, A-C. & Idvall, E.

Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing

Årtal: 2006

Syfte: Beskriva patienternas egenmakt i en intensivvårds situation.

Metod: Intervjuer med **11** patienter. En empirisk fenomenologisk psykologisk analys metod användes.

Resultat: Patientens egenmakt består av styrka och stimulering till patienterna egna inneboende livsglöd och önskan att kämpa. En god miljö som uppmuntrar känslor av betydelse, motiverar och som gör att patienten känner sig säker.

Artikel 8.

Titel: An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit.

Författare: Russell, S.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

Årtal: 1999

Syfte: Undersöka och beskriva patienternas minnen och erfarenheter från IVA.

Metod: Intervjuer med **86** patienter och **212** patienter hade svarat på ett frågeformulär.

Resultat: Såväl teknisk övervakning som närvaron av vårdare gav många patienter och deras anhöriga en trygghet. Brist på kommunikation ledde till oro och en del av de psykologiska problem som patienterna upplevde efter tiden på IVA kunde ha mildrats genom en förbättrad kommunikation mellan vårdare och patient redan under IVA tiden. Studien kom också fram till att det är viktigt att även de som vårdat en patient får ta del av de upplevelser som patienten hade under vårdtiden.

Artikel 9.

Titel: Ventilated patient's experiences of body awareness at an intensive care unit.

Författare: Johansson, L. & Fjellman- Wiklund, A.

Tidskrift: Advances in Physiotherapy

Årtal: 2005

Syfte: Att förbättra kunskapen och förståelsen av "body awareness" och "body image" hos patienter som behandlats med respirator på IVA.

Metod: Grounded Theory användes, djup intervjuer med **7** patienter.

Resultat: En huvudkategori utkristalliserade sig, nämligen "begränsad möjlighet till att aktivitet". Patienterna upplevde att de inte kunde röra sig som vanligt, att de var en annan person, att inte ha kontakt med sin kropp eller med verkligheten och att vara begränsad.

Artikel 10.

Titel: Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I.

Författare: Granberg, A., Bergbom Engberg, I. & Lundberg, D.

Tidskrift: Intensive and Critical Care Nursing

Årtal: 1998

Syfte: Beskriva och fördjupa insikten av vad patienter upplever och minns under och efter tiden på IVA.

Metod: Intervjuer med **19** patienter som haft respirator behandling.

Resultat: Patienterna beskrev att de upplevde något sorts kaos initialt i deras sjukdom, skada eller olycka, vilket resulterade i känslor av extrem instabilitet, sårbarhet och rädsla. Även små omständigheter eller rutiner runt patienten kunde påverka patienternas känsla av rädsla eller inre oro. Vårdrelation mellan patient och vårdare påverkade också.

Artikel 11.

Titel: The Experience of Being Mechanically Ventilated

Författare: Jablonski, R.

Tidskrift: Qualitative Health Research.

Årtal: 1994

Syfte: Undersöka upplevelse av de patienter som behövt respirator.

Metod: Intervjuer med **12** patienter efter deras tid på IVA.

Resultat: 15 olika kategorier framkom varav en utgjordes av rekommendationer från patienterna. Patienter påverkades av att inte kunna kommunicera, upplevde frustration, hjälplöshet och problem med respiratorn hade stor betydelse.
