EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2020:30

Patientens upplevelse av törst i samband med att inte få dricka vid allvarlig sjukdom och ohälsa inom intensivvård och slutenvård

En kvalitativ intervjustudie ur ett patientperspektiv

Anders Forsberg
Madelaine Karlsson

HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Patientens upplevelse av törst i samband med att inte få dricka vid allvarlig sjukdom och ohälsa inom intensivvård och slutenvård - En kvalitativ intervjustudie ur ett patientperspektiv
Författare:	Anders Forsberg och Madelaine Karlsson
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot intensivvård
Handledare:	Elisabeth Lindberg
Examinator:	Glenn Larsson

Sammanfattning

Att inte få dricka i samband med allvarlig sjukdom och ohälsa leder till en känsla av törst och torrhet i munnen. Detta är ett besvär som påverkar patientens vistelse på sjukhus. Vårdrelationen spelar en stor roll för patientens upplevelse. Törsten och torrheten förefaller svåra för sjuksköterskan att uppmärksamma. Denna studie syftar till att belysa patientens upplevelse av törst i samband med att inte få dricka vid allvarlig sjukdom och ohälsa inom intensivvård och slutenvård. Metoden är en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, där sju patienter har intervjuats. Resultatet av analysen presenteras i två huvudkategorier: *Förhållande till den egna kroppen* och *förhållande till andra.* I den första kategorin belyses starka känslor av törst och torrhet som är ständigt närvarande men även tankar om hur individen själv hanterar sin svåra situation. Andra kategorin beskriver vårdrelationen och hur den påverkar informantens lidande. Här framkommer en känsla av maktlöshet av att bli nekad dryck och omvårdnadsåtgärder som gör upplevelsen mer hanterbar. Då informanterna i stor utsträckning understryker det bekymmer av törst och torrhet som uppstår vid vätskekarens, något som också beskrivs i andra studier, borde detta motivera ett ökat fokus på problemet. De åtgärder som informanterna beskriver som underlättar tillvaron är enkla åtgärder som intensivvårdssjuksköterskan borde vara bekant med, exempelvis kall fuktig muntork samt vaselin på torra läppar. Studien visar att problemet går att lindra med kunskaper som sjuksköterskor besitter. Utmaningen blir att få törst och torrhet kontinuerligt bedömt och lindrat vilket är patienten till gagn.

Nyckelord: *Patientupplevelse, Törst, Dricka, Intervjustudie, Intensivvård, Intensivvårdssjuksköterska*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1

BAKGRUND 1

Intensivvård 1

Vätskekarens på intensivvårdsavdelning 1

Upplevelse av att inte få dricka 2

Vårdrelation vid vätskekarens 2

Muntorrhet 3

Törst 3

Osmotisk törst 4

Hypovolem törst 4

Hållbar utveckling 4

PROBLEMFORMULERING 5

SYFTE 5

METOD 5

Ansats 5

Deltagare 6

Datainsamling 6

Dataanalys 7

Tabell 1 Förtydligande av analysgången 7

Etiska överväganden 8

RESULTAT 8

Förhållande till den egna kroppen 8

Kroppslig förnimmelse 8

Själslig förnimmelse 9

Förhållande till andra 11

Betydelsen av god omvårdnad 11

Att inte få bestämma själv 12

DISKUSSION 13

Metoddiskussion 13

Resultatdiskussion 15

Kroppslig förnimmelse 15

Själslig förnimmelse 16

Betydelsen av god omvårdnad 16

Att inte få bestämma själv 17

SLUTSATSER 19

KLINISKA IMPLIKATIONER 19

REFERENSER 21

BILAGOR

Bilaga 1
Bilaga 2
Bilaga 3

INLEDNING

Intensivvårdspatienter nekas emellanåt dryck för att undvika allvarliga komplikationer och att inte få dricka leder till en känsla av törst. Studier visar på att kritiskt sjuka patienter ofta upplever en intensiv törstkänsla som kan vara svår att förmedla till sin omgivning (Arai, Stotts & Puntillo 2013). Då trenden inom dagens intensivvård är att hålla patienten mer vaken, tror vi att intensivvårdssjuksköterskan riskerar att stöta på fler patienter som besväras av att inte få dricka. Patienterna får mediciner som påverkar begäret efter dryck. Forskningen antyder dessutom att sjuksköterskan har svårigheter att uppmärksamma och bedöma patientens längtan efter vatten. En del i svårigheten skulle kunna härledas till att törstkänsla och vätskebalans inte nödvändigtvis samverkar med varandra. Vår ambition med denna magisteruppsats är att belysa intensivvårdspatientens upplevelse av att inte få dricka och förbättra vistelsen på intensivvårdsavdelningen.

BAKGRUND

Intensivvård

”Intensivvård är att förebygga och behandla svikt i ett eller flera organsystem så att fortsatt liv kan bli meningsfullt ur patientens synvinkel” (SFAI 2015 s. 3). Detta innebär att en intensivvårdsavdelning tar sig an de mest kritiskt sjuka och skadade på sjukhuset när övriga avdelningars resurser är otillräckliga. Det medför att en intensivvårdsavdelning vårdar patienter med varierande diagnoser med akut svikt i något organsystem men där det bedöms att tillståndet är reversibelt. Behandlingen på en intensivvårdsavdelning är ofta komplicerad då de flesta patienter är kritiskt sjuka och instabila (Stubberud 2009 ss. 20–21). För att kunna bedriva en patientsäker vård ska bemanning av kompetent personal stå i relation till patientantal och vårdtyngd (SFAI 2015 s. 5). En intensivvårdsplats har utrustning som möjliggör avancerad övervakning, diagnostik och behandling av patienten (SFAI 2015 ss. 16–17). Patienten som kommer till intensivvårdsavdelningen hamnar för det mesta i en ovan miljö vilket medför en mängd nya och i vissa fall skrämmande intryck. Studier beskriver hur patienter reagerar med blandade känslor på den högteknologiska miljön. Samtidigt som patienterna erfar trygghet och respekt för personalens kompetens upplevs en känsla av en osynlighet och ensamhet även om personal alltid fanns i närheten (Stayt, Seers & Tutton 2015).

Vätskekarens på intensivvårdsavdelning

Orsaker till att patienter på intensivvårdsavdelning inte får dricka varierar. Det är hos den allvarligt sjuka patienten svårt att bedöma hur bra magsäcken tömmer sig. Risken för aspiration av maginnehåll hos dessa patienter är stor och då konsekvenserna av en lunginflammation kan bli allvarlig bör luftvägen säkras för att minimera denna risk. Patienter som väntar på operation eller är så sjuka att de riskerar att intuberas får därför inte dricka (Whitening & Hunter 2008). Alla intensivvårdspatienter som är medvetslösa och intuberade löper en risk att drabbas av en ventilator associerad pneumoni (VAP) eftersom de inte kan försvara sin luftväg och att det då finns risk att vätska tar sig ner i lungorna (Amiram, Sebeih & Shibli 2015). Intensivvårdssjuksköterskan kan förebygga VAP genom att exempelvis se till att patienten har höjd huvudända och att kufftrycket i

endotrachealtub eller trachealtub är tillräckligt, men även genom basala hygienrutiner och god munvård (Johnson 2009 ss. 601–602). En annan kategori som inte får lov att dricka är de som av någon anledning har svårt att svälja eller sväljer fel på grund av sjukdom eller skada. Vidare är det vanligt att de som drabbas av akut inflammation i bukspottkörteln inte får inta dryck för att minska produktionen av mag- och tarmvätska. Mekaniska hinder eller sjukdomstillstånd som orsakar försämrad tarmpassage är också en anledning till vätskekarens (Whitening & Hunter 2008).

Upplevelse av att inte få dricka

Kritiskt sjuka patienter som inte får dricka något erfar ett lidande. Längtan efter vatten kan möjligtvis begränsas men aldrig försvinna helt (Landström, Rhen & Hollman Frisman 2009). Patienter som nekas dryck upplever enligt Rose, Nonoyama, Rezaie och Fraser (2014) ett ständigt lidande och en känsla av maktlöshet. Dahlberg och Segesten (2010 s. 216) beskriver vårdlidande som maktlöshet, en känsla av att vara utlämnad och förbigången när orken tryter och hälsan sviker. Patienten befinner sig i ett underläge och är beroende av andras hjälp. Holm och Dreyer (2017) menar att patienter upplever en frustration över att inte själv få bestämma när det är tillåtet att dricka, detta skapar en överväldigande och ständig törstkänsla. Kjeldsen et al. (2017) skildrar hur medvetna patienter med endotrakealtub förnimmer en kraftig törstkänsla som tar över hela sinnevärlden och som dessutom försvåras av att behovet inte kan verbaliseras. Patienterna härdar ut sin törstkänsla och accepterar att de inte får dricka. Törsten upplevs som en obehaglig känsla i munnen. Någon beskriver det som att ha munnen full av sand, en annan liknar det vid att ha en bit matta i munnen. Längtan efter något kallt exempelvis en isglass är påträngande. Eriksson (2018 s. 393) beskriver hur utebliven vård är en form av lidande som kan ha sina orsaker i allt från bristande medmänsklighet till svårigheten att bedöma patientens behov. Eriksson (2018 ss. 395–398) menar även att allt lidande inte går att förhindra men att det hela tiden måste finnas en strävan för att lindra lidandet. I första hand innebär detta att inte kränka patientens värdighet. Att se den enskilda personens behov skapar förutsättningar för att minska vårdlidande.

Vårdrelation vid vätskekarens

Den vårdande relationen är en relation med målsättning att optimera patientens hälsoprocesser. Denna relation måste inte nödvändigtvis vara mellan vårdare och patient men det som kategoriserar den professionella vårdrelationen är den altruism av vilken den genomsyras. En framgångsfaktor för den professionella vårdrelationen är vårdarens medvetenhet om sin kunskapsgrund. En förutsättning för detta är kontinuerlig reflektion (Dahlberg & Segesten 2010 ss. 192–193). Det svåra med att skapa en god vårdrelation är att lidandet inte alltid är så tydligt uttalat (Dahlberg & Segesten 2010 s. 213). Kjeldsen et al. (2017) beskriver svårigheten för sjuksköterskan att uppfatta sederade patienters försök till att uppmärksamma sitt behov av något att dricka. Vid upprepade tillfällen misstolkas den besvärande törsten och andra symtom behandlas som exempelvis smärta eller oro. Detta medför att patienterna får hitta strategier för att kommunicera sina behov till omgivningen.

Intensivvårdspatienterna upplever att deras behov för att släcka törsten inte tillgodoses (Rose et al. 2014). Sjuksköterskor uppfattar enligt Landström, Rhen och Hollman Frisman (2009) inte alltid törsten som ett lidande hos mekaniskt ventilerade patienter och

tror att de nöjer sig med dropp och munvård. En vanlig missuppfattning är enligt studien att sjuksköterskor anser att medvetslösa och svårt sjuka patienter inte kan känna törst. I vissa fall saknar sjuksköterskor kunskap om patientens sväljförmåga och avstår därför att ge vatten av rädsla för att patienten ska aspirera. När det är mycket att göra kring patienten prioriteras inte munvård eller till och med glöms bort. Även överrapportering och dokumentation av törst saknas i stor utsträckning.

Muntorrhet

Muntorrhet är en subjektiv känsla som endast kan bedömas genom att fråga patienten. Det är svårt att säga hur vanligt förekommande tillståndet är då det saknas enhetlig bedömningsskala. Förekomsten av muntorrhet ökar med ålder på grund av avtagande salivproduktion. Vissa läkemedel anses öka risken för muntorrhet där flertalet används frekvent inom intensivvården exempelvis sömnmedel, smärtstillande, antidepressiva, antihistaminer och antikolinergika. Det är dock svårt att belägga uppkomsten av muntorrhet i förhållande till olika läkemedel (Hopcraft & Tan 2010). Andra orsaker till torr mun kan vara syrgasbehandling, cytostatika, strålbehandling och ångesttillstånd. Muntorrheten leder till tunna och sköra slemhinnor vilket ökar risken för infektioner och inflammationer (Strang 2012 s. 267). Torr mun påverkar tandhälsan negativt vilket ger en nedsatt salivproduktion, ökad mängd karies och svampinfektioner. De som har en sämre munhälsa skattar sitt välbefinnande sämre. Muntorrhet ger upphov till smärta som beskrivs som brännande. Torrheten i munnen medför en sämre smakupplevelse, dålig andedräkt samt smärtsamma sår. Detta leder till sociala bekymmer vilket gör det svårt att kommunicera och att umgänge med andra undviks (Hopcraft & Tan 2010). God munhygien och noggrann munvård är det som framförallt kan reducera obehag från munhålan (Strang 2012 s. 268).

Törst

Törst är en längtan efter något att dricka. En individuell känsla som bottnar i ett biologiskt system där hormonella signaler och skiftning av jonkoncentrationen reglerar kroppens vatten och natriumbalans. Känslan av törst är vanligt förekommande hos kritiskt sjuka patienter. I en studie där intensivvårdspatienter har fått gradera tio olika symtom menade majoriteten att törsten påverkade dem mest. En anledning till att symtomen är svåra att upptäcka är att många upplever törst i situationer då det är svårt att kommunicera ut detta till sin omvärld. Begäret efter att dricka kommer ifrån två olika system, dels en reglering av jonkoncentrationen i den extracellulära vätskan som styrs centralt, så kallad osmotisk törst samt behovet av att ersätta vätskeförluster i kroppen, det som litteraturen benämner hypovolemisk törst. Det faktum att törst inte enbart påverkas av kroppens fysiologiska reglering utan även påverkas av yttre faktorer som vanor, sjukdomstillstånd, sociala faktorer, muntorrhet och matintag gör begreppet törst än mer invecklat. Dessa utomstående faktorer samverkar med kroppens olika signalsystem för att hålla vätskenivån i kroppen optimal, en nivå som hålls inom ytterst snäva ramar (Arai, Stotts & Puntillo 2013).

Osmotisk törst

Enligt Arai, Stotts och Puntillo (2013) har upplevelsen av törst förmodligen sin grund i kroppens strävan att upprätthålla homeostas. När det råder obalans får njurar, salivkörtlar och svettkörtlar i uppgift att övervaka hur mycket vatten och natrium som går förlorat. När vätskebalansen inte återställs är törstkänslan kroppens signal för att hjälpa kroppen återställa serumosmolaliteten. Enligt Henriksson och Lennermark (2017 s. 25) spelar natrium en viktig roll då det binder stora mängder vatten. Arai, Stotts och Puntillo (2013) beskriver att tryckreceptorer i hypotalamus registrerar förändringar i jonkoncentrationen. Receptorernas belägenhet gör det optimalt för snabb registrering av förändring i osmotiska trycket. Här frisätts antidiuretiskt hormon (ADH) och oxytocin som triggar törstkänslan. Som tidigare beskrivits behövs inga stora förändringar för att systemet skall reagera. Dock verkar känsligheten avta med stigande ålder. Jonkoncentrationen registreras även av receptorer belägna utanför det centrala nervsystemet som verkar reagera tidigare på osmolalitetsförändringar. Vid studier av de perifera receptorernas betydelse verkar det som att peroralt intag av vätska har betydelse för törstsensation och ADH nivåer. Detta innebär att om vätska ges via sond kvarstår törstkänslan trots adekvat vätsketillförsel.

Hypovolem törst

Hypovolemisk dehydrering sammankopplas med den extracellulära volymen. Hypovolem törst inträffar när patienten förlorar vätska eller blodtrycket sjunker. Det krävs en signifikant vätskeförlust jämförelsevis med de förändringar som utlöste osmotiskt törst. Detta är funktionellt då kroppen annars skulle överkompensera vid normala tillstånd såsom fysisk aktivitet. Vid stor volymförlust frisätts flertal hormoner så som renin, ADH, katekolaminer, och glukokortikoider. Tillsammans med det autonoma nervsystemet ser dessa hormoner till att kroppen sparar på natrium och vatten. Natriumretentionen leder till en vätskeförskjutning och minskade urinmängder. Kroppens svar på fortsatt vätskeförlust leder till ökade nivåer av angiotensin II och ADH, vilket medför en känsla utav törst och en aptit för natrium. Hypovolem och osmotisk törst ter sig väldigt lika men begäret efter natrium förekommer främst vid hypovolem törst. Vid hypervolemi frisätts hormonet atrial natriuretic peptide (ANP) från hjärtats förmak vilket reducerar renin, ADH och aldosteronutsöndringen. Även sekretion av det törstskapande hormonet angiotensin II avtar (Arai, Stotts, & Puntillo 2013).

Hållbar utveckling

På intensivvårdsavdelningen vårdas kritiskt sjuka patienter. Intensivvårdsmiljön är inte alltid optimal. Den teknik- och personalintensiva verksamheten medför en förhöjd ljudnivå. Detta kan leda till sömnstörningar hos patienten som i förlängningen kan leda till hallucinationer. Ljudnivån kan även leda till stress hos patienterna som kan medföra försämrad sårläkning, högt blodtryck och hög hjärtfrekvens som i förlängningen kan orsaka ischemisk hjärtsjukdom. Här kan intensivvårdssjuksköterskan för att skapa en hållbar miljö förebygga bekymmer under intensivvårdsvistelsen genom att sänka volymen på övervakningsutrustningen, tysta onödiga larm, hålla nere samtalsvolymen och strukturera dagen med vilostund då ljus och ljud dämpas. Att skapa en hållbar miljö för patienten innefattar även anhöriga som behöver avskilda rum samt känna delaktighet i vården av sin anhörig (Huffling & Schenk 2019). En möjlighet är att låta anhöriga vara

med och hjälpa till med munvård (Leemhuis, Shichishima & Puntillo 2019). Hållbar utveckling inom omvårdnad grundar sig i ett ekologiskt, holistiskt och globalt perspektiv. En hållbarhetssyn som innebär att hänsyn tas till miljön på alla tänkbara nivåer, vilket skapar förutsättningar för en god hälsa för både denna och nästa generation. Tillräcklig bemanning är en förutsättning för en hållbar utveckling (Anåker & Elf 2014). För att skapa en hållbar utveckling krävs det enligt Huffling och Schenk (2014) utbildningsinsatser för sjuksköterskor.

PROBLEMFORMULERING

Vid allvarlig sjukdom och ohälsa kan patienter av olika anledningar behöva avstå från dryck under en period. Forskning har visat att avsaknaden av dryck innebär ett stort lidande. Patienter som av olika anledningar inte kan eller får dricka kan också uppleva vanmakt inför att inte ha möjlighet att påverka situationen. Under våra verksamhetsförlagda studier inom intensivvården har vi lagt märke till att patienter som inte får lov att dricka riskerar att på grund av sjukdom eller behandling inte få sin törst lindrad. De få studier som finns på området verkar antyda att patienter upplever törsten som besvärande och otillräckligt uppmärksammat. Genom att belysa upplevelsen av att inte få dricka i samband med allvarlig sjukdom och ohälsa inom intensivvård och slutenvård vill vi fördjupa kunskapen vilket medför ett ökat välbefinnande och minskat lidande för patienten. Då kritiskt sjuka patienter hamnar på våra intensivvårdsavdelningar är ambitionen med denna magisteruppsats att belysa upplevelsen av inte få dricka ytterligare.

SYFTE

Syftet var att belysa patientens upplevelse av att i samband med allvarlig sjukdom och ohälsa inte få dricka inom intensivvård och slutenvård.

METOD

Ansats

Då studiens syfte var att belysa patientens upplevelse av att inte få dricka i samband med allvarlig sjukdom och ohälsa inom intensivvård har vi genomfört en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, en metod som enligt Polit och Beck (2017 s. 538) passar bra då forskarna vill hitta mening i det dolda budskapet. En induktiv ansats innebär att slutsatser dras från informantens levda erfarenheter (Henricsson & Billhult 2017 s. 114). Den kvalitativa innehållsanalysen framtogs ursprungligen för att kunna hantera stora mängder data. Den har även visat sig vara applicerbar inom vårdvetenskaplig forskning för att granska och tolka texter som exempelvis utskrifter av inspelade intervjuer. Den kvalitativa innehållsanalysen som metod vilar inte på någon egen syn på hur verkligheten är beskaffad utan lämnar till forskaren att beskriva studiens utgångspunkt (Lundman & Hällgren Graneheim 2017 ss. 211–212). Denna studie vilar på en vårdvetenskaplig grund med en helhetssynsyn på människan, som ser till alla aspekter av människan och inte enbart fokuserar på det upplevda hälsohindret. Det medför att vården blir individuell och varje enskild människa behandlas som unik. Vi utgår från en humanistisk vård som vilar på en grund av vördnad och respekt inför den unika

människan. En humanistisk hållning innebär att vi har en förståelse för att varje möte skapar en relation, för intensivvårdssjuksköterskan ofta en vårdrelation. Eriksson (2018 s. 44) menar att denna syn på människan innebär en helhetssyn på livet och förståelse för att människan besitter tankar, känslor, livsvilja, tro, drömmar, hopp och en önskan till att vara med och skapa sitt eget liv.

Deltagare

Vi har valt att studera vuxna individer som kan dela med sig av upplevelsen av att inte få dricka då de har vårdats på intensivvårds- eller slutenvårdsavdelning. Ambitionen var att intervjua 6–10 informanter. Denna studie har inte fokuserat på patienter i preoperativ fas. Vi hade initialt en ambition att informanterna skulle ha tillbringat en del av sin vårdtid på intensivvårdsavdelning. Men vi fick vidga våra inklusionskriterier något i syfte att få in datamaterial i tillräcklig mängd inom den tid vi hade till vårt förfogande. Av tjugo tillfrågade, genomfördes intervjuer med sju informanter. Flertalet av de tillfrågade meddelade vid det första mötet att minnesbilder saknades från tiden då dryck nekades och därmed kunde de inte dela med sig av några upplevelser. Deltagarna bestod av tre kvinnor och fyra män mellan 25–80 år. Fem av deltagarna hade vårdats på intensivvårdsavdelning med akuta bukåkommor, cirkulationssvikt och luftvägshinder fyra av dem hade under perioder vårdats i respirator. Två av deltagarna hade vårdats för allvarliga mag- och tarmåkommor under längre tid på slutenvårdsavdelning. Tiden med vätskerestriktioner för informanterna varierade från två dygn till tre månader. Intervjuerna genomfördes på svenska med individer som var väl förtrogna med det svenska språket för att minimera risken för missuppfattningar. Vi exkluderade informanter, oförmögna till att ta ställning över lämpligheten i sitt deltagande.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde under första kvartalet år 2020 på ett medelstort sjukhus i västra Sverige. Den inleddes med att vi kontaktade ansvariga verksamhetschefer för samtliga kliniker för somatisk vuxenvård och införskaffade ett medgivande för att få söka informanter, se bilaga 1. Intyg insamlades från alla kliniker utom en som inte motiverade sitt ställningstagande. Sedan begav vi oss till de avdelningar där tillstånd medgivits för att få kännedom om tänkbara informanter. Först kontaktades vårdenhetschef för att informera om vårt syfte och vår närvaro för att sedan efterhöra med patientansvarig sjuksköterska huruvida tänkbara deltagare fanns på avdelningen. Sedan tillfrågades sjuksköterskan att ta reda på om det fanns intresse av deltagande. Om så var fallet presenterade vi oss för informanten och undersökte om inklusionskriterier uppfylldes samtidigt som informanten fick en mer ingående presentation av studien. När intresse identifierats lämnades en samtyckesblankett, se bilaga 2, över tillsammans med en muntlig presentation över innehållet, där vi klargjorde för informanten att deltagandet närsomhelst och utan förklaring kunde avbrytas och att alla personuppgifter behandlas konfidentiellt, vilket innebär att inget av det som sägs kommer att kunna spåras tillbaka till deltagaren när arbetet publiceras. Därefter kom vi överens om en lämplig tid för intervjun för att ge informanten möjlighet att tänka över och läsa igenom given information. Önskad betänketid varierade mellan ett par timmar upp till ett par dagar.

Intervjuerna skedde i ett avskilt rum där ostördhet kunde garanteras för att informanten skulle känna sig bekväm. Båda forskarna deltog i samtliga intervjutillfällen dock delades huvudansvaret upp under varje enskild intervju. Mötet inleddes med att informanten fick

möjlighet att ställa frågor gällande informerat samtycke och efter underskrift startade en inspelning av intervjun. Intervjuer har inletts med samma öppna fråga till samtliga informanter. Vi har sedan valt att använda oss av en semistrukturerad intervju där vi har haft med oss nedskrivna stödfrågor som vi kunnat ta till om vi upplevt att samtalet ebbat ut, bilaga 3. Dessa frågor har inte nödvändigtvis ställts i kronologisk ordning utan anpassat sig till varje tillfälle (Polit & Beck 2017 s. 510). Intervjuerna varade mellan 15–45 minuter.

Dataanalys

Den av oss huvudansvarig för intervjun transkriberade den skyndsamt medan intervjun fortfarande fanns i färskt minne. Transkriberingen skrevs ner ordagrant för att inget innehåll skulle gå förlorat. Efter att samtliga intervjuer transkriberats tilldelades de ett slumpmässigt nummer i syfte att avidentifiera och skydda informanternas konfidentialitet. Analysen har följt Lundman och Hällgren Graneheims (2017 ss. 211–222) modell vilket innebar att intervjuerna lästes igenom flertalet gånger av båda forskarna för att bekanta sig med innehållet, för att sedan reflektera över dess huvudsakliga innehåll. Efter det plockades meningsbärande enheter ut, vilket är stycken av texten som bedöms svara på syftet. Vidare skapades kondenserade meningsenheter för att korta ner och göra texten mer lätthanterlig. Därefter plockades koder ut vilket innebär att kondenserade meningsenheter beskrivs med enstaka ord. Detta möjliggör en ny reflektion av det insamlade materialet. Efter det sammanfördes koder med liknande innehåll och kategorier skapades. Målsättningen var att innehållet i dessa kategorier bildar en enhet som skiljer sig från innehållet i övriga kategorier och därefter gavs rubrik på underkategori. Det innebar att inget material får uteslutas för att det inte passar in i befintlig kategori, vilket ibland kan vara besvärligt då människors upplevelse tenderar att passa in i flera kategorier eftersom de kan vara så tätt sammanflätade. I resultatet presenteras varje kategori var för sig med målsättningen att tydliggöra innebörden.

Tabell 1 Förtydligande av analysgången

Meningsenhet	**Kondenserad meningsenhet**	**Kod**	**Underkategori**	**Kategori**
Så jag förstår den som hamnar i öknen och inte har vatten…det är hemskt.	Förstår den som hamnar i öknen och inte har vatten, det är hemskt.	Torrhetskänsla	Själslig förnimmelse	Förhållande till den egna kroppen
…nä det får du inte, för det är inte din ordination. Så att dom visste hur törstig jag va, givetvis	Nej det får du inte. De visste givetvis hur törstig jag var.	Maktlöshet.	Att inte få bestämma själv	Förhållande till andra

Etiska överväganden

Forskning på avancerad nivå kräver enligt Svensk författningssamling (SFS 2003:460) inte en etikprövning, likväl omfattas vi studenter på högskolan av ett lika stort etiskt ansvar för hur forskningens bedrivs. Detta i enlighet med Högskolelagen 1 kap. 3a § (SFS 1992:1434). The World Medical Association (WMA 2018) klargör att forskaren hela tiden måste prioritera informantens välbefinnande främst under hela forskningsprocessen. Helsingforsdeklarationen poängterar också att arbetet måste genomsyras av en transparens vilket innebär att forskaren visar att hen har tagit del av relevanta etiska riktlinjer samt att läsaren tydligt kan följa stegen i forskningsprocessen. Enligt lagen om etikprövning (SFS 2003:460) skall all forskning utföras med respekt för människovärdet. Deltagandet skall utan undantag ske frivilligt och kan närsomhelst villkorslöst avbrytas. Innan deltagande i studien tar sin början skall informerat samtycke inhämtas, vilket innebär att informanten har förstått den övergripande planen samt syftet med forskningen. Vid intervjutillfället valde vi att klä oss i privata kläder för att skapa en öppen atmosfär. Informanterna upplystes också om att all datainsamling sker konfidentiellt. Intervjuerna genomfördes på ett känsligt och respektfullt sätt då vi är medvetna om att obehagliga minnen kan förekomma i samband med sjukvårdsbehandling. Skulle informanten uppvisa tecken på ytterligare behov av bearbetning erbjöd vi oss att vara behjälpliga med initiering av kuratorkontakt.

RESULTAT

Berättelserna om upplevelsen av att inte få dricka resulterade i två huvudkategorier som vi valt att namnge, förhållande till den egna kroppen och förhållande till andra.

Förhållande till den egna kroppen

En upplevelse som utkristalliserades i analysen var hur den egna kroppen reagerade på att inte få dricka. Detta tog sig i uttryck på olika sätt. Kroppslig förnimmelse var en mer fysisk upplevelse och själslig förnimmelse belystes i högre grad med hur tankarna gick under de perioder då dryck förnekades. Personliga strategier och handlingar för att hantera upplevelsen av att inte få dricka belystes. Här framkom både tankar och planerade handlingar som syftade till att förlänga välbehag och minska törstkänslan.

Kroppslig förnimmelse

Kroppslig förnimmelse innebar en fysisk känsla i kroppen, en upplevelse av hur den fysiska kroppen reagerade eller tog sig uttryck i olika situationer. Efter en period utan dryck upplevdes en torrhetskänsla i mun, svalg och övriga slemhinnor som beskrevs som obehaglig. Denna tog sig uttryck i torra, spruckna läppar som klibbade fast sig i munnen vilket medförde att det blev besvärligt att göra sig hörd. Någon beskrev också en tunga som fastnade i munnen. Torrheten gjorde att saliven upplevdes seg samt att produktionen reducerades vilket kunde medföra svårigheter att hosta upp saliv och slem.

> *”…man torkar ju, munnen spricker och sårig blir man, man blir som att det… det klibbar fast sig i munnen.” (Nr 4)*

> *”… fick nästan lite panikkänsla, törstig har man väl varit förr. Kändes som att tungan var som sandpapper.” (Nr 6)*

Bortsett från upplevelser koncentrerade till munnen framkom från kroppen i övrigt en känsla av att vara uttorkad, där förnimmelsen kom från kroppen i helhet med känslor av en orkeslöshet, skakighet och matthet som ledde till en sådan upplevelse av svaghet att svimningskänsla uppstod. Svagheten beskrevs som så besvärande att till och med toalettbesök blev en rejäl utmaning.

> *”…man blir skakig och det känns som man håller på att svimma.” (Nr 4)*

För att hantera de kroppsliga förnimmelserna belystes olika strategier för att hantera upplevelsen av att inte få dricka. Strategierna handlade ofta om att få vätska i munnen för att befukta och hålla kvar välbehagskänslan så länge som möjligt. Några av informanterna beskrev metoder där vatten intogs utan att bli upptäckt. Desperata försök att till exempel i samband med tandborstning få i sig en extra klunk vatten.

> *” … om man tog en sån här liten klunk då, försöka behålla den i munnen och riktigt blöta till det innan man svalde, det var ju skönt.” (Nr 2)*

> *”…sen fuska man lite grann ibland…när man borstade tänder och lite sånt där… tog lite extra vatten.” (Nr 5)*

Vid utebliven tillgång till vatten beskrevs hur det skapades egen vätska genom att försöka harkla upp saliv.

> *”…men jag försöker ju harkla till då, så jag får upp lite vätska så här och normalt fungerar det, så man kan blöta gommen och läpparna så här.” (Nr 2)*

När vätska erbjöds var önskemålet att hålla drycken kall eller läskande. Söt eller varm dryck undanbads utan det som efterfrågades i de flesta fall var rent, klart, kallt vatten eller möjligtvis kolsyrat vatten.

> *” …det var iskallt som gällde i det läget…” (Nr 6)*

> *” Det va la smaken, en längta inte efter något sött, jättesött längta man inte efter, utan det är ju Vichyvatten eller Loka eller Ramlösa eller nåt sånt, det går bra.” (Nr 5)*

Själslig förnimmelse

Själslig förnimmelse var förknippat med känslor och tankar, en upplevelse av hur kroppen emotionellt reagerar. Upplevelsen av att inte få inta någon dryck var en törstkänsla som beskrevs som intensiv och svår att uthärda. Tankarna kretsade i stor utsträckning kring

att få dricka. Att släcka törsten upptog hela tankeverksamheten och längtan efter vatten pågick stora delar över dygnet.

> *”…och det pågick i princip hela dan…tänker på törst, törst.” (Nr 1)*

Förmågan att tänka rationellt försämrades då törstkänslan tog överhanden. Törsten var det enda som fokuserades på. Släcka törsten blev viktigare än att bli fri från sjukdom. Medvetenheten om törstens starka drift blev uppenbar.

> *”…man struntade liksom hur dålig man var…bara man fick dricka.” (Nr 1)*

Efter perioder utan dryck beskrivs upplevelser som kan liknas som fantasier och tankar som inte riktigt är förankrade i verkligheten. Skildringar av hur vatten som rinner genom strupen sätter ord på den längtan som upplevdes, även målande beskrivningar om vandringar i öknen med sjöar framför sig förekom.

> *”…man kan se kaffekoppar, vattenglas och sådana grejer och då är man väldigt törstig.” (Nr 4)*
>
> *” … så jag förstår den som hamnar i öknen och inte har vatten, det är hemskt.” (Nr 1)*

För att hantera själslig förnimmelse belystes strategier för att hantera upplevelsen av att inte få dricka. Ofta framkom tankar vars syfte var till att leda bort fokus från den ständigt närvarande torrhetskänslan för att få tiden att gå. Ett tidsfördriv var att titta på TV eller annat som fanns i ens närhet.

> *” Dom första tre dygnen satt jag och kollade in en gardin bara så, men sen bad jag och få in en TV, så då blev det mer fokus på det… det hjälpte till.” (Nr 1)*

Vidare framkom det att sömnen användes som ett redskap till att leda bort tankar och obehag över torrhetskänslan. Vissa av informanterna använde läkemedel för att få sova och få tiden att gå.

> *”Ibland somnar man bort, för det var ju mycket morfin och så och då gick det bra. Så bad och få sömntabletter på nätterna, då slapp man tänka på dricka på natten.” (Nr 1)*

Egna strategier för att avleda tankar och aktivt välja bort känslan av törst har beskrivits. Alltifrån tankar och känslor som trängs undan till att medvetet fokusera på något annat

förekom. Tankarna verkar få sin kraft i en medvetenhet om att perioden är övergående. Det framkom även reflektioner kring att livserfarenhet gör situationen lättare.

> *” …jag visste ju att det går över, det blir ju bättre, det kan inte bli sämre… ” (Nr 7)*

> *”När man blir äldre så finner man sig väl i saker på ett annat sätt tror jag.” (Nr 7)*

Förhållande till andra

I samband med vistelse på sjukhus skapas ofrånkomligen vårdrelationer. Dessa relationer skapar både möjligheter och begränsningar i samband med upplevelsen av att inte få dricka.

Betydelsen av god omvårdnad

Det framkom att det som befrämjat välbehag och minskat lidande i samband med att inte få dricka var befuktning i olika former. Att regelbundet erbjudas fuktig muntork, få skölja kall vätska i munnen eller att få suga på en isbit upplevdes lindrande även om denna känsla inte var bestående. Det var betydelsefullt att sjuksköterskan var lyhörd och följsam då det ibland upplevdes betungande att ständigt åberopa uppmärksamhet. Det belystes också att andra former av befuktning som behagade exempelvis inhalationer eller syrgasgrimma med uppvärmd befuktning. Muntork innehållande olja att applicera på läppar och i mun verkar hos vissa individer lindra torrhetskänslan. Salivstimulerande tabletter upplevdes också kunna motverka torrhetskänslan. Att vara medveten om de behag som dessa åtgärder skänker patienten skapade förmodligen en djupare vårdrelation.

> *”…just inhalatorn, bara kände den lite grann, fukten från den och blev enormt lättad alltså.” (Nr 1)*

> *”…och sen när väl fick den där lilla klubban, då blev det lite bättre, då vart man helt salig… å så kom det ju igen givetvis…” (Nr 6)*

Tron på att personal gjorde det som var bäst under rådande omständigheter verkar ha underlättat och någon beskrev trygghet i att lämna över ansvaret för att hålla kroppen i vätskebalans i samband med att inte få dricka. Droppet upplevdes som något positivt och hos enstaka individer skapades en känsla av saliv i munnen, även känslan av att känna sig sedd och bekräftad skänkte trygghet.

> *”…ja det blir väl att vattnet går ut i kroppen så man även får lite saliv, för det kändes som man inte hade nåt.” (Nr 7)*

Att inte få bestämma själv

När hälsan blev så sviktande att intensivvård eller annan slutenvård bedömdes nödvändig, innebar det ofta att många livsnödvändiga funktioner blev i behov av att stödjas. Detta medförde ofta att grundläggande behov behövde lämnas över i andras händer. Detta inskränkte oundvikligen på möjligheterna att själv kunna kontrollera sin tillvaro, vilket medförde begränsat självbestämmande. Detta ledde till en form av maktlöshet och denna känsla blev ett vårdlidande. Ett begränsat självbestämmande innebar en frustration samt en känsla av hopplöshet över att inte få dricka när törsten gjorde sig påmind eller att bli tillrättavisad om hur mycket vatten som fick intas när tabletter skulle sväljas. Upplevelsen av att vara utlämnad och att inte bli hörd förvärrade upplevelsen av torrhet och förstärkte vårdlidandet. Behandling med vanlig syrgas samt vissa läkemedel upplevdes av en del förvärra torrheten. Att ge vätska intravenöst beskrevs som verkningslöst mot törstkänslan.

> *” …men nä, jag vill inte ifrågasätta min egen medicinering.” (Nr 1)*

Att vara beroende av någon annan har skildrats på olika sätt. Ett förhållningsätt innebar att förhandla med sin omgivning exempelvis att minska på dropptakten i utbyte mot något att dricka även skildringar av desperata försök att tigga till sig ett glas vatten förekom. Ibland var längtan efter vatten så stark att den egna hälsan prioriterades ner i förmån för att få inta dryck. Många berättelser har lyft fram upplevelsen av att befinna sig i underläge och känna sig utlämnad samt att ingen förstår.

> *” Jag frågade flera gånger, kan vi inte göra ett undantag, sätt lite mindre på droppet så kan jag få ett glas i alla fall då.” (Nr 1)*

> *”…åh gud ge mig bara vatten, jag svimmar annars…men jag vet inte om… de här läkarna och sköterskorna förstår hur man känner sig…” (Nr 4)*

Känslan av maktlöshet och upplevelsen av minskat självbestämmande medförde till att individer blir passiva och beskriver att de finner sig i situationen. Dessa individer utrycker ingen önskan om att få släcka sin törst utan underkastar sig omgivningen och beskriver sig som lydig. Även skildringar av uppgivenhet där upplevelsen är att tvingas stå ut utan att själv kunna påverka framkommer. De beskrev sin situation som att uthärda eller en acceptans inför situationen i förhoppning om att tillståndet var övergående.

> *”Jag är en väldigt lydig människa antagligen.” (Nr 2)*

> *”…man får bara stå ut med det, det är bara så…man är ju tvungen, men det är ju grymt, det är det.” (Nr 4)*

DISKUSSION

Metoddiskussion

Då syftet med vår studie är att belysa upplevelsen av att inte få dricka inom intensivvård och slutenvård, är det lämpligt med en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats. Den induktiva ansatsen bidrar till att förutsättningslöst studera verkligheten. Då innehållsanalys inte vilar på en egen vetenskaplig grund utgår vi ifrån en vårdvetenskaplig bas som vilar på en holistisk syn på människan. Henricson och Billhult (2017 s. 113) menar att det är lämpligt att forskarna i inledningen av sin studie reflekterar över egna yrkeserfarenheter, kunskaper och livserfarenheter av det som skall studeras. Tillsammans har vi en bred kompetens och erfarenhet från flertalet olika verksamheter inom slutenvården vilket har hjälpt oss i detta forskningsarbete både i den etiska medvetenheten och i att förstå patientens utsatta situation. Vi inser även att det kan finnas fördelar med att se på en upplevelse med nya ögon. Då vår erfarenhet av kvalitativa intervjuer är begränsad, valde vi att inleda studien med var sin provintervju för att utveckla vår förmåga. Vi gick igenom och utvärderade intervjuerna och tog lärdom av dom. Denna erfarenhet medförde att vår intervjuteknik förfinades och det insamlade materialet var av god kvalité och kunde användas i studien. Enligt Kvale och Brinkmann (2017 s. 111) är forskarens integritet och roll det som i slutändan är avgörande för kvalité och hållbarhet när det kommer till etiska beslut under arbetets gång. Enligt Henricson och Billhult (2017 s. 111) passar en kvalitativ metod då en erfarenhet skall studeras med ett holistiskt perspektiv. Metoden är dessutom lämplig för att enligt Polit och Beck (2017 s. 538) finna mening i den outsagda berättelsen. En subjektiv erfarenhet är en individuell upplevelse som inte erbjuder några absoluta sanningar men som ändå bidrar med ökad förståelse och kunskaper om det som belyses.

Informanterna bestod utav tre män och fyra kvinnor mellan 25–80 år, som vårdads för akuta bukåkommor, cirkulationssvikt och luftvägshinder fyra av dem hade under perioder vårdats i respirator. Två av deltagarna hade vårdats för allvarliga mag- och tarmåkommor under längre tid på slutenvårdsavdelning. Variationen inom informantgruppen anser vi har bidragit till att vi har fått belyst området utifrån olika erfarenheter. Detta är något som Lundman och Hällgren Graneheim (2017 s. 223) menar att den kvalitativa innehållsanalysen syftar till. Det är inte ovanligt med färre informanter inom kvalitativa studier, det viktiga är att de kan bidra med skildringar av det som skall belysas (Henricson & Billhult 2017 s. 115) Den primära målsättningen var att informanterna hade tillbringat delar av sin vårdtid på intensivvårdsavdelning. Inklusionskriterier fick vidgas eftersom det var svårt att finna tillräckligt många berättelser om upplevelsen av att inte få dricka på intensivvårdsavdelningen då tiden till studien var begränsad. Vi valde därför att samla in berättelser även från individer med sviktande hälsa men som inte behövt intensivvård, då deras erfarenhet kunde bidra till ökad förståelse av upplevelsen att inte få dricka som kan användas inom intensivvården. Trots att vi fick avvika från vår primära målsättning, bidrog patientberättelserna från de utan intensivvårdserfarenheter till att ge en ökad förståelse för upplevelsen av att inte få dricka.

Efter införskaffande av medgivanden kontaktades tjugo informanter på olika slutenvårdsavdelningar varav sju senare tackade ja till deltagande. Ställningstagandet till deltagande togs vid det första personliga mötet eftersom vi inte har rätt att ta del av patienternas hälsohistoria av vare sig moraliska eller lagliga skäl (SFS 2009:400).

Flertalet av de tillfrågade föll bort då de upplevde att de inte hade några minnesbilder från tiden då de inte fick inta dryck under intensivvårdstiden vilket också bidrog till vidgandet av inklusionskriterier. Även försämrat hälsotillstånd under datainsamlingstiden gjorde att vi valde att inte fullfölja intervjun med hänsyn till den drabbade. Några bedömde vi också för svaga för att delta i studien. Vi hade som målsättning att de som deltog i studien skulle ha ork och vilja att avsätta tid för att kunna bidra med en berättelse som gav omfattning och djup till upplevelsen. Detta är något som Polit och Beck (2017 s. 561) menar ökar kvalitén på det insamlade materialet. Intervjuerna spelades in med tillförlitlig utrustning som vi var väl förtrogna med och genomfördes i privata kläder för att informanten skulle känna sig så bekväm som möjligt och att vi i intervjusituationen inte ville bli betraktade som sjuksköterskor då vi tror att berättelsen skulle kunna påverkas av att informanten omedvetet upplever att det är en recension av vården istället för en berättelse av hens unika upplevelse. Vi valde att genomföra datainsamlingen tillsammans för att det gav oss ökad möjlighet att fånga alla aspekter i upplevelsen samtidigt som båda forskarna blev mer bekanta med materialet. Vi var observanta på risken för att informanten skulle kunna uppleva sig i underläge och därmed begränsas i sitt berättande. Under hela arbetets gång var vi medvetna om risken att informanten i intervjusituationen delade med sig mer än vad som kändes bekvämt. Denna risk beror enligt Kvale och Brinkmann (2017 s. 110) på det förföriska och intima möte som intervjusituationen kan vara, vilket ofta har sin grund i forskarens ambitioner att tränga så djupt in i ämnesområdet som möjligt. Den som inte hade huvudansvaret för intervjun höll sig i bakgrunden och tog endast del i samtalet under slutet av intervjun om någon tråd behövde fångas upp. Då intervjusituationen är ny för oss och befäst med utmaningar fann vi stöd i att hjälpas åt under intervjuerna. Detta bidrog till att vi lyckades fånga en mer omfångsrik och djup berättelse. Kvale och Brinkmann (2017 s. 216) menar att kvalitén på intervjun återspeglar i stor utsträckning forskarens hantverksskicklighet vilket handlar om kunskap om ämnet, medvetenhet om relationen mellan intervjuaren och informanten samt en etisk medvetenhet. Enligt Henricson och Billhult (2017 s. 111) formas studien av den miljö i vilket den utförs.

Även om vi hade en intervjuguide till hjälp lyckades vi inte alltid formulera frågor med öppna svarsalternativ, i början smög det sig in någon enstaka ledande fråga. Detta kan hänvisas till vår brist på erfarenhet för intervjuteknik och skulle givetvis kunna påverka det slutgiltiga resultatet. Antalet oönskade frågor minskades i takt med att vi utvecklade vår förmåga. Målet med en semistrukturerad intervju är enligt Polit och Beck (2017 s. 510) att få intervjupersonen att dela med sig av en rik och detaljerad beskrivning av det som skall undersökas. Risken med att ha följdfrågor är att forskaren styr vilka upplevelser som beskrivs (Kvale & Brinkmann 2017 ss. 213–214), för att minska risken undveks ledande frågor. Vi försökte också utnyttja tystnaden något som enligt Kvale och Brinkmann (2017 s. 177) ger informanten tid till eftertanke för att sedan komma med betydelsefull upplysning.

Den som var huvudansvarig för intervjun var även den som transkriberade den eftersom kontakten som uppstår vid intervjutillfället gör det lättare att komma ihåg alla nyanser av berättelsen så att inga detaljer går förlorade. Kvale och Brinkmann (2017 s. 218) påtalar skillnader mellan tal och skriftspråk, vilket understryker de svårigheter som är förenade med transkribering. Analysen skedde enligt Lundman och Hällgren Graneheims (2017 ss. 211–225) modell. Under hela analysfasen har vi kontinuerligt konfererat med vår handledare som har mångårig erfarenhet av innehållsanalys. Detta gjordes för att säkerställa att vi var på rätt väg.

Allt analysarbete skedde i ett Word dokument. Ordbehandlingsprogrammet gjorde det möjligt att ge varje underkategori en egen färg, vilket bidrog till överblick och struktur. Under hela analysarbetet gick vi enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017 ss. 212–213) från det mer specifika och konkreta till det generella och abstrakta. Det är viktigt att vara medveten om att berättelserna bör ses i sitt sammanhang och att alla tolkningar görs med en utgångspunkt från informantens personliga historia, livsvillkor och rådande kultur. Under analysfasen var vi medvetna om att vår tolkning påverkas av vilka vi är och vilka liv vi levt. Enligt Gadamer (2011 ss. 166–167) går det inte att utesluta människans psykologiska, sociala eller historiska liv från forskningen och det ska det inte göras, för det är genom dessa erfarenheter som vetenskapen blir till mänskliga lärdomar. Vi tror att det är möjligt att få ett liknade resultat även med andra informanter då vårt resultat påminner om de i tidigare studier. Det är dock inte omöjligt att andra forskare gör annorlunda tolkningar, vilket enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017 s. 212) inte behöver betyda att de är mindre giltiga.

Resultatdiskussion

I resultatet framkommer att upplevelsen av att inte få dricka påverkar både patienten och vårdrelationen. Individen får en obehaglig torrhetskänsla i mun och svalg som mildras tillfälligt av att tillföra fukt. Vårdrelationen i samband med att inte få dricka beskrivs av informanterna som ett begränsat självbestämmande och en känsla av maktlöshet. Törst är ett påvisat stort problem hos intensivvårdspatienterna och ett obehag som graderas högt under intensivvårdsvistelsen (Baumstarck et al. 2018). Skildringarna i den här magisteruppsatsen känns igen från resultatet från Kjeldsen et al. (2017) där törstupplevelsen hos patienter i respirator undersöktes och understryker hur påfrestande det är att inte få dricka och Persenius, Hall-Lord och Wilde-Larsson (2009) beskriver hur patienter upplever en förbättrad hälsa i samband med att vätskerestriktionerna upphör. Detta menar vi understryker att förbättrad hälsa är förknippat med att kunna tillgodose sina grundläggande behov så som att dricka.

Kroppslig förnimmelse

Obehaget i mun och svalg som bland annat medför torra och spruckna läppar bekräftas även i andra studier som Kjeldsen et al. (2017). Torrheten beskrivs som ett av de största obehagen och den upplevelsen som de som varit sederade tydligast kommer ihåg från sin intensivvårdsvistelse. Det finns berättelser om hur torrheten i munnen känns som en öken och en påfrestande törst (Samuelson 2011). Att behöva hjälp utav respirator för att klara av sin andning är förknippat med en ständigt återkommande törst som upplevs som obehaglig (Baumgarten och Poulsen 2014; Holm & Dreyer 2015). Upplevelsen av torrheten i munnen är individuell men framkommer i samtliga berättelser, en känsla som uppkommer när dryck inte får intas via munnen. De förnimmelser som framkommer i vår studie och i tidigare forskning (Baumgarten & Poulsen 2014; Holm & Dreyer 2015; Kjeldsen et al. 2017) påminner om varandra vilket antyder att törsten är ett vanligt förekommande bekymmer och behöver belysas. En ökad medvetenhet om detta obehag bidrar till att komforten ökar för de som vårdas på intensivvårdsavdelningen. Vidare framkommer det i vår studie att torrhetskänslan gör det svårt att kommunicera. Holm och Dreyer (2015) beskriver vikten av att uttrycka sig verbalt och hur viktig kommunikationen är för att förstå och acceptera sin kritiska och svåra situation. Då

intensivvårdspatienten ibland har svårt att uttrycka sina behov tror vi att den sederade patienten har ännu svårare att kommunicera ut sin törstkänsla.

Själslig förnimmelse

Att törsten är en intensiv känsla som kan ta över hela tankeverksamheten är beskrivet av Samuelsson (2011) som belyser hur känslan av att inte få törsten släckt är det starkaste minnet från tiden på intensivvårdsavdelningen. Denna förnimmelse lyfts även upp i resultatet från våra intervjuer där flera färgstarka beskrivningar av upplevelsen att uthärda törsten delges. Ju sämre törsten tillfredsställs desto mer obehaglig blir upplevelsen av tiden på intensivvårdsavdelningen (Zengin, Ören & Üstündag 2020). För att själv kunna leda bort tankarna på törsten framkommer vissa strategier som kortare stunder gjorde situationen uthärdlig. Holm och Dreyer (2015) beskriver att patienter upplever tv:n som ett bra sätt att få tiden att gå, en taktik som understryks av informanterna. Det bör finnas fler metoder att leda bort tankar på törst som dessutom för patientens hälsoprocesser framåt. En metod är att ta hjälp av det team som finns runt patienten. Det finns aktiviteter som får tiden att gå samtidigt som det stärker patientens mentala och fysiska hälsa. Regelbunden kontakt med exempelvis fysioterapeut samt arbetsterapeut gör tiden på intensivvårdsavdelning mer hälsobefrämjande för patienten och avleder tankarna från den ständiga törstupplevelsen. De möjligheter som finns avseende IT-lösningar som hjälper till att fördriva tiden borde vara stora. Exempelvis tillgång till en surfplatta för att få tiden att gå eller möjligheten att kontakta anhöriga som komplement till besök och telefonsamtal. Detta är i nuläget befäst med vissa svårigheter rörande sekretess och personlig integritet då patienter ofta samvårdas och att det är svårt att ansvara för värdesaker i intensivvårdmiljön, något som vi anser måste lösas i framtiden.

Betydelsen av god omvårdnad

Möjligheterna att erbjuda lindring till patienter som inte får dricka är goda. Det finns enkla och kostnadseffektiva omvårdnadsåtgärder som erbjuder välbehag och därmed förbättrad hälsa. Det framkommer i resultatet att befuktning i olika former skänker ett välbehag. Puntillo, Arai, Cooper, Stotts och Nelson (2014) beskriver hur det med små medel är möjligt att lindra förnimmelsen av törst. I deras artikel beskrivs ett set bestående av muntork, kallt sterilt vatten och läppbalsam som användes regelbundet för att reducera torrheten i munnen, vilket uppskattas trots att effekten är kortvarig. Leemhuis, Shichishima och Puntillo (2019) visar hur det med en kortare undervisning går att lära ut dessa strategier även till anhöriga och därmed skapa ett ökat välbehag hos den törstande patienten och en känsla av delaktighet hos anhöriga. Davidson, Jones och Bienvenu (2012) menar att anhöriga mår bra av att få närvara och att hjälpa till när en familjemedlem blir sjuk under förutsättning att de känner att det är något de behärskar, som att till exempel fukta munnen. Är intensivvårdssjuksköterskan medveten om de positiva effekterna av befuktning och att använda de hjälpmedel som finns exempelvis muntork och fuktspray, kommer det att medföra att vistelsen på intensivvårdsavdelningen förbättras (Zengin, Ören & Üstündag 2020). Von Stein et al. (2019) visar på de positiva effekterna av att rutinmässigt tillföra iskallt vatten på muntork och läppbalsam en gång varje timme under dagtid. Att erbjudas befuktning med täta intervaller var något som även informanterna i vår studie beskriver som lindrande. Effekterna av befuktning vid andra åtgärder lyftes fram som positiva vilket vi menar att intensivvårdssjuksköterskan med fördel kan utföra regelbundet. Att till exempel tillföra extra befuktning vid icke invasiv

respiratorbehandling ökar enligt Oto, Hidiaki och Masaji (2011) välbehaget. Andra interventioner där intensivvårdssjuksköterskan kan ha befuktning i åtanke för att minska torrhetskänslan är högflödesgrimma med uppvärmd befuktning eller inhalationer.

Förutom de praktiska omvårdnadsåtgärderna belyser även informanterna vikten av en god vårdrelation där känslan av att vara sedd och känna sig bekräftat skänker trygghet. För att ett möte ska bli vårdande ska sjuksköterskan enligt Ekebergh (2015 s. 144) utföra vårdande handlingar som lindrar lidande och ge patienten välbefinnande i tillvaron. Vårdrelationen enligt Dahlberg och Segesten (2010 ss. 192–193) behöver inte vara lång utan handlar om att skapa vårdande möten vilket innebär ögonkontakt vid mötet människa till människa. Det är betydelsefullt att vårdaren förstår att med ett ansiktsuttryck kan värme och öppenhet förmedlas.

Det informanterna belyser som betydelsefullt för att avhjälpa torrheten i munnen är metoder som de som arbetar på en intensivvårdsavdelning är väl förtrogna med. Problemet med metoderna vi har att tillgå är att effekten verkar kortvarig och att de inte erbjuds i tillräcklig omfattning. Vi tror att problemet delvis grundar sig i att fokus på törst hamnar i skymundan. Det vore önskvärt med mer långvariga metoder för lindring av törstkänslan. Törsten och torrhetskänslan tror vi förbättras för patienten om intensivvårdssjuksköterskan lyfter besväret vid överrapporteringen och i patientdokumentationen. Eventuellt skulle ett skattningsinstrument vara till god hjälp för att bedöma törsten och utvärdera åtgärd. Ett instrument liknande det så kallade IPOS (Integrated Palliative care Outcome Scale) som används till symtomskattning inom palliativ vård skulle kunna vara till stor hjälp. Där bedöms bland annat muntorrhet i en skala från 0–4 där 0 är inte alls och 4 är värsta tänkbara (Beck et al. 2017). En förutsättning för att använda en skattningsskala är att användarna är bekant med den. En utmaning inom intensivvården är att patientens delaktighet i vissa fall är begränsad av olika orsaker som exempelvis medicinering vilket försvårar användandet av en skattningsskala.

Att inte få bestämma själv

Landström, Rehn och Hollman Frisman (2009) menar att intensivvårdssjuksköterskor har teoretisk kunskap om varför törst uppstår och vilka åtgärder som kan vidtas för att lindra törsten, trots det anser författarna att det är svårt för många sjuksköterskor att upptäcka vilka som lider av törst och att veta hur den ska behandlas. En vanlig uppfattning är att de som är intuberade och sederade saknar förnimmelse av törst och att den känslan minskas genom intravenösa infusioner och munvård. Intensivvårdssjuksköterskor som är av uppfattningen att den sederade patienten inte upplever någon törstkänsla riskerar att inte upptäcka och åtgärda patientens lidande, det Eriksson (2018 ss. 393–394) kallar utebliven vård eller ickevård. Det innebär att intensivvårdssjuksköterskans bristande förmåga medför att patienten inte får den vård hen är i behov av, vilket är en form av kränkning. Vi ser en risk att även vakna patienter med kommunikationssvårigheter som lider av besvärande törst eller torrhetskänsla inte får sitt behov tillgodosett. Informanterna i vår studie belyser hur de förhandlar till sig vatten eller behöver uppmärksamma personalen på att få hjälp med att släcka törsten, vilket är ett tecken på att torrheten och törstkänslan är ett symtom som prioriteras ned och något som fick informanterna att känna sig osynliga. Baumgarten och Poulsen (2014) beskriver även hur patienter som vårdas i respirator upplevde en känsla av hjälplöshet då de var helt beroende av andra och fick dem att känna sig som en börda.

För att öka medvetenheten hos intensivvårdssjuksköterskan om vilka faktorer som ökar risken för torrhetskänsla och törst lyfter Stotts et al. (2015) fram olika läkemedel och sjukdomstillstånd värda att uppmärksamma. Opioider, vätskedrivande och vissa stämningshöjande mediciner påverkar törstupplevelsen negativt. Andra riskfaktorer är besvär från mag- och tarmkanalen, vård i respirator eller negativ vätskebalans. Enligt oss innebär detta att flertalet av de som vårdas på intensivvårdsavdelning har törstskapande riskfaktorer vilket medför en utmaning för intensivvårdssjuksköterskan som behöver möta patienten i sitt lidande. En god munvård är enligt Yu-Mei, Jung-Rung och Fan-Hao (2014) en av grundstenarna i förebyggandet av ventilator associerad pneumoni. Här menar vi att den grundläggande omvårdnaden spelar en central roll. Feo och Kitson (2016) diskuterar hur den grundläggande omvårdnaden prioriteras ned i dagens akutsjukvård för att fokus ofta läggs på att behandla medicinska diagnoser och avvikelser, detta då dagens hälso-och sjukvård behöver motivera sina beslut utifrån det konkret mätbara. Idag värdesätts inte grundläggande omvårdnad högt utan tekniskt och medicinskt kunnande belönas mer. Feo och Kitson (2016) menar också att många av sjuksköterskorna inom akutsjukvården delar denna uppfattning. Många sjuksköterskor ser inte den basala omvårdnaden som sin uppgift. De mest erfarna sjukskötskorna lägger istället större delen av sin arbetstid på uppgifter av medicinsk och teknisk art och ansvaret för omvårdnaden förläggs till andra yrkeskategorier. Detta menar vi understryker vikten av en tydlighet avseende sjuksköterskans roll gällande den grundläggande omvårdnaden och betydelsen av att belysa patienternas egna upplevelser av god basal omvårdnad. Vi förstår vikten av ett gott teamarbete med samarbete och tydlig rollfördelning men där vi i dagsläget ser en risk att sjuksköterskan i allt större utsträckning har ett för stort biomedicinskt fokus. Henderson (2006) menar att sjuksköterskor för att inse sin unika funktion behöver ha en förståelse för människans grundläggande behov. Det innebär att sjuksköterskan kan tillmötesgå patientens behov som exempelvis andas, äta, sova eller röra sig, men också ha en förståelse för att livet är mer än en biologisk process där relationen med andra samt ett meningsfullt liv är betydelsefullt. Feo och Kitson (2016) presenterar olika strategier för att synliggöra den grundläggande omvårdnaden inom akutsjukvården. De menar att det behövs en förståelse för vad basal omvårdnad är som vilar på en vetenskaplig grund. Det finns ett behov av tydlighet i vem som ansvarar för omvårdnaden och konkreta sätt att utvärdera den. En utökning av grundläggande omvårdnad i sjuksköterskeutbildningen och ett aktivt engagemang i samhället för att öka förståelsen för vilken vård patienten vill ha leder till att sjuksköterskeproffesionen värderas högre. Vi menar att ett synliggörande av intensivvårdssjuksköterskan professionella roll och ansvar i intensivvårdsteamet skulle höja statusen och lyfta fram våra arbetsuppgifter. Det skulle möjligtvis få fler att bli intresserade av intensivvård, i en förhoppning att öka antalet medarbetare då känslan är att vården kommer behöva ta hand om allt fler som bedöms betjänta av intensivvård i framtiden eftersom antalet äldre och förutsättningarna att leva med allvarlig sjukdom ökar. En höjning av statusen för den grundläggande omvårdnaden leder förhoppningsvis till en förbättring av vården och minskat lidande för patienten. Huffling och Schenk (2014) påtalar vikten av en god intensivvårdsmiljö där yttre förutsättningar såsom optimala ljud och ljusförhållanden kombineras med en medvetenhet om energiåtgång och ett sunt användande av de ekonomiska resurserna vilket skapar gynnsamma förutsättningar för patienten. Vi tror att god omvårdnad bidrar till en hållbar utveckling som i förlängningen medför ett minskat lidande för intensivvårdspatienten. Eriksson (2018 ss.395–396) menar att onödigt lidande skall bekämpas. Dock förekommer lidande som inte kan elimineras men som måste

minimeras. Oavsett måste allt vårdande ske med lyhördhet, respekt och värdighet så att patienten får den vård som hen behöver. Informanterna i studien har upplevt att deras lidande inte har lindrats tillräckligt men att de har tankar och idéer på hur det skulle kunna göras bättre. Här ser vi en förbättringsmöjlighet genom att ta till oss och utveckla vården utifrån de beskrivningar som vi har fått ta del av. Att öka medvetenheten om problemet och utföra handlingar som går i linje med denna kunskap. Det kan vara handlingar som exempelvis tätare munvård och en medvetenhet om det välbehag som fukten i munnen medför. Här ser vi en möjlighet för intensivvårdssjuksköterskan att med erfarenhet och kreativitet kunna erbjuda patienterna ett ökat välmående med relativt enkla metoder som exempelvis koksaltsinhalationer eller befuktad syrgas.

Holm och Dreyer (2015) beskriver maktlöshet över att förnekas behovet av att dricka vatten och frustrationen över att inte själv kunna bestämma över sin tillvaro, något som återkommer flertalet gånger i den här studien. Där beskrivs ett minskat självbestämmande som leder till en känsla av maktlöshet som tar sig uttryck i en uppgivenhet över att inte kunna påverka sin tillvaro. Då intensivvårdsmiljön är väldigt teknikintensiv finns en risk för att icke mätbara omvårdnadsbekymmer prioriteras ned. Enligt Hofhuis et al. (2008) som undersökt patientens upplevelse av intensivvård bör intensivvårdssjuksköterskan vara medveten om att ett för stort fokus på den tekniska utrustningen kan leda till ett minskat förtroende då patienten värderar information och personlig omvårdnad högre. Vi tror oss med denna uppsats kunna öppna intensivvårdssköterskan sinnen för upplevelsen av törst. Då törstkänslan kan likna andra symtom som exempelvis smärta eller oro bidrar denna magisteruppsats till att patienternas törstupplevelser uppmärksammas i större utsträckning.

SLUTSATSER

Denna magisteruppsats belyser patientens upplevelse av att i samband med allvarlig sjukdom och ohälsa inte får dricka inom intensivvård och slutenvård. En upplevelse som upptar en stor del av patientens tillvaro. Upplevelsen tar sig uttryck både i kroppsliga och själsliga förnimmelser, vilka förstärks eller lindras i den vårdrelation som uppstår mellan patient och intensivvårdssjuksköterska. Patienten försöker själv underlätta sin situation men möjligheterna påverkas av att hen inte helt själv styr över sin tillvaro. Intensivvårdssjuksköterskan kan med relativt enkla metoder lindra patientens upplevelse av törst och den besvärande torrhet i munnen som ofta uppstår i samband med att inte få dricka. Kunskapen och förståelsen för patientens lidande är otillräckligt uppmärksammat vilket vi menar leder till att patienten inte får sitt behov tillgodosett och det medför ett onödigt lidande.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Studien visar att det finns ett behov av att öka kunskapen och fokuseringen på upplevelsen av törst i samband med att inte få dricka i den kliniska verksamheten. Det saknas också tillräckligt med forskning inom problemområdet. Vi presenterar här förslag på tänkbara förändringar som vi tror förbättrar patientens upplevelse av sjukhusvistelsen.

- Mer fokus på området vid överrapportering och i patientdokumentation.

- Använda visuell analog skala i större utsträckning för att bedöma och utvärdera törst.
- Ökad användning av muntork, munspray och vaselin.
- Fler tidsfördriv för den vakna patienten på intensivvårdsavdelningen som exempelvis surfplatta, radio eller interaktiva spel.

REFERENSER

Amiram, L., Abu Sebeih, A. & Shibli, A. (2015). The effect of different oral hygiene treatments on the occurrence of ventilator associated pneumonia (VAP) in ventilated patients. *Journal of Infection Prevention,* 16(2), ss. 76-81.

Anåker, A. & Elf, M. (2014). Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(2), ss. 381-389.

Arai, S., Stotts, N. & Puntillo, K. (2013). Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *American journal of critical care, 22(4),* ss. 328-335.

Baumgarten, M. & Poulsen, I. (2014). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian journal of Caring Sciences*, 29(2), ss. 205-214.

Baumstarck, K. et al. (2019) Assessment of patients' self-perceived intensive care unit discomforts: Validation of the 18-item version of the IPREA. *Health and quality of life outcomes*, 17(29), ss. 1–9, doi.org/10.1186/s12955-019-1101-5

Beck, I., Olsson Möller, U., Malmström, M., Klarare, A., Samuelsson, H., Lundh Hagelin, C., Rasmussen, B. & Fürst, C. J. (2017). Translation and cultural adaptation of the Integrated Palliative care Outcome Scale including cognitive interviewing with patients and staff. BMC *Palliative Care*, 16(1), ss. 1–10.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande: I teori och praxis.* Stockholm: Natur & kultur.

Davidson, E. J., Jones, J. C. & Bienvenu, J. O. (2012). Family response to critical illness: Postintensive care syndrome–family. *Critical Care Medicine*, 40(2), ss. 618–624.

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap – Vetenskapen om vårdandet Om det tidlösa i tiden*. Stockholm: Liber.

Feo, R. & Kitson, A. (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare system. *International journal of nursing studies*, 57, ss. 1-11, doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006

Gadamer, H-G. (2011). *Den gåtfulla hälsan*. Ludvika: Dualis förlag AB.

Henderson, V. (2006). The concept of nursing. *Journal of advanced nursing*, 53(1), ss. 21-34.

Henricsson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I Henricsson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur AB, ss. 111–117.

Henriksson, O. & Lennermark, I. (2017). *Värt att veta om vätskebalans. Lärobok om vatten-, elektrolyt- och syra-basbalans*. Lund: Studentlitteratur.

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), ss. 300–313.

Holm, A. & Dreyer, P. (2017). Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nursing in Critical Care,* 22(2), ss. 81-88.

Huffling, K. & Schenk, E. (2014). Enviromental sustainability in the intensive care unit: challenges and solutions. Critical care nursing quarterly, 37(3), ss. 235-250.

Johnson, K. L. (2009). Anatomy and Physiology of the respiratory system. I Morton, P. G. & Fontaine, D. K. (red). *Critical care nursing a holistic approach,* Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Wiliams & Wilkins, ss. 601-602.

Hopcraft, M.S. & Tan, C. (2010). Xerostomia: an update for clinicians. *Australian dental journal,* 55(3), ss. 238–244.

Kjeldsen, C., Hansen, M., Jensen, K., Holm, A., Haahr, A. & Dreyer, P. (2017). Patients' experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 23(2), ss. 75–81.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Landström, M., Rehn, I-M. & Hollman Frisman, G. (2009). Perceptions of registered and enrolled nurses on thirst in mechanically ventilated adult patients in intensive care units—a phenomenographic study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 25(3), ss. 133-139.

Leemhuis, A., Shichishima, I. & Puntillo, K. (2019). Palliation of thirst in intensive care unit patients: Translating research into practice. *Critical care nurse,* 39(5), ss. 21-29.

Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenolocical hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of Caring Sciences,* 18(2), ss. 145-153.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 187–201.

Persenius, M. W., Hall-Lord, M. L. & Wilde-Larsson, B. (2009). Grasping the nutritional situation: a grounded theory study of patients' experiences in intensive care. *Nursing in Critical Care, 14(4), ss. 166–174.*

Puntillo, K., Arai, S., Cooper, B., Stotts, N. & Nelson, J. (2014). A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients. *Intensive care medicine*, 40(9), ss. 1295-1302.

Oto, J., Hideaki, I. & Masaji, N. (2011). Clinical factors affecting inspired gas humidification and oral dryness during noninvasive ventilation. *Journal of Critical Care*, 26(5), ss. 535. e9- 535. e15.

Rose, L., Nonoyama, M., Rezaie, S. & Fraser, I. (2014). Psychological wellbeing, health related quality of life and memories of intensive care and a specialised weaning centre reported by survivors of prolonged mechanical ventilation**.** *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(3), ss. 145–151.

Samuelson, K. A-M. (2011). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients—Findings from 250 interviews. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(2), ss. 76–84.

SFS 1992:1434. *Högskolelag.* Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor.* Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2009:400. *Patientsäkerhetslag.* Stockholm: Socialdepartementet.

Stayt, L., Seers, K. & Tutton, E. (2015). Patients' experiences of technology and care in adult intensive care. *Journal of advanced nursing*, 71(9), ss. 2051-2061.

Stotts, N., Arai, S., Cooper, B., Nelson, J. & Puntillo, K. (2015). Predictors of thirst in intensive care unit patients. *Journal of pain and symptom management*, 49(3), ss. 530-538.

Strang, P. (2012). Munvård, I Strang, P. & Beck-Friis, B. (red.) *Palliativ medicin och vård*, Stockholm: Liber AB. ss. 267–270.

Stubberud, D-G. (2009). Intensivvårdssjuksköterskans målgrupp och arbetsplats. I Gulbrandsen, T. & Stubberud, D-G. (red.) *Intensivvård - Avancerad omvårdnad och behandling.* Lund: Studentlitteratur AB, ss. 19–23.

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) (2015). Riktlinjer för svensk intensivvård. https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivvård_-rev-2015.pdf [2020-02-05]

The World Medical Association (WMA) WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (2018). https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/ [2020-01-28]

Von Stein, M. Buchko, B.L., Millen, C. Lampo, D., Bell, T. & Woods, A.B. (2019). Effect of a scheduled nurse intervention on thirst and dry mouth in intensive care patients. *American journal of critical care,* 28(1), ss. 41-46.

Whiteing, N. & Hunter, J. (2013). Nursing management of patients who are nil by mouth. *Nursing Standard,* 22(26), ss. 40–45.

Yu-Mei, L., Jung-Rung, T. & Fan- Hao, C. (2014). The effectiveness of an oral health care program for preventing ventilator-associated pneumonia. *Nursing critical care,* 20(2), ss. 89-97.

Zengin, N., Ören, B. & Üstündag, H. (2020). The relationship between stressors and intensive care unit experiences. *Nursing in Critical Care*, 25(2), ss. 109–116.

HÖGSKOLAN I BORÅS

Bilaga 1

Till verksamhetschef för godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor, Anders Forsberg och Madelaine Karlsson, som studerar specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot intensivvård vid Högskolan i Borås. I vår utbildning ingår ett examensarbete på avancerad nivå.

Syftet med vår studie är att belysa intensivvårdspatienters upplevelse av att inte få dricka i samband med fasta. För att undersöka detta önskar vi att komma i kontakt med informanter som vill dela med sig av denna upplevelse. Förhoppningen är att finna 6–10 personer som är villiga att bidra med sina erfarenheter av ämnet. Vi skulle uppskatta er hjälp att hitta personer som är intresserade av att delta i studien. Vår önskan är att sjuksköterskor som vårdar tänkbara informanter gör oss uppmärksamma på individer som som vi kan tillfråga om deltagande.

Metoden vi ämnar använda oss av är en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Datainsamlingen kommer att ske genom inspelade intervjuer med patienter som vårdats på IVA och under perioder inte fått dricka. Intervjuerna kommer att ta ca 30–60 minuter. Vi planerar att få tillgång till patienterna genom att vårdpersonalen runt patienten frågar om de är intresserade. Vårdpersonalen kommer att informeras om de kriterier som krävs för att patienterna skall vara aktuella för deltagande. Endast patienter som medgivit intresse kommer att tillfrågas om deltagande. Vid intresse kommer informerat samtycke att insamlas. Vår avsikt är att lämna både skriftlig och muntlig information om vad studien innebär. Vi kommer att klargöra vad vi avser att söka kunskap om och att informanten närsomhelst kan välja att avbryta deltagande utan att behöva ge någon förklaring till detta. Patienten väljer en tid och en plats där de känner sig bekväma med att genomföra intervjun. Den tilltänkta informanten kommer också att informeras om att alla personuppgifter kommer att hanteras konfidentiellt vilket innebär att inget av det som sägs kommer att kunna spåras tillbaka till deltagaren när arbetet publiceras.

Intervjuerna kommer att genomföras mellan v 6-24 så vi vore tacksamma för en snar återkoppling. Bifogat formulär om godkännande skickas till bifogad adress.

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare. Vid frågor eller funderingar är du välkommen att kontakta någon av oss.

HÖGSKOLAN I BORÅS

Med vänliga hälsningar

Anders Forsberg
Intensivvårdsavdelning
Södra älvsborgs sjukhus
E-post:s183508@student.hb.se
Tfn: 0705439383

Madelaine Karlsson
Intensivvårdsavdelning
Södra älvsborgs sjukhus
E-post: s183999@student.hb.se
Tfn: 0733210022

Handledare
Elisabeth Lindberg
Leg. Sjuksköterska/Fil. Dr. i Vårdvetenskap
Akademin för vård, arbetsliv och välfärd
Högskolan i Borås
501 90 Borås
E-post: elisabeth.lindberg@hb.se
Tfn: 033-4350000

Medgivande

Härmed godkännes att datainsamling sker av Anders Forsberg och Madelaine Karlsson inom ramen av vad som ovan beskrivits.

Borås 2020

_____
Titel/Klinik/Ort

HÖGSKOLAN I BORÅS

Bilaga 2

Information angående ett examensarbete om upplevelse av törst i samband med sjukhusvistelse.

Vi vill fråga dig om du vill delta i vårt examensarbete som handlar om upplevelsen av att inte få dricka. Vi är två sjuksköterskor som studerar på Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot intensivvård vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Vi är intresserade av att ta reda på hur upplevelsen av att inte få dricka uppfattas vid allvarlig sjukdom. Vi frågar dig för att vi tror att du kan bidra med erfarenheter om denna upplevelse. Eftersom vi inte få ta del av journalanteckningar har vi bett sjuksköterskor fråga patienter som kan tänkas bli intervjuade. De som tillfrågas ska ha vårdats på en intensivvårdsavdelning. Tackar du ja till deltagande så får vi dina uppgifter och kan kontakta dig. Dina personuppgifter behandlas konfidentiellt under hela processen.
Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet. Med huvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går examensarbetet till?

Intervjun kommer att ske på sjukhuset och tar ca 30-60 minuter. Vi kommer att spela in intervjun och när den är klar kommer den att skrivas ut av oss på dator för att vi sedan ska kunna analysera det som du berättat om. Inga personuppgifter kommer att spelas in. Det inspelade materialet kommer att skrivas ner ordagrant av oss och därefter raderas från inspelningsutrustningen och föras över på ett USB-minne som sparas inlåst på högskolan i Borås i 10 år. Under arbetets gång förvaras arbetet så inga obehöriga kan få tillgång till det. Endast författarna och deras handledare kommer åt intervjumaterialet.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar, kan Högskolan tillhandahålla en kopia till dig.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din vård eller behandling. För att delta behöver du lämna ditt samtycke.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta handledaren [kontaktuppgifter se nedan].

Vad händer med mina uppgifter?

I examensarbetet kommer vi att samla in information från dig. Inga namn, uppgifter eller resultat som kan härledas till dig som person kommer att redovisas i examensarbetet. Allt material kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det, i enlighet med gällande lagstiftning.
Det datamaterial som samlats in som bakgrundsinformation och intervjuer, kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt varvid personuppgiftsbehandlingen upphör.
Behandlingen av uppgifter om dig sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke). Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig. Som deltagare har du ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningens artikel 15-18, 20 och 22, som bland annat innebär att du har rätt att ta del av de uppgifter om dig som behandlas i studien samt få dessa rättade eller raderade. Du har också rätt att få behandlingen av uppgifter om dig begränsad. Kontakta ansvarig handledare [kontaktuppgifter nedan] i dessa fall.
Om du har frågor kring behandlingen av dina personuppgifter är du välkommen att i första hand kontakta ansvariga för examensarbetet eller handledaren. Du är också välkommen att kontakta högskolans dataskyddsombud via e-post, dataskydd@hb.se, med synpunkter. Du har därtill rätt att klaga på högskolans behandling av personuppgifter till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

HÖGSKOLAN I BORÅS

Ansvariga för examensarbetet

Anders Forsberg
Studerande iva-programmet
Högskolan i Borås
E-post: s183508@student.hb.se
Telefon: 0705439383

Madelaine Karlsson
Studerande på iva- programmet
Högskolan i Borås
E-post: S183999@student.hb.se
Telefon: 0733210022

Handledare
Elisabeth Lindberg
Leg. Sjuksköterska/Fil. Dr. i Vårdvetenskap
Akademin för vård, arbetsliv och välfärd
Högskolan i Borås
50190 Borås
E-post: elisabeth.lindberg@hb.se
Tfn: 033-435 00 00

Samtycke om deltagande

Fylls i av handledaren

Härmed intygas att ansvariga studenter har uppvisat skriftligt samtycke av informanten till deltagande i examensarbetet och behandling av informantens personuppgifter enligt ovan.

Datum och handledares namnteckning

✂---

HÖGSKOLAN I BORÅS

Fylls i av deltagaren

Jag har fått muntlig och skriftlig information om examensarbetet och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla en kopia av den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i examensarbetet och att uppgifter om mig samlas in och behandlas på det sätt som beskrivs i informationen ovan.

Namnteckning

Ort och datum

Bilaga 3

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

- Kön
- Vistelse på intensivvårdsavdelning?
- Under vårdtiden upplevt att inte få dricka?

Öppningsfråga

Skulle du vilja berätta så detaljerat som möjligt över upplevelsen av att inte få dricka?

Stödfrågor

Hur kändes det i din kropp när du inte fick dricka?

Hur reagerade den?

Vad tänkte på?

Vad påverkade upplevelsen av att inte få dricka?

Berätta mer?

Utveckla?