

Att vakna utan minne och dess positiva aspekter

FÖRFATTARE

Madeleine Andersson

PROGRAM

Specialistsjuksköterskeprogrammet
med inriktning mot intensivvård,

60 hp

Examensarbete i omvårdnad med
inriktning mot intensivvård OM5330,
VT 2013

OMFATTNING

15 hp

HANDLEDARE

Sofie Jakobsson

EXAMINATOR

Kristin Falk

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



TITEL (svensk):	Att vakna utan minne och dess positiva aspekter
TITEL (engelsk):	Waking up with no memory and its positive aspects
PROGRAM:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård, 60 hp
ARBETETS ART:	Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot intensivvård OM5330,
ARBETETS OMFATTNING:	15 hp
SIDANTAL:	34 sidor
FÖRFATTARE:	Madeleine Andersson
HANDLEDARE:	Sofie Jakobsson
EXAMINATOR:	Kristin Falk

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Vid svår sjukdom där behandlingen består av avancerad övervakning samt läkemedels- och ventilatorbehandling på en intensivvårdsavdelning, utsätts patienten för stor stress. Välbefinnandet och det psykiska tillståndet under och efter denna behandling är komplexa vilket kan innebära drömmar, vanföreställningar och minnesstörningar från vårdtiden.

Syfte: Syftet är att utforska de positiva aspekterna av att vakna upp utan minnen efter att ha vårdats i ventilator.

Metod: Studien är en beskrivande tvärsnittsstudie gjord utifrån ett kvalitativt perspektiv med Gadamers hermeneutiska ansats. Patienter som vårdats i invasiv ventilator och varit djupt sederade intervjuades utifrån öppna frågor för att ges tillfälle att berätta om sin upplevelse med egna ord.

Resultat: De positiva aspekterna var att få sova, att känna trygghet och att få en återberättelse. Att få sova gav smärtfrihet, underlätta andning och vakna utan konsekvenser av det man vårdats för. I att känna trygghet återfanns personalens omvårdnad, patientens uppförande och bevarande av dennes identitet för att slutligen hamna i återberättelsen där dagboken lyftes både för patient och närstående.

Konklusion: Resultatet av studien visade att det finns positiva aspekter att vakna upp utan minnen efter att varit sederad och fått ventilatorbehandling där sömnen, tryggheten och återberättelsen var stora viktiga punkter.

Nyckelord: Positiva minnen, intensivvård, sederad, ventilatorbehandling

ABSTRACT:

Background: In case of severe illness where treatment consists of advanced monitoring and pharmaceutical and ventilator treatment in an intensive care unit, subjected to the patient too much stress. Wellbeing and mental state during and after this treatment is complex which may include dreams, delusions and memory disorders from care time.

Aim: The aim of this study is to explore the positive aspects of waking up without memories after having undergone treatment in ventilator.

Method: This study is a descriptive cross-sectional study made on the basis of a qualitative perspective of Gadamer's hermeneutic approach. Patients who had received invasive ventilation and been deeply sedated were interviewed on the basis of open questions to be given the opportunity to tell us about their experience with their own words.

Results: The positive aspects were to induce sleep, to feel safe and to get a retelling. To get sleep gave pain relief, facilitate breathing and waking up without consequences of what we have been treated for. In knowing the patient's security personnel were nursing, behaviour and conservation of his identity in order to finally end up in the story where the diary was lifted, both for the patient and next of kin.

Conclusion: The results of the study showed that there are positive aspects to wake up without memories after been sedated and rated ventilator treatment where the sleep, security and back story were big important points.

Keywords: positive memories, intensive care, sedation, invasive ventilation therapy

FÖRORD:

Ett stort tack till de informanter som deltog i studien och till de sjuksköterskorna på intensivvårdsavdelning som gjorde att studien kunde genomföras.

Tack till Sofie Jakobsson som varit handledare och ett enormt stort stöd för mig under studiens gång.

Tack min familj och mina väninnor som ställt upp och bidragit till att jag har kunnat genomföra och utveckla mitt arbete.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	2
Miljön på intensivvårdsavdelning.....	2
Ventilatorbehandling	2
Sedering	3
Minne.....	3
TEORETISK REFERENSRAM.....	4
Vårdandets begrepp	4
Hälsa och lidande.....	5
TIDIGARE FORSKNING	6
Intensivvårdspatienters minne	6
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	10
METOD	10
Hermeneutisk ansats	10
Design	11
Urval	11
Datainsamling	11
Dataanalys.....	12
Pilotstudien	12
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDE	15
RESULTAT	18
Att få sova.....	19
Att känna trygghet	20
Att få minnet återberättat	22
DISKUSSION.....	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	26
KONKLUSION	30
REFERENSER	31

Bilagor 1-3

INLEDNING

En svårt sjuk patient är i behov att få god omvårdnad. Effekterna av vårdandet ska ge en känsla av autonomi, vilket leder till bättre självkänsla, ökad säkerhet och välbefinnande, ett accepterande med en ökad inre upplevelse av läkande. Enligt Arman och Rehnsfeldt (2011) är alla patienter lidande och att lidandet är en upplevelse där det sker ett möte med något ont och ofrånkomligt vilket upplevs på olika plan. Att lida är naturligt och tillhör det mänskliga livet där det också är starkt förbundet med mänsklig utveckling, vilket kan leda till djupare livsförståelse (a.a).

Det finns akuta och mindre akuta tillstånd och sjukdomar som kan leda till problem att upprätthålla respiratoriska och/eller cirkulatoriska funktioner. Behandlingarna vid dessa tillfällen är avancerad hemodynamisk övervakning samt läkemedels- och ventilatorbehandling på en intensivvårdsavdelning. För patienten innebär detta en stor fysiologisk påfrestning (Stubberud, 2009). Patientens psykiska tillstånd under dessa förhållanden är komplexa, med inslag av oro, ångest och eventuellt delirium, som beror på skadan och sjukdomen men även den medicinska behandlingen patienten får (Gulbrandsen & Stubberud, 2009). Vissa människor känner en trygghet och befrielse av behandlingen medan andra upplever situationen som en integritetskränkning, detta kan utlösa en kris som orsakas av stress, som både kan vara positiv och negativ. Positiv stress är nödvändig för patientens framsteg och förbättring, och kan därmed vara en positiv upplevelse. Negativ stress tär på de psykiska reservkrafterna och ger olustiga känslor (a.a.). Intensivvårdssjuksköterskan vårdar patienter som behandlas i ventilator vilket kan ske i både vaket och sovande tillstånd. Forskning gällande minnen efter att ha vårdats på en intensivvårdsavdelning har visat att det finns olika slags minnen efter vårdtiden avslutats och att det finns olika psykiska besvär på grund av det lidande de genomgår. Att inte komma ihåg är enligt denna forskning till stor del negativt. Genom att utforska om det finns några positiva aspekter med att inte ha minnen från tiden under intensivvårdsbehandlingen hoppas författaren på att öka förståelsen för patientens livsvärld och utveckling under intensivvårdstiden och att sjuksköterskan skall ges redskap för att möta den lidande människan.

BAKGRUND

MILJÖN PÅ INTENSIVVÅRDSAVIDELNING

I intensivvårdsmiljön där patienter med livshotande tillstånd vårdas, är apparaturen högteknologisk och avancerad, med mycket ljus och larm, och det är svårt att bevara patientens integritet (Ylikangas, 2012). Denna extremt tekniskt utformade vårdmiljö och dess omständigheter medverkar till att patienten känner ångest, oro, smärta, konfusion och sömnstörning med mera (Lundberg, 2012). Sjukhusmiljön i sig innebär att patienten kan känna trygghet eller otrygghet där engagemang krävs för att kunna tolka och förstå den nya miljön när de blir avskurna från de relationer och omvärld som de vanligen befinner sig i (Ylikangas, 2012). Miljö är ett centralt begrepp i omvårdnaden som är föränderlig och kan vara hälsobefrämjande eller sjukdomsbevarande. Omgivningen utgör omvårdnadens kontext där patienten existerar. Miljön delas in i fysisk miljö där allt runt omkring oss ingår och beskrivs till exempel ljud, ljus, färg och utrustning. Den psykosociala miljön speglar hur vi upplever att vara i miljön och består av emotionell atmosfär där bland annat kommunikation, information, samvaro och privatliv ingår (Meriläinen, Kyngäs & Ala-Kokko, 2010). God relation och närhet ingår i den sociala miljön och i de ideologiska aspekterna ingår den symboliska och andliga miljön (Ylikangas, 2012).

VENTILATORBEHANDLING

Lungorna och respirationssystemets fysiologi är att förse kroppens vävnader och celler med syre, forslar bort koldioxid och är en stor aktör i syra-bas-balansen (Corley & Ringdal, 2012). Andningsproblem kan komma av olika orsaker och tillstånd, det kan ge respiratorisk insufficiens och symtom som apné, hypoxi, koldioxidretention och syra-bas förändringar vilket föranleder en eventuell ventilatorbehandling. En ansträngd andning ger oro, ångest och trötthet ut patienten vilket ger upphov till ökat stresspåslag (Bronwyn, wetzig, Coyer & Wheeler, 2006; Aitken & Elliott, 2012; Corley & Ringdal, 2012). Vid invasiv mekanisk ventilation är målet att upprätta adekvat gasutbyte, underlätta patientens andningsarbete och minimera lungskador. För att mekaniskt kunna ventileras en patient används endotrakealtub, nasalintubation eller tracheostomi (Bronwyn, wetzig, Coyer & Wheeler, 2006; Rose & Henlon, 2012). Ventilatorbehandlingen utgår alltid från patientens tillstånd och välbefinnande

och är en dynamisk process där största vikt läggs på komplikationsfrihet och varaktighet (Bakkelund & Thorsen, 2009).

SEDERING

I intensivvård används sedering i syftet att underlätta och höja patientens bekvämlighet vid till exempel ventilatorbehandling (Jacobi, et al. 2002; Gulbrandsen, 2009; Aitken & Elliott, 2012). Sedering som begrepp beskrivs utifrån analgesi, amnesi, hypnos och anxiolys (Gulbrandsen, 2009). Läkemedel för sedering, hypnotika, hos kritiskt sjuka är bensodiazepiner, opiater, och propofol (Liu & Gropper, 2003). Dessa grupper av hypnotika har olika fördelar, där bensodiazepiner ger störst amnesi, opiater ger smärtlindring, propofol är sederande och lätt titrerbar och dexmedetomidin ger både anxiolys och smärtlindring (a.a.). Inom intensivvården skiljer sig sederingen åt genom att vara lätt eller djup, där sederingsdjup är beroende på patientens medicinska behov, samt att vara ångest- och smärtfri (Jacobi, et al. 2002; Gulbrandsen, 2009). För bedömning av sederingsnivå används exempelvis Motor Activity Assessment Scale -poäng (MAAS), som är en numerisk skala från noll till sex där varje siffra motsvarar bedömning av hur patienten reagerar på yttre stimuli utifrån medvetandetillståndet där siffra noll motsvarar att patienten inte svarar medan siffra sex visar att patienten är farligt agiterad (Jacobi, et al. 2002; Hvatfner, 2005). I denna studie avses att beskriva upplevelsen efter att ha varit djupt sederad och den djupa sederingen beskrivs i arbetet som sövd.

MINNE

Minne är det som gör det möjligt att lagra information från ett tillfälle till ett annat och att kunna använda minnet vid behov (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud, 2004). Minnet kan delas in i korttidsminne/primärtminne och långtidsminne/sekundärt minne och är två olika system i hjärnan som inte påverkar varandra (Jonides, Lewis, Nee, Lustig, Berman & Moore, 2008). Korttidsminne/primärtminne är den del som inom några sekunder reflekterar över det som händer oss, det är så kallat arbetsminnet. Det är här verbal information lagras och inövas. Långtidsminnet är det som ytterligare kan kallas episodminne och sträcker sig över obegränsad tid (Tulving, 2002). Det episodiskt minne används för att beskriva händelser som personligen är upplevda och kräver därmed en medveten hågkomst. Det sker genom en kodning och lagring av information som är de psykologiska och biologiska mekanismer som

avses med minne hos den levande organismen. När minnen plockas fram krävs ledtrådar som kodas samtidigt som minnet lagrar informationen som vidare alltid presenteras i ett givet sammanhang, en kontext. Då det episodiska minnet används hämtas ledtrådarna med hjälp av kontextuella ledtrådar (a.a.). Enligt Elliot och Rattray, (2012) kommer intensivvårdspatienter ihåg väldigt lite eller ingenting av sin vårdtid. De har ofta upplevelser som vanföreställningar och hallucinationer vilket ger dem psykiska problem och lång rehabilitering (Jones, Griffiths, & Humphris, 2000; Elliot & Rattray, 2012).

TEORETISK REFERENSRAM

VÅRDANDETS BEGREPP

Respekt och vördnad är grunden i den humanistiska vården inför den unika människan (Eriksson, 2000). Att vi vågar ge någonting av oss själva och att vi vågar möta den människa som lider tillhör också den humanistiska hållningen (a.a.). Den caritativa vårdens grundtanke är att lindra lidandet genom att vårda, med en kärlek och barmhärtighetstanke (Nurminen, 2012). Vårdandet är eller blir evident när det går genom handen, huvudet och hjärtat och kan variera från konkreta göromål till symboliska eller abstrakta (Eriksson, 2012). Det kan liknas vid att skildra det vårdande livet i sin helhet och den vårdande grunden i vårdarbetet, caring (a.a.). Den betydelsefulla inställningen till patienten beror på hur vi ser på människan och är de frågor som uppkommer när vi vidrör varandra genom tankar, det vi känner, gör och inte gör (Eriksson, 1995). Där kroppsligt välbehag och renlighet utgörs av ansning, lekandet står för tillit och tillfredsställelse och lärandet leder utvecklingen framåt.

Kärnan i vårdandet är att kunna anså, leka och lära, där kropp, själ och ande utgör helheten (Eriksson, 1987). Dessa tre element ger en integrerad helhet som sätter igång olika hälsoprocesser vilket leder till förändring i olika tillstånd. Delaktighet sker genom närvaro, medvetenhet i tid och rum med varandra där även tankar, känslor och upplevelser ingår i hälsoprocessen. Vårdrelationen bygger på ömsesidighet och det krävs att vårdare och patient lär sig att ta emot och att ge. Det professionella vårdandet bygger på kunskap och etiska krav, där kontinuitet låter patientens hälsoprocesser ostört utvecklas mot optimal hälsa. Yrkesskickligheten hos vårdaren ligger i en ständig fördjupning av kunskapen (a.a.).

Enligt Eriksson (2000) är patient-vårdrelationen kärnan i vårdprocessen och denna relation utgör den verksamma hälsoprocessen för patienten. Vårdprocessen beskrivs som en interaktiv process där patient och vårdare förutom interaktion med den omgivande världen också interagerar med varandra (a.a.). Det beskrivs av Eriksson (1994) som att den framskrider i takt med patientens totala växt och att gå bredvid, visa vägen framåt, men inte bestämma takten eller målet, är att vårda.

HÄLSA OCH LIDANDE

Hälsa bör enligt Eriksson (2000) ses utifrån en helhetssyn: *”det finns någonting bortom hälsa, en helhet som innebär själva livet. Hälsa måste ses och förstås som en del av det mänskliga livet.”* (s.23). När lidandet ses som en naturlig del av människan innebär det att lidandet är en del av hälsan (Eriksson, 1994). Hälsa är aldrig statiskt utan en rörelse mellan motsatser, där sundhet, friskhet och välbefinnande med eller utan sjukdom är integrerat med varandra (Eriksson, 2000).

Hälsa och lidande är delar av människans livsprocess som är integrerade med varandra och ständigt närvarande (Eriksson, 1994). Lidandet kan ge hälsan en mening genom att självmedvetenhet om kontrasterna och de olika möjligheterna om människans inre resurser. I de gemensamma nämnarna är hälsan helheten och lidandet är att i något avseende bli avskuren från sig själv och sin egen helhet (a.a.).

Lidandet finns i en positiv och negativ dimension, där positiva dimensionen består av lust, försoning och njutning (Eriksson, 1994). Den negativa dimensionen står för något som ansätter patienten med smärta och vånda. I den positiva dimensionen är lidandet konstruktivt och meningsbärande medan i den negativa måste patienten kämpa mot det som den utsätts (a.a.).

TIDIGARE EMPIRISK FORSKNING

Som underlag för att beskriva tidigare forskning avseende minnen efter att ha vårdats i ventilator har vetenskapliga artiklar och avhandlingar använts. Vid sökningen av artiklar har sökorden, *memory*, *sedation*, *mechanical ventilation*, *ventilation and intensive care*, använts i olika kombinationer i databasen PubMed. De två sökord som alltid använts är *memory* och *intensive care*. Abstrakt på tolv artiklar och tre avhandlingar lästes. De artiklar och avhandlingar som innehöll sökorden och efter granskning av resultatet gav kunskap om intensivvårdspatienters minne gentemot studiens problemformulering granskades. Två översiktsartiklar uteslöts på grund av att en sammanställde sedering med analgetika och en daglig uppväckning av intensivvårdspatienter. Två kvantitativa artiklar uteslöts för att en handlade om sederingsregim och en om daglig uppväckning av intensivvårdspatienter. Två kvalitativa artiklar uteslöts då de undersökte minnen hos patienter som legat på intensivvårdsavdelning för fem respektive tio år sedan. Tre avhandlingar och fem artiklar som handlade om minne användes i studien.

INTENSIVVÅRDSPATIENTERS MINNE

De patienter som blir akut svårt sjuka och i behov av ventilatorbehandling utsätts för diverse obehag som akut stress från sjukdomen och/eller skadan, behandlingen i form av ventilator, läkemedel och miljön på intensivvårdsrummet (Samuelson, Lundberg & Fridlund 2006). Både under och efter vårdtiden är minnestörningar och mardrömmar vanliga efter de påfrestande upplevelserna. För att lindra lidandet ges sedativa mediciner och analgetika. Dessa läkemedel har både nackdelar och fördelar och ges individuellt för varje patient. De är dosberoende och påverkar vakenheten, medvetandet och minnesfunktionen i olika grad (Samuelson, Lundberg & Fridlund 2006).

I Ringdals avhandling (2008) finns beskrivet hur patienter har minne från olycksplatsen. Nästan hälften kommer ihåg avfärd till sjukhus och mer än hälften kommer ihåg ankomst till akutmottagning. Av 239 patienter totalt i undersökningen kom 71 stycken ihåg hela intensivvårdstiden och 27 stycken patienter hade amnesi från vistelsen. Rundshagen, Schnabel, Wegner, och am Esch (2002) intervjuade 187 patienter och av dem uppgav 16 patienter att de inte kom ihåg någonting från vistelsen på intensivvårdsavdelningen och nära 65 % av 187 patienter att från det att de förlorade medvetandet till dess att det återkom, inte

minns någonting från tiden på intensivvårdsavdelningen. De patienter som mindes låg kortare tid med ventilatorstöd, sederades mindre och hade en kortare vårdtid på intensivvårdsavdelning (Ringdal, 2008). Patienterna hade emotionella minnen av smärta och faktiska, enstaka minnen av familjemedlemmar och ansikten. Vissa patienter var nyfikna på sin intensivvårdsvistelse medan vissa inte ville komma ihåg någonting (Ringdal, 2008).

Ringdal, (2008) visade att patienter under intensivvårdsvistelse upplevde vanföreställningar ,delusional memories- (DM). Patienter med vanföreställningar hade en större andel känslomässiga minnen av smärta, rädsla, konfusion och panik. Vissa patienter med vanföreställningar beskrev att de haft hallucinationer och andra patienter paranoida minnen av att personal och andra patienter försöker skada och döda dem. Dessa hade fått mer av sömngivande läkemedlet Propofol, ventilerades mer mekaniskt och det förekom oftare njurproblem (Ringdal, 2008). Vanföreställningar var vanligare hos yngre patienter (Rundshagen et al., 2002; Samuelson et al., 2006; Ringdal, 2008). Patienterna beskrev att de kommer ihåg drömmar, några klassificerar dem som mardrömmar, vissa patienter upplevde känslomässigt oväsentliga drömmar och andra kommer ihåg trevliga drömmar och beskrivs som en recall/wakefulness (Rundshagen et al., 2002).

Samuelson visade i sin avhandling (2006) att det inte finns någon enighet när det kommer till sedering och grader av sedering, och vad det kan ge för minnesbilder och påfrestande upplevelser. En studie visade att det inte fanns signifikanta skillnader mellan minnen och obehag hos patienter som var lätt eller djupt sederade under ventilatorbehandlingen (Samuelson et al., 2006; Samuelson, Lundberg & Fridlund 2008). Det fanns däremot en trend att de med mardrömmar, hallucinationer eller konstiga upplevelser hade varit tyngre sederade. Två månader efter intensivvårdsvistelsen fanns inga skillnader grupperna emellan (Samuelson et al., 2006; Samuelson, Lundberg & Fridlund 2008). De patienter som var svårast sjuka, hade längre sjukdomsvistelse, längre sammanlagd sederingstid och sövda djupare hade mer vanföreställningar och hallucinationer med paranoida inslag (Rundshagen et al., 2002; Samuelson et al., 2006; Samuelson, Lundberg & Fridlund, 2007). Äldre hade mindre minne utan betydelse av längd eller sederingsdjup. Patienter med vanföreställningar hade inte alltid varit djupt sederade. Var det paranoida inslag i vanföreställningarna fattades det oftast ett faktiskt minne och de hade varit djupare sövda. Dessa patienter hade även varit mer agiterade

(Samuelson et al., 2006; Samuelson, Lundberg & Fridlund, 2007). Strategin att använda sömnmedel kombinerat med analgetika och väckning av patienten varje dag påvisade minskad ventilatorbehandlingstid, kortare intensivvård, sjukhusvistelse och reducerade obehag (Ma et al., 2010). Att vakna upp, inte komma ihåg och inte veta vad som var fel ökade lidandet, tillsammans med att inte kunna ta hand om sig själv, vara kraftlös och sårbar gav det en känsla av förlorad kontroll (Samuelson, 2011). Minnen de flesta patienterna hade, var obehaget och smärtan från endotrakealtuben, att inte kunna prata och att vara törstig. Dessa upplevelser var kopplade till sederingsdjup. De patienter som var lättare sederade uppfattade minnen från intensivvårdsbehandlingen som mer påfrestande än de som var mer sederade (Rundshagen et al., 2002; Samuelson, 2011).

Det fanns de patienter som vaknade upp, insåg att de skulle överleva och kunde då känna en lättnad över detta vilket gjorde att de kunde slappna av (Samuelson, 2011). När de vaknat upplevde de lättnad över att fått avancerad vård som räddat deras liv, där en del kände goda minnen av att få andningshjälp när de själva inte kunde andas. Tryggheten kom också från hur personalens omhändertagande, de visade en vilja att alltid finnas till hands för patienten och att de hade en kompetens där de visste precis vad som behövde göras. Kommunikationen med personalen bestod mest i information om de dagliga procedurerna och patientens hälsotillstånd. När de själva inte kunde förmedla sig fanns en stor vilja från personalens sida att hjälpa till. Det fanns även goda minnen av drömmar som kunde ge ett välbehag där patienten kunde uppleva överkliga upplevelser och euforiska känslor, vilket gav dem trevliga drömlika känslor (a.a.). Ringdal, (2008) kom i sin avhandling fram till att vårdprocessen även gav möjligheter och villkor för att skapa goda minnen, vilket var viktigt för att personen skulle kunna gå vidare och må bra trots kroppsliga begränsningar. De goda minnen av omvårdnad och tacksamheten för livet motverkade känslorna av hopplöshet och av att vara värdelös som kunde höra samman med att patienten varit skadad och hade mindre bra minnen av en surrealistisk värld (Ringdal, 2008). Både patienter med och utan vanföreställningar kom ihåg deras familjers närvaro. Att ha support från omgivning där familj och vänner ingick var den viktigaste delen av för att kunna fokusera på framtiden, komma vidare och känna tacksamhet över livet (Ringdal, 2008).

Karlssons (2012) avhandling visar att patienter som vårdas vakna i ventilator är fullt medvetna om sin hotande existens och sårbarhet vilket innebär ett lidande. De tänkte hela tiden på andningen, de hade svårt att sova och kunde inte prata, vilket gjorde att de förlorade sin integritet och personlighet. De gånger de kände trygghet var när anhöriga var på besök och när patienten själv var delaktig i vården. Detta gör att vårdaren måste vara alert och uppmärksam på patientens lidande och behov av hjälp. Det krävs att kommunikation genom beröring, tonen på rösten, tilltalet, uttalade ord och kroppsspråk fungerar. De vårdåtgärder som görs skall ge patienten gemenskap som minskar känslan av beroende och höjer tro och hopp om återhämtning (a.a.). De patienter vilka inte har någon form av sedering under behandlingstiden upplevde komplexa obehag i större utsträckning än de som varit sederade enligt Ma et al., (2010).

PROBLEMFÖRMULERING

När en människa utsätts för plötsliga traumatiska händelser som gör att intensivvårdsbehandling måste ges utsätts de för ett enormt stresspåslag. Vården kan medföra ventilatorbehandling som leder till att potenta läkemedel, som exempelvis används hypnotika. Detta tillsammans påverkar minnet i hög grad. Tidigare forskning av vad man som patient minns efter att ha vårdats på intensivvårdsavdelning har visat att det finns skillnad i minnena efter att vårddagen har avslutats, minnena kan vara faktiska eller vanföreställningar. Forskningen visar att patienterna får olika psykiska besvär i återhämtningsfasen på grund av det lidande de genomgår efter behandlingen. Att inte komma ihåg IVA-behandling uppfattas enligt tidigare forskningsresultat som negativt. Det finns ytterst lite utforskat om det finns några positiva infallsvinklar med att inte ha minnen efter att ha vårdats på intensivvårdsavdelning. Genom att undersöka om det finns några positiva aspekter med att vakna upp utan att minnas något av vad som hänt under sedering och ventilatorbehandling kan det belysa vad som patienten anser är av vikt att minnas efter att ha vårdats på intensivvårdsavdelning. Detta kommer att utöka sjuksköterskans förståelse och kunskap för patientens livsvärld vilket kan leda till en större trygghet hos patienten.

SYFTE

Syftet med studien är att utforska de positiva aspekterna av att vakna upp utan minnen efter att ha vårdats i ventilator.

METOD

HERMENEUTISK ANSATS

Hermeneutiken är en filosofi och forskningsansats där intresset är riktat mot individen och den hermeneutiska analysen söker efter mening och betydelse i texten (Dahlberg, 1997). Uppmärksamheten riktas mot hur personen tolkar och strukturerar verkligheten ihop med sina erfarenheter och kunskaper (Dahlberg, 1997; Polit & Beck, 2004). Hermeneutiken kräver en förförståelse och måste finnas en vetenskaplig öppenhet och en vilja att se och förstå på ett nytt sätt (a.a.). Språkets betydelse är stor och redskapet i dialogen och frågandet, det öppnar vår livsvärld och ger interaktion (Dahlberg, 1997). Det är inte alltid frågorna som är problematiska utan själva frågandet på grund av detta kan öppenheten aldrig bli total och som forskare kan man inte alltid nollställa sig inför studier (a.a.). Data hämtas från empirin sker induktivt för att sedan tolkas och formuleras i begrepp eller teorier (Backman, 2008). Den hermeneutiska metoden gör att det sker en klinisk och vetenskaplig förståelse för informanternas värld vilket leder till växelverkan och utveckling (Arman & Rehnsfeldt, 2011). Det räcker inte med att informanterna berättar om sina erfarenheter och upplevelser utan det måste hela tiden ske en tolkning för att det skall ske en djupare förståelse.

Dahlberg (1997) beskriver att Gadamer's syn på hermeneutiken har öppnat upp för frågor gällande varandet och blir därmed dialektisk. Upplevandet blir något mer, det är en händelse och möte vilket ger erfarenheter. Det är att kunna se hur något är eller inte är, det är då en förändring sker och ny förförståelse uppstår. Förförståelse och tolkning hänger samman utifrån tradition och nuet (a.a.). Det finns ett förhållande mellan del och helhet i förståelsen, den hermeneutiska cirkeln och tre uppgifter i den traditionella hermeneutiken vilka är att förstå, förklara och tillämpa (Gadamer & Melberg, 1997). Textförståelsen ingår i en oändlig process och kallas verkningshistoria. Metaforen horisont beskriver processen där förförståelsen och texten eller dialogen smälts samman. Gadamer och Melberg (1997) beskriver att ontologin har sin grund i språket och det är språket som gör att människan förstår, språkets form och innehåll kan inte skiljas åt. Äkta öppenhet inför fenomenet kännetecknas av

att höra se och förstå vilket ger en växelverkan mellan helhet och del i tolkandet, där texten ställs i relation till helheten och dess termer (a.a.).

Denna ansats lämpar sig för att patienten skall med egna ord kunna beskriva sina upplevelser och erfarenheter. Ansatsen syftar till att ge en bredare förståelse och kunskap om människors livsvärld (Dahlberg, 1997; Arman & Rehnsfeldt, 2011).

DESIGN

Studiens design är en beskrivande tvärsnittsstudie utifrån en hermeneutisk ansats enligt Gadamer (Dahlberg, 1997; Polit & Beck, 2004).

URVAL

Urvalskriterierna är patienter som behandlats med invasiv ventilator och varit sövda på en allmän intensivvårdsavdelning i Västra Götalandsregionen. Patienter kommer att tillfrågas om deltagande i studien i slutskedet på vårdtiden. De kommer att tillfrågas av intensivvårdssjuksköterska utifrån inklusion- och exklusionkriterierna. Informationen om studien och dess syfte kommer att ges till områdeschef, vårdenhetschef samt sjuksköterskor. Forskningsplan och informationsbrev kommer att finnas lättillgängligt på avdelningen.

Inklusionskriterier: personer över 18 år, sövd mer än 24 timmar, MAAS 0-2, invasivt ventilatorbehandlats, svensktalande.

Exklusionskriterier: vårdas på IVA på grund av suicidförsök eller trauma, diagnostiserad psykiatrisk sjukdom eller demens.

DATAINSAMLING

Data skall samlas in genom enskilda intervjuer, utifrån en intervjuguide och där informanten ger en rik och detaljerad information utifrån studiens syfte (Polit & Beck, 2004), vilket kommer att ske med öppna frågor. Målet är att informantens livsvärld skall beskrivas för att sedan tolkas. Intervjun är enligt Kvale (2009) ett strukturerat samtal, där kunskapen konstrueras i interaktionen mellan informanten och författaren för att sedan förstå teman ur informantens levda värld. För att leda informanten framåt i samtalet speglas svaren och följdfrågor kommer att ställas (Fleming, Gaidys & Robb, 2003; Polit & Beck, 2004).

Informanten ger på detta sätt ge en rik detaljerad information beskriva sin erfarenhet utan att författare leder en diskussion, utan det blir ett djupare samtal (Kvale, 2009; Polit & Beck, 2004). Syftet med intervjun är att tillåta att ett djupare engagemang och intresse för ämnet där en större förståelse uppstår (Fleming et.al, 2003). Genom att författaren använder sig själv som instrument i dialogen blir det till hjälp för en djupare förståelse och ny kunskap, det är även viktigt att författaren förstår hur personliga känslor och erfarenheter påverkar studien (a.a.).

DATAANALYS

Analysen och tolkningen av intervjumaterial sker utifrån Gadamer's beskrivning av den hermeneutiska cirkeln eftersom det är viktigt för att få förståelse och för att uppleva analysen (Gadamer & Melberg, 1997). Som människor har vi alltid förutfattade meningar som är subjektiva och aldrig neutrala, det är därför texter tolkas utifrån den egna förståelsehorisonten med företeelserna mot bakgrunden (a.a.). Analysen skall ske från delar till helhet och hela tiden vara i rörelse där det hela tiden sker en dialog med texten återkoppling, dialog, förståelse i relation till fenomenet för att sedan slutligen tolkas av författaren (Fleming et al., 2003). I analysen framkommer det teman som svarar på frågan hur och går som en tråd i underliggande meningar och lyfter det latenta innehållet (Graneheim & Lundman, 2004). För att underlätta analysen av intervjutexter används Fleming et al., (2003) en metod som är baserad på Gadamer's hermeneutik. Metoden har fyra steg och där det ena steget inte utesluter det andra och kan förekomma samtidigt (a.a.).

PILOTSTUDIE

Avsikten med att göra en pilotstudie var att testa design och metod gentemot syftet inför den fullskaliga studien där ett större antal deltagare kommer att ingå. Information om studien och dess syfte gavs på ett sjuksköterskemöte och via e-post till intensivvårdssjuksköterskor. Under studiens gång fanns på intensivvårdsavdelning en mapp med skriftlig information (bilaga 1) till sjuksköterskor och informanter ihop med en matris som fyllts i efter tillfrågandet (bilaga 2). Vårdutvecklingsjuksköterskan på avdelningen blev författarens kontaktperson och kontinuerlig telefon- och e-postkontakt upprättades. En provintervju gjordes för att författaren skulle träna på intervjusituationen och kunna spegla svaren rätt utifrån informanten för att

kunna ställa följdfrågor, den provintervjun ingick inte i analysmaterialet. Därefter startade datainsamlingen med intervjuer för att sedan bearbetas till ett resultat och en diskussion.

Urvalskriterierna var patienter som behandlats med ventilator och varit sövda på en allmän intensivvårdsavdelning i Västra Götalandsregion och där tillfrågats i slutskedet på vårdtiden om de vill delta i studien. De tillfrågades av intensivvårdssjuksköterska som utgick från inklusions- och exklusionskriterierna.

Datainsamlingen skedde under en tremånadersperiod där nio patienter i åldrarna 39 till 70 år, tillfrågades, åtta män och en kvinna, se bilaga 2. Sju patienter tackade ja varav en intervju uteblev på grund av att författaren inte hann kontakta patienten innan hemgång, en patient avled och en är på grund av komplikationer blivit konfusorisk och är det fortfarande när intervjumaterialet började analyseras. Två tackade nej, varav en tackade nej av okänd anledning och en kom ej ihåg tillfrågandet. Samtliga informanter som ingick i studien var män i åldrarna 70, 50, 48 och 39 år, alla hade haft invasiv ventilatorbehandling och varit djupt sederad. En informant hade varit djupt sederad mer än 48 timmar och de tre andra mer än 24 timmar.

Datainsamlingen bestod av att de deltagande patienterna intervjuas enskilt och första kontakt mellan patient och forskare skedde efter avslutad ventilatorbehandling där ändamålet var att bestämma tid för intervju. Intervjuerna har skett på sjukhuset för att säkerställa patientens välbefinnande på grund av de känslor som kan starta om eventuella minnen återkommer. Intervjuerna har varat mellan 15-40 minuter, de har spelats in på en ljudspelare och transkriberats ner ordagrant. Anhöriga har inte att nekats deltagande relaterat till patientens välbefinnande, två informanter hade anhöriga med sig under intervjun.

Varje intervju började med att informationsbrevet förtydligades där det lades stor vikt på studiens syfte och att deltagandet var frivilligt. Författaren hade som mål att intervjusituationen skulle uppfattas som lugn och trygg vilket hjälpte informanterna att delge sina erfarenheter och reflektera över vad deras minne betydde för dem. Intervjuguiden som användes bilaga 3, bestod av en öppen fråga där informanten uppmanas berätta om vad som föranledde vårdtiden för att sedan gå över till lite mer riktade frågor.

Dataanalys utgick från Gadamer's hermeneutiska ansats. Författarens förståelse grundar sig i livserfarenhet och arbetslivserfarenhet som förvärvats i de möten med andra människor som sker i livet och inom vårdarbetet som tillhörjan var som undersköterska och därefter

sjuksköterska. Den teoretiska kunskapen som författaren besitter har skaffats genom sjuksköterskeprogrammet, fristående kurser i medicin och omvårdnad och nu specialistutbildning men även genom den teoretiska referensram som finns i denna studie. Författaren är hela tiden medveten om att det kan finnas förståelse och fördomar som tidigare inte vart medvetandegjorda.

De teman som framkom under analysen svarade mot frågan hur och gick som en tråd i underliggande meningar som lyfte det latent innehåll. I analysen av intervjutexter användes Fleming, et al., (2003) metod som är grundad på Gadammers hermeneutik. Metodens första tre steg användes där det ena steget inte utesluter det andra och kan förekomma samtidigt, det fjärde steget är inte använt fullt ut.

Steg ett: Tolkningsprocessen påbörjades genom att författaren sökte efter meningar och betydelser i texten genom att vara öppen till texten. De transkriberade intervjuerna lästes flera gånger för att en uppfattning och känsla av texten som helhet. Utgångspunkten var här att öka förståelsen av hela texten på grund av att det kommer att inverka på förståelsen av textens andra delar.

Steg två: Vid denna textläsning började författaren utifrån studiens syfte markera meningar, uttryck och ord, för att efter detta sortera dem. Vardera mening exponerades och tolkades för att få en betydelse för att förstå ämnet. Identifieringen av teman underlättades på detta sätt och ledde till en rik och detaljerad förståelse av forskningsämnet.

Steg tre: Nu sammanfördes utklipp med liknande innehåll och temat bildades därefter formades subteman. Återigen lästes intervjuerna och jämfördes med delarna och de teman som framkommit. Denna cirkel/rörelse i tolkningsprocessen som kan liknas vid en dialog mellan texten och författaren som pågick under hela bearbetningen och har här breddat författarens förförståelse, som kan liknas med en horisontsammanmältning. Denna sammansmältning har skett genom att tolkarens horisont som är förförståelse och textens horisont har blivit till ett resultat. Textens innehåll och känsla som fanns, utvidgades och redogjordes för varje mening som en helhet, vilket innebär att delar av texten vidgas med en utökad förståelse.

Steg fyra: Författaren upplever aldrig att detta steg gjordes i pilotstudien. Detta tros bero på de få informanterna och de två korta intervjuerna som gav ett begränsat analysmaterial.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDE

För att genomföra en större studie ska en etikansökan lämnas in till Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg och godkännas. På den berörda intensivvårdsavdelningen har verksamhetschefer givit samtycke till att studien genomförs där. De etiska frågorna har hela tiden haft en central roll i arbetet, etiken är en ömsesidig relation mellan informant och forskare, där forskaren har ansvar för informanterna. Utifrån människors lika värde har en humanistisk människosyn legat i fokus där helhetsperspektivet är kropp och själ utifrån det sammanhang vi befinner oss i, var vid vi tar ett eget ansvar och även ansvar för varandra. Vid intensivvårdsbehandling utsätts patienten för traumatiska händelser som kommit plötsligt och ger ett stresstillstånd. Behandlingen består av olika delar och kan innebära ventilatorbehandling som i sin tur gör att potenta läkemedel behöver användas. Patienterna som deltar i studien har varit eller är fortfarande kritiskt sjuka. De är sårbara och i beroendeställning vilket gör att det fanns risker att de skulle kunna känna sig tvingade eller inte orka med att bli intervjuade. Forskaren valde att göra intervjun på sjukhus på grund av de känslor som kan väckas under eller efter intervjun. Patientansvarig sjuksköterska på avdelningen kommer att vara informerad för att kunna stödja patienten. Polit och Beck (2004) förklarar att det under de senaste fyra årtiondena har utvecklats ett flertal olika etiska koder. En av de mer betydande med internationell standard, som även antagits är Helsingforsdeklarationen, World Medical Association (WMA, 2008). För att skydda patientens integritet har studien som grund de fyra etiska principerna och individskyddskravet som kommer från Helsingforsdeklarationen (WMA, 2008).

Autonomiprincipen skyddar människans personlighet och kropp vilket inkluderar respekt, värdighet och sårbarhet. Detta förutsätter att det finns plats för frihet, eftertanke och reflektion med engagemang och moraliskt ansvar (Helsingforsdeklarationen, WMA, 2008). Varje enskild människa skall respekteras som en självständig individ och får inte utsättas för teknisk eller vetenskaplig forskning utan att blivit informerade och givit sitt samtycke. Detta säkerställs via respekten för frivillighet, skydd av privatlivet, informantens samtycke och rätten att avbryta deltagandet i studien. Patienterna som deltar i studien har varit eller är fortfarande sårbara och i beroendeställning vilket gör att det fanns risker att de skulle kunna känna sig tvingade eller inte orka med att bli intervjuade. Genom informationsbrevet (bilaga

1) görs en förfrågan om de vill delta och därefter respekteras det beslut som framkommer. Intervjun görs på sjukhus på grund av de känslor som kan väckas under eller efter intervjun.

Göra gott principen går ut på att omvårdnadsforskningen skall vara till nytta för den eller de grupper som avses, bidra med ny kunskap för att underlätta och återställa hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande (Helsingforsdeklarationen, WMA, 2008).

Inte göra skada principen innebär att de personer som ingår i forskningen inte får utsättas för skada. För att förhindra detta skall forskaren göra risk-nytta analyser för att förhindra och minska riskerna. Information om risker skall delges deltagarna och deras säkerhet skall säkerställas. Informationsbrev är utformat så att det tydligt framgår risker studien har och vad vi gör för att motverka detta (Helsingforsdeklarationen, WMA, 2008).

Rättvisepincipen hävdar att alla individer skall behandlas lika undantaget är om det finns några etiska skillnader som till exempel kontrollgrupper. Det är forskarens plikt att värna och bevaka de svagas rättigheter så att forskningen inte utnyttjar detta. Den viktigaste aspekten är att öka och förbättra kunskapen om alla patienters hälsorisker, sjukdomar och lidande kan hindras och lindras (Helsingforsdeklarationen, WMA, 2008).

Informationskravet är forskarens åtagande att på ett tydligt och lättförståeligt språk ge en övergripande information om forskningen och dess syfte, metoder som används, risker den medför, vem som är huvudman, att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas och vem som sköter kontakten (Helsingforsdeklarationen, WMA, 2008). Detta sker både skriftligt och muntligt genom informationsbrevet till en början och senare vid intervjun.

Samtyckeskravet innebär att deltagare informeras och frivilligt givit sitt samtycke till att forskningen genomförs (Helsingforsdeklarationen, WMA, 2008). Alla deltagare har rätt att avbryta eller avstå från att vara med i en studie utan att behöva uppge skäl eller att det påverkar dennes vård på något sätt. Deltagarna har fått tid att tänka igenom sitt beslut om deltagande studien och haft möjlighet att kontakta oss om funderingar och frågor finns.

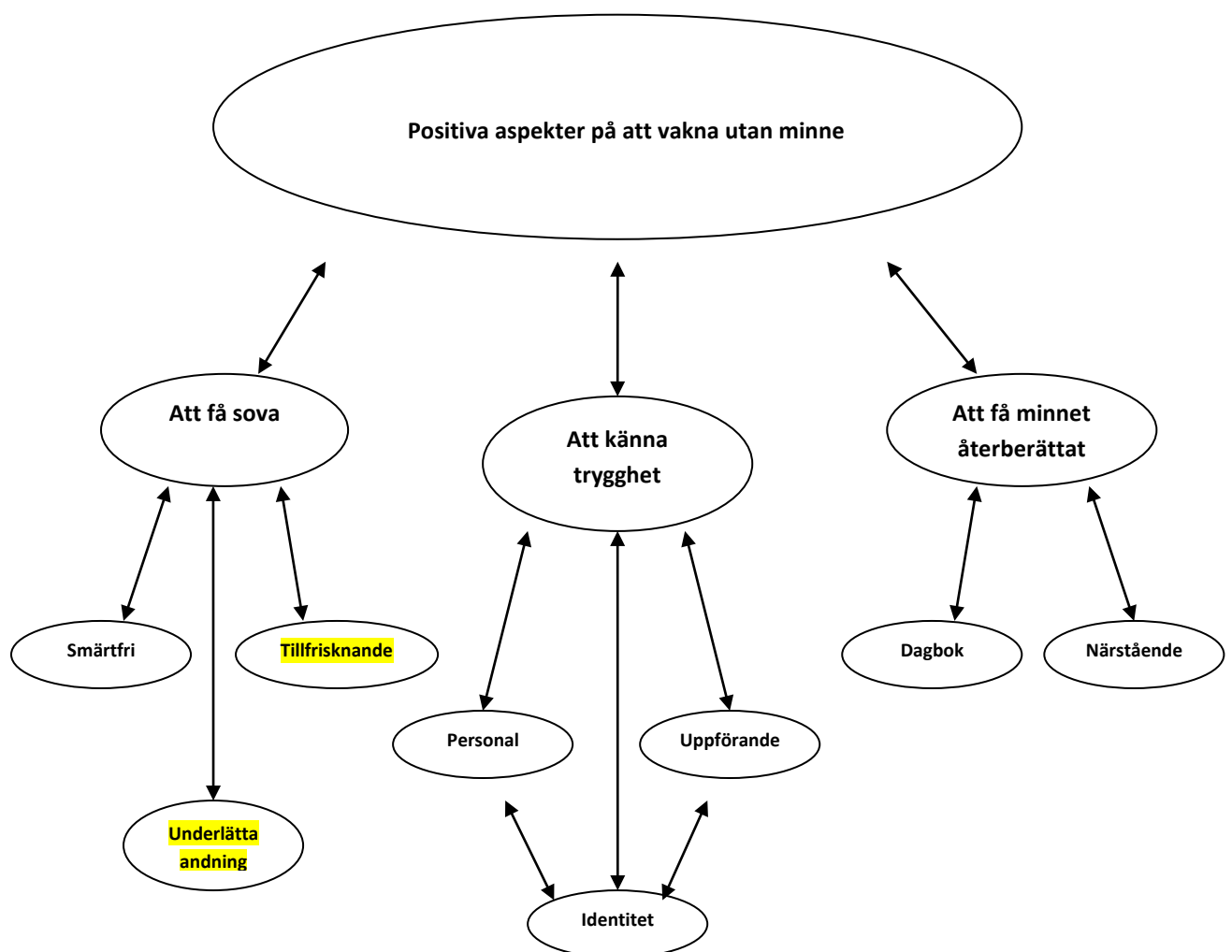
Konfidentiellitetkravet betyder att forskaren skall se till att all information som deltagaren givits, datamaterial och kodlistor skall förvaras på ett sätt så att utomstående inte kan komma åt det. Studien följer personuppgiftslagen (1998:204) och Helsingforsdeklarationen, WMA, (2008) för att skydda och värna om informantens integritet.

Nyttjandekravet innebär att de data som samlas in får bara användas i forskningssyfte och kommer inte att användas efter det användas på annat sätt (Helsingforsdeklarationen, WMA, 2008). Uppgifterna kommer inte att användas så att de kan påverka informanterna vid andra vårdtillfälle eller vid andra instanser.

Säkerhetskravet påvisar forskarens ansvar för att skjuta upp eller avbryta forskningen om oförutsedda biverkningar eller obehag drabbar deltagaren (Helsingforsdeklarationen, WMA, 2008).

RESULTAT

Positiva aspekter att vakna utan minne fanns enligt de fyra informanterna och den hermeneutiska tolkningen gjorde detta synligt genom teman och subteman. Vid tolkningsprocessen växte tre teman fram ur intervjutexten och därefter åtta subteman, figur 1. Pilarna i figur 1. visar hur den hermeneutiska cirkelns tolkningsprocess pågår, och att det är en ständig rörelse mellan teman, subteman och det övergripande syftet. Med hjälp av tre steg i analysmetoden som Fleming et al., (2003) beskriver, baserat på Gadamer's hermeneutik fick den hermeneutiska cirkeln att tydliggöras. För att beskriva och tydlig göra teman, subteman och stärka resultatet används citat från intervjuerna (Polit & Beck, 2004).



Figur 1. Att vakna utan minne och dess positiva aspekter.

ATT FÅ SOVA

Att få sova och sövas upplevde samtliga informanterna inte som något svårt minne vilket gjorde detta till ett tema. I detta tema var information och tidsperspektivet två ingredienser som gjorde att det inte var negativt att få sedering. När det kom till smärta, andning och tillfrisknande var subteman som värderades högt av informanterna.

Tre av informanterna visste och hade fått information om vad som skulle hända vilket underlättade sövningsförloppet som uppgavs vara lätt för det gick så snabbt. Två av informanterna uttryckte klart att minnet från denna period inte spelade så stor roll och att de först var efter väckning som de börjar minnas.

”... det minnet spelar ingen roll, jag vet inte vad jag skulle vilja komma ihåg av de dom gjorde då, det känns som jag lagt mig på en säng så somnar man så vaknar man det är precis som man går in i ett rum sätter dig på en stol å sen vaknar du...”

Tidsperspektivet beträffande sövningen var de inte medvetna om, utan det var det plötsliga uppvaknandet som gav dem medvetna om sövningen. Det fanns hos informanterna en tanke om att det var skillnad på om de hade vart sövda under en längre period, vilket de trodde skulle ge en annorlunda upplevelse.

”... har det varit en lång nedsövning hade det nog varit jobbigare...”

Smärtfri

Samtliga informanter talade om smärta där det var skillnader på den smärta som fanns innan sjukdomen som till exempel rygg- och ledsmärtor, och den smärta som tillkommit. Den smärta som redan fanns, var det ingen av de tillfrågade som trodde att den skulle försvinna. När det kom till den nya, förväntade smärtan som var en del av sjukdomen var det skönt att få slippa uppleva den. Att inte känna smärta och vara medveten om den smärtan var viktigt för informanterna.

”Så sett är det ju bra... för då slipper en ju inte ha ont av ett...”

”...för min del är så ju att de é positivt för då slapp jag ju känna den här smärtan å å de i början om man säger...”

Underlätta andning

Bland informanter fanns de som kom till IVA på grund av andningsbesvär och blev av denna andledning intuberade med ventilatorbehandling som följd. Just upplevelsen av att ha svårt att andas och att få andas i en andningsmask, innan intubation var svåra minnen. Efter det att de sövts och intuberats för att sedan väckas beskrevs en känsla av åter kunna andas även om det inte var behagligt med en endotrakealtub i halsen. Att få hjälp med andningen av ventilatorn uppfattades vara det lättaste sättet och det som gjorde mest nytta.

”...jag kom ju hit för att jag fick problem med andningen, det blev ju så mycket lättare istället för den masken jag fick ha, den va inget att ha, den va jobbig... de va bra att få vakna och kunna andas...”

”...då hade ja rätt så jobbi med luften också... .. Nja, ja, de satte ju...in....slang...i halsen...å så... Nä, ja kände nog inte så mycket för... ..jag var nog inte vaken så många minuter eller ja...det första, men därefter var det inget behagligt...men det gjort nytta men...”

Tillfrisknande

En positiv vinkel med ankomsten till IVA var att hitta en utväg ur sjukdomen de drabbats av. Att detta innebar sövning och ventilatorbehandling gjorde inte så mycket eftersom de gick att återkomma till livet med alla kroppsdelar i behåll. Även om sjukdomstillståndet kommer att kräva ett hårt arbete för att komma tillbaka till en fungerande kropp.

”Ja förhoppningsvis kommer allt tillbaks, just nu är mycket kvar än, jag får träna och jobba för att få det tillbaks... Därför blev det så att jag hamnade på denna avdelningen. För dom va tvungna att ta reda på vad det är och bota det.”

”Nä inte så...om de inte tagit bort...lungerna eller så...men de tror jag ju inte så...”

ATT KÄNNA TRYGGHET

När delar av texten lästes för att sedan läsas i sin helhet igen framkom trygghet som ett tema med personal, beteende och identitet som tre subteman som vart och ett hela tiden återkom i intervju materialet. Att inte minnas gavs en annan betydelse när informanterna kände trygghet. Det gjorde då inget att vissa episoder av IVA-tiden inte fanns i minnet för de upplevdes inte så viktiga för patienten och själva läkningsprocessen. Det fanns också en tanke om att när de förhoppningsvis så frisk och redo att de kan bearbetas kommer minnen tillbaka.

”Tappar man något så så är det nog inte så himla viktigt för mig heller, så att då behöver jag inte jobba så mycket på att komma på vad det är utan komma på det sen det kanske bara pling så é det där just de va det ja å då får jag ta det då...”

Personal

Alla informanterna uttryckte en stor tillit och trygghet till personalen. De kände att personalens goda kompetens och bemötandet skedde på ett bra sätt, vilket gjorde att de kände sig tillfreds trots sjukdomsnärvaro. Information gavs kontinuerlig, utefter vilka undersökningar och omvårdnadsåtgärder som gjordes och skulle göras, känslan av att vara åsidosatt fanns aldrig.

”Jo, ja dom va bra!... Halsen gjorde ont...ja, annars så va dom ju väldigt bra så...”

”Ja, de har ju trots allt betytt en hel del för en när man väl va där så mycket som dom hjälpte till och gjorde dygnet runt då och håller på ... det är ju värt en hel del ... ja vi får se det är ju samma här här é dom ju fantastiska, jag fattar inte hur fasen dom orkar egentligen...”

Att det hela tiden fanns någon hos dem som kunde hjälpa dem gjorde att personalen betydde något för informanterna. Det informanterna kände att de fick stöttning vid tillfällena som passade dem.

”Tankarna blir ju mycket mycket större dom i och med att man bara blir liggandes där å va själv då å en har ju nästan inte nån å prata med då blir det ju lätt att tankarna ja då ... går de runt i huvet de växer kanske å så ... men då va ju personalen väldigt bra till att förklara om en bara vågar fråga och säga vad en tänker på så de väldigt bra å prata med å de förklara väldigt bra”

Beteende

Patienterna var medvetna om att uppförandet som de hade haft under tid de varit intensivvårdsavdelningen kanske inte alltid varit så bra. Det kunde vara saker de sagt eller att de på något sätt varit otrevliga. Detta var minnen man inte ville ha. De insåg att det tillhörde medicineringen och den situation de befann sig i men de uttryckte att det var skönt att inte veta vad de sagt eller gjort.

”...det är om det finns några tråkiga saker då som att man gjort något dumt eller uppfört sig illa någonting sånt där kanske man inte kommer ihåg det riktigt och de väll riktigt bra (informanten ler) tycker jag.”

Identitet

Att inte tappa sin identitet var av betydelse, att personalen lärde känna patienten på ett sätt som gjorde att de kunde se vem patienten egentligen var, se personligheten. Vid flytten från IVA var detta meningsfullt eftersom patienten då blir tryggare, det blir en sak mindre att göra och tänka på.

”...att man får lära känna mer hela tiden och börja bygga igen det blir ett evigt byggande av sitt lilla revir eller vad man skall säga att man gör, det byggs ju upp en fasad om säg själv att så här är jag liksom men hit hade jag faktiskt lite fördel för det hörde jag när jag kom att ”här kommer han som är så positiv och glad” det kändes så jävla gött att få höra..”

ATT FÅ MINNET ÅTERBERÄTTAT

Återberättelsen av minnet är det tema där dagbokens betydelse och närståendes del i att återge händelser utvidgade sig ur textens meningar. Att inte ha minnet av vad som har hänt betyder att händelser återberättas vilket tyckes vara positivt. Det gav en lättnad över att de själva inte behövde lägga så stor vikt vid det de inte kom ihåg, det fanns en trygghet i att någon annan kunde berätta för dem och att de själv inte behöver bära all information.

”...det har jag inget problem med utan det blir tvärtom egentligen det känns gött och få plocka ur sig en massa saker som har hänt för då slipper jag själv gå runt och bära på detta för det gör jag egentligen och får jag då berätta det och så kommer det en fråga då känner jag att å va gött å få berätta det också...”

Dagbok

Dagboken underlättade för informanterna när det kommer till tidsperspektivet den gör också att det inte upplevs att de måste komma ihåg för de kan alltid gå tillbaka. Vilket hjälper dem att komma vidare, de behöver inte grubbla över vad som skett. Vid svår sjukdom ges mycket information som är både svår att förstå och ta till sig. Även om det fanns medicinsk fakta som inte stod i den var det av stor betydelse eftersom den gav informanterna händelser om behandlingar och dylikt som de inte kom ihåg. Det fanns även informanter som skulle fortsätta skriva i den för att de kommer att underlätta vardagen för dem.

”Ja ja jag fick med den boken faktiskt o den va faktiskt över ... Jag blev överraskad om att dom hade gjort den å den ... Å jag ser positivt på de för de va väldigt bra att få den informationen om va de gjort å o varför jag va där å å allting så den hjälpte mig faktiskt lite då.”

”...den är ju jättebra, det är ju bara att gå tillbaka och kolla vad gjordes den dagen om jag är osäker då kan jag gå tillbaka för att läsa att vi åkte skridsko liksom sen kan jag titta om det stämmer och det ... det blir mitt facit lite grann då va det tycker jag är himla bra. Sen kan de va kul och se om det kan hjälp andra att förstå om hur man uppfattat saker, om hu man gjort och varit med om lite sånt då kanske. Så det är kul att skriva dagbok göra någonting sånt...”

”Om att man fick informationen om vad som hade hänt medans en hade sövit då ... å fast en hade vört vaken så kanske de va någonting en inte kom ihåg då å då såg en ju de å därför tror jag att den é jättebra å ... paus ... bra skrivet så å ... ja å”

”Ja jag har den och jag försöker att fortsätta skriva i den.”

Närstående

Även när det kom till att delge sin närstående information var dagboken ett bra verktyg för informanterna kunde alltid slå upp och läsa om de var osäkra. Men även att de närstående själv kunde få läsa den på detta sätt behövde inte informanten känna sig tvungen att berätta.

”Nått som jag tycker är väldigt bra är dagboken, för då får jag ju reda på vad som hänt när jag vart sövd och min familj kan läsa så jag behöver inte berätta.

Att få dagboken med sig hem gav ännu en möjlighet att i stillhet få ta in det som man varit med om.

”Det blir bra när jag får läsa den hemma i lugn och ro sedan också.”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med studien var att få fram om det finns några positiva aspekter att vakna upp och inte ha några minnen. Detta ledde till en kvalitativ metod utifrån en hermeneutik ansats. Metoden användes för att författaren har förförståelse och enligt Gadamer och Mellberg (1997) går det inte att vara neutral när en text skall tolkas. Författarens förståelse kommer från teoretisk och praktisk kunskap, men har även varit medveten om att det kan finnas tankar och uppfattningar som tidigare inte vart kända.

Urvalet av patienter var att de skulle ha legat på intensivvårdsavdelning, vart sederade och haft ventilatorbehandling. Inklusionkriterierna utarbetades efter vilken målgrupp av patienter

som forskaren ville nå och exklusionskriterierna gjordes för att göra gruppen snävare. Under datainsamlingen framkom problem med att få patienter som stämde in på inklusionskriterierna därav ändrades tiden med ventilatorbehandling från 48 timmar till 24 timmar vilket ledde till att fler patienter blev tillfrågade. Intervjuerna gjordes direkt efter avslutad intensivvårdstiden vilket kan göra att informanterna inte har hunnit reflektera över vad de varit med om. En av informanterna hade skullskada vilket gav kognitiv påverkan enligt informanten själv, vilket väckte tanken att dessa patienter bör undersökas som en egen grupp, där frågor och samtal utgår från deras situation. Från Samuelsons (2006) forskning var skullskadade exkluderade och i Ringdals (2008) avhandling var traumapatienter i fokus vilket väcker funderingar på att exkludera skullskadade patienter inför en fullskalig studie.

Att intervjua patienter som legat på intensivvårdsavdelning med en öppen fråga, några riktade frågor och följd frågor, kändes som ett naturligt val av datainsamling och är enligt Polit och Beck, (2004) och Kvale, (2009) det sätt som finns för att få reda på patienters upplevelse. Intervjuerna varade mellan 15 minuter upp till 40 minuter där det var två kortare och två längre, vilket tros bero på oerfarenheten hos forskaren som finns vid intervjusituationer. De kortare intervjuerna var de första för forskarna som gjorde intervjuerna, därefter intervjuas två informanter av en och samma person. Forskaren använder sig själv som verktyg i intervjun, vilket enligt Kvale (2009) leder till att en omedelbar förnimmelse av innebörden hittas och en bearbetning påbörjas. Detta kräver att forskaren har kunskap om forskningsämnet som leder till ett djupare samtal (a.a.). Intervjuerna började alltid med en förtydligande av studiens syfte och förklaring av forskningsplanen. I en av de korta intervjuerna var informanten nervös och obekvämt till en början, svarade klart och tydligt på frågorna vilket gav svar på studiens syfte, de näst kommande intervjuerna blev längre och ett djupare samtal fördes. De intervjuerna som blev längre beror enligt forskaren på att en viss rutin skapats och som följd blev dialogen med informanten djupare där det infann sig ett lugn i situationen. Frågorna som ställdes var utifrån intervjuguiden och för att hjälpa informanten, speglades svaren och hjälpfrågor användes för att leda samtalet framåt (Polit & Beck, 2004; Kvale, 2009). Det är även här som förståelsen mellan parterna blir möjlig genom dialogen (Fleming et al., 2003). Inför en fullskalig studie bör tidsaspekten mellan intensivvårdstidens avslut och intervjun tas hänsyn till och diskuteras för att få ett rikare analysmaterial. Intervjuerna bör också göras av en och samma person för att samma innebörd skall läggas i frågorna och på detta sätt få ett rikare analysmaterial.

Analysens och tolkningsprocessens har gjorts av en författare och handledare vilket varit den dialog som utvecklats resultatet. Bearbetningen och tolkningen av texten har skett genom läsning av intervjumaterialet utifrån syftet för att sedan återigen läsas, markeras och där efter klippas ut i remsor och meningar för att läggas utefter textens innehåll. Texten har efter detta återigen lästs i delar och i sin helhet. Att hela tiden återvända till textens helhet är enligt Fleming et al., (2003) angeläget vilket leder till att bredden i meningarna utökas och att det även är här som författarens och textens horisont sakta smälts samman. Under denna bearbetning har teman med subteman växt fram till en helhet för att efter detta återigen delas upp, läsas och sättas samman. Hela analysprocessen fortsätter i en ständig process, eftersom förförståelse kommer att förändras med läsaren och tiden, cykeln kommer att upprepas åtskilliga gånger (Fleming et al., 2003). Forskaren har under analysen haft svårt att komma fram till det fjärde steget i Fleming et al., (2003) metod vilket tros bero på att analysmaterialet är litet och att det därför inte sker en fullständig horisontsammansmältning. Detta steg kommer att synas tydligare i den fullskaliga studien när det blir ett större analysmaterial.

Utifrån trovärdighet såsom beskriven av Polit och Beck (2004) belyses här tre kriterier, som är *tillförlitlighet*, *pålitlighet*, *överförbarhet*. Tillförlitlighet kan ses utifrån i två aspekter där trovärdigheten i analysmaterialet är den ena och tillförlitlighet hos informanten den andra. En annan tillförlitlighet är den forskaren står för, när denne använder sig själv som verktyg från datainsamling till analysen och hur den egna förförståelsen påverkar studien. Pålitligheten till studiens data, som relaterar till tidsperspektivet av insamlandet och datainnehåll. Om studien är generaliserbar och representativ ligger i ordet överförbarhet. Om data är objektiv och neutral kan detta stärka eller befästa resultat i studien (a.a.).

Pilotstudiens tillförlitlighet ligger i metoden som använts, hur resultatet analyserats och redovisats. Metod, urval, datainsamling och dataanalys har noggrant redovisats ihop med hur författaren själv använt sig som verktyg i intervjusituationen och författarens förförståelse (Polit & Beck, 2004). Dataanalysen tydliggjordes med hjälp av den metod utifrån Gadamer som Fleming et al., (2003) utarbetat. De tre första stegen i modellen gick att följa, genom att analysera utefter dem och därefter dokumentera gången. Det fjärde steget blev aldrig tydligt vilket tros bero på det lilla analysmaterialet. I resultatredovisningen användes citat från

informerarna för att stärka resultatet och för att låta läsaren själv avgöra värdet av dem (Polit & Beck, 2004).

Resultatet från pilotstudien är utefter kvalitativa intervjuer och på detta sätt kan inte pålitlighet och överförbarhet användas. Vilket leder till att det inte är generaliserbart eller representativt på grund av de få antalet informanter och att det ägt rum på endast en intensivvårdsavdelning. För att få full trovärdighet i studien måste en fullskalig studie göras med fler intervjuer som ger ett rikare material och där informanterna kommer från fler intensivvårdsavdelningar. Även den fullskaliga studien kommer att sakna generaliserbarhet men resultatet kommer att kunna vara användbart i arbetet med intensivvårdspatienter som vaknar upp utan minnen.

Inför en fullskalig studie ska enligt forskare intervjuguiden utvecklas, inklusion- och exklusionskriterier ses över för att rätt respondenter skall kunna intervjuas och fler forskare bör ingå för att få en djupare analys av materialet.

RESULTATDISKUSSION

I denna studie har de positiva aspekterna som patienten kan uppleva av att inte ha något minne efter djupare sedering och ventilatorbehandling lyfts fram. Att inte minnas vissa episoder av intensivvårdstiden ansågs då som mindre viktiga för själva läkningsprocessen och att minnena kommer tillbaka när man redo att bearbeta dem och förblev på detta vis positivt. Att få vård på en intensivvårdsavdelning sågs som positivt för de kom hit för att få hjälp med sjukdomen de drabbats av. Att sövning och ventilatorbehandling ingick i behandlingen gjorde inte så mycket eftersom de faktiskt fick att återvända till livet med alla kroppsdelar i behåll, även om sjukdomstillståndet i sig krävde ett hårt arbete för att komma tillbaka till en fungerande kropp. Hälsa är aldrig statiskt utan alltid i rörelse, där sundhet, friskhet och välbefinnande med eller utan sjukdom är integrerat med varandra (Eriksson, 2000). Att möta patienten där de befinner sig i livet och utifrån dessa premisser ge god information och låta människor få känna sig delaktiga i de beslut som tas underlättar för känslan av värdighet. Studiens resultat visar att lidandet minskar om patienten får vara sövd och där sövningen föregås av information och att minnet då inte hade någon större betydelse för tillfället. Lidandet minskade också genom att smärtfrihet uppstod, andningen underlättades och tillfrisknande skedde, det som skedde var konstruktivt. Patienten behövde inte kämpa emot

och vilket gjorde att en positiv dimension av lidande uppstod. Det är först när lidandet ses som en naturlig del av människan som lidandet blir en del av hälsan (Eriksson, 1994). När integrationen av hälsa och lidande sker kan det ge en självmedvetenhet om de inre resurserna som människan besitter. Lidandet sker i mötet med något ont och ofrånkomligt vilket upplevs på olika plan, vilket är naturligt och tillhör det mänskliga livet och även starkt förbundet med utvecklingen hos mänsklig (Arman & Rehnsfeldt, 2011).

Akut sjukdom gör att kontrollen över det egna livet förloras vilket påverkar hälsan, välbefinnandet och värdigheten. Personalen har stor betydelse på intensivvårdsavdelning, personalens personlighet och attityd gav effekter i positiv eller negativ riktning (Samuelson, 2011). Deltagarna hade i studien stor tillit och trygghet till personalen, de kände att personalen hade en god kompetens och ett bra bemötande vilket gjorde att de kände sig tillfreds trots sjukdomsnärvaro. Den informationen som gavs skedde kontinuerligt, utefter vilka undersökningar och omvårdnadsåtgärder som skulle göras. Personalen kom att betyda något för patienterna för att det fanns hos dem hela tiden för att hjälpa dem gjorde att de fick stöttning vid rätt tillfällen. Enligt författaren visar studien på att när personalen använder sin kompetens stärks patienten, vilket ökar patientens välbefinnande och hälsa. För att uppnå detta måste det finnas en öppen och perceptiv omsorg, intresset ska vara av patienten både som person och patient, vilket sker när personalen är närvarande i både situation och dialog. Patientkontakten är viktigast i omvårdnaden, där kontakt ska vara tillitsfull, respektfull, kommunikativ och engagerande. Uttryck i vårdandet går enligt Eriksson (2012) genom handen, huvudet och hjärtat och kan vara allt från konkreta till symboliska eller abstrakta göromål och liknas vid att skildra det den vårdande grunden i vårdarbetet i sin helhet. Helhet som sätter igång olika hälsoprocesser leder till förändring i olika tillstånd, där delaktig är helheten (a.a.). Delaktighet sker genom närvaro, medvetenhet i tid och rum med varandra där även tankar, känslor och upplevelser ingår i processen (Eriksson, 1987). Vårdrelationen bygger på delaktigheten där det finns ömsesidighet, närvaro, medvetenhet i det som sker (Eriksson, 1987). Det är viktigt att vårdare ger information och patienten tar emot det som ges, professionellt vårdande bygger på kunskap och kontinuitet där patientens hälsoprocesser utvecklas på ett optimalt sätt (a.a.). I omvårdnadens kontext där patienten existerar är miljön av betydelse (Ylikangas, 2012). Den fysiska miljö där allt runt omkring oss ingår, speglar den psykosociala miljön där hur vi upplever bland annat kommunikation, information, samvaro

och privatliv ingår. God relation och närhet ingår i den sociala miljön och omvårdnaden, de är föränderlig och kan vara hälsobefrämjande eller sjukdomsbevarande (Ylikangas, 2012).

Vårdprocessen ger enligt Ringdal, (2008) förutsättningar att skapa goda minnen, som är viktigt för att personen skulle kunna gå vidare och må bra trots kroppsliga begränsningar. Dessa minnen av omvårdnad och tacksamheten för livet motverkade det negativa som är kopplat till att inte ha något minne efter intensivvård (a.a.). Lidandet kan ge hälsan en mening och en medvetenhet om sina inre resurser, kärnan i denna process är patient-vårdrelationen (Samuelson, 2011). Vilket beskrivs fortgå i takt med patientens totala växt och att vårda är att gå bredvid, visa vägen framåt, men inte bestämma takten eller målet (a.a.). För att uppnå detta anser forskaren krävs en balansgång mellan intimitet och distans till sina medmänniskor, där det finns en öppenhet och mottaglighet för andra människors behov och att inneha ett mod att våga involvera sig. Att personalen lärde känna patienten och på ett sätt kunde se vem patienten egentligen var, gjorde att de inte tappa sin identitet vilket var av stor vikt enligt informanterna.

Andningsproblematik var en av anledningarna till intensivvård och just upplevelsen av att ha svårt att andas och att få andas i en andningsmask gav svåra minnen. Och att få hjälp av ventilatorn med andningen upplevdes vara det lättaste sättet och var det som gjorde mest nytta. Studiens deltagare beskrev att de åter kunde få luft även om det inte var på ett behagligt sätt. Att vara vaken som patient och vårdas i ventilator innebär ett lidande där vårdare kan stå patienten bi enligt Karlsson (2012). Patienten är medveten om sin hotande existens och sårbarhet så vårdaren måste vara alert och uppmärksam på patientens lidande och behov av hjälp (a.a.). Enligt Eriksson (1994) ligger den negativa dimensionen av lidande att det sker en kamp mellan smärta och vånda. För att lindra lidandet ges sedativa mediciner och analgetika, läkemedel som är dosberoende och ges individuellt, dessa påverkar vakenheten, medvetandet och minnesfunktionen i olika grad (Samuelson et al., 2007; Samuelson et al., 2006). De patienter som uppfattade minnen från intensivvårdsbehandlingen som mer påfrestande var lättare sederade (Samuelson, 2011).

Resultatet i denna studie visade att få sova och vara sövd upplevdes som något positivt, då det uttrycktes klart att minnet från denna period inte spelade så stor roll. Det var förbundet med att inte känna smärta och vara medveten om den var viktigt för informanterna. Den smärta som redan fanns var det ingen som trodde att den skulle försvinna, den förväntade eller nya smärtan skrämde däremot och gjorde att det var skönt att få vara sövd. Mycket berodde enligt informanterna på information de fått och för att sövningsförloppet gick så snabbt. Tidsperspektivet på sövningen var de inte medvetna om, det var det plötsligt vaknade som gjorde dem medvetna. Deltagarna hade tankar på att en eventuell sövning under längre tid skulle ha gett dem en annorlunda upplevelse av att inte ha minne. Rundshagen et al., (2002) har beskrivit att även att de patienter vilka hade lång vårdtid, lång ventilatorbehandling och som vart sederade har minnen av drömmar. Ma et al., (2010) påvisade att använda sömnmedel kombinerat med analgetika och väckning av patienten varje dag minskad ventilatorbehandlingstiden, kortare intensivvård, sjukhusvistelse och reducerade stressen som vården gav. Det tydde också på att de som inte hade minne från sin ventilatorbehandling led av mindre psykiska problem efter intensivvården och det framkom att sedering minskade stressen inte bara från själva sjukdomstillståndet utan även från intensivvården och dess rutiner (a.a.).

I denna studie åskådliggörs det en medvetenhet om att man som patient inte alltid hade haft ett gott uppförande vilket sågs som en negativ händelse som man inte ville minnas. Det gavs uttryck för att om man inte kommer ihåg händelsen vet man inte vad som har gjorts och då blir det positivt att inte ha detta minne, ett positivt lidande. Forskningen visar att risken för hallucinationer och skrämmande vanföreställningar ökade ju längre tid patienten behövde intensivvårdsbehandling och att det finns en trend där tyngre sedering har en påverkan (Samuelson et al., 2007; Samuelson et al., 2006).

Händelser återberättas för informanterna när de inte hade något minne vilket samtliga i denna studie tyckte var positivt. Forskning har visat att svårt sjuka patienter som fått intensivvårdsbehandling har upplevelser och minnen som påverkar deras liv efter sjukhusvistelsen (Phillips, 2011). Känslor och oro som patienten känner har kunnat relateras till den behandling de fått och de minnen de har från att till exempel inte kunna kommunicera, bristen av kroppskontroll och att inte vara orienterad till tid och rum. Vissa patienter har en

längtan och önskan om att få veta vad som händer och har hänt dem. Att använda dagbok ger inte bara fakta om vad som hänt dem utan ett tillfälle för reflektion. Det är här som personalen genom texten i dagboken kan fylla i patientens minnesluckor (Phillips, 2011). Dagboken gav studiens informanter en lättnad över att inte själva behöva kom ihåg, de kände sig trygga i att närstående eller personal kunde berätta för dem och så att de inte behövde bära all informationen själv. När det kom till att delge sin närstående information var dagboken ett bra verktyg för informanterna där de kunde slå upp och närstående själva kunde läsa för att på detta sätt behövde inte informanten känna sig tvingad att komma ihåg. I studien framkom det att dagboken underlättade för deltagarna vilket hjälper dem att komma vidare, då de själva kände att de inte behövde grubbla över olika händelser utan kan läsa sig till dem. Att få dagboken med sig hem gav ännu en möjlighet att i stillhet få ta in det som man varit med om. Dagboken skrivs under patientens intensivvårdsbehandling för att de i efterförloppet skall kunna läsa den (Phillips, 2011). Att läsa dagboken kan påverka patienten känslomässigt, det kan ge mycket minnen och oro som kan vara svårt att härbärgera för dem, vilket ställer krav på uppföljning av intensivvårdtiden. Detta är en stor utmaning för intensivvården som behöver utveckla riktlinjer hur en dagbok skall skrivas, vad texten skall innehålla och hur den följas upp. Det skall finnas en balans mellan mänsklig, psykologisk och värdig vård ihop med medicinsk och teknisk behov som patienten har. Dagboken fyller i minnesluckor, visar att patienten blivit behandlad på ett respektfullt sätt och att överföra vårdandet som en dialog (a.a.). Det fanns informanter i studien som skulle fortsätta skriva i den för att underlätta sin vardag.

KONKLUSION

Resultatet av studien påvisade positiva aspekter av att vakna upp utan minnen efter att varit sövd och fått ventilatorbehandling. De positiva aspekterna innefattades av att patienternas stress minskade då de fick sova, de kände trygghet från personalen och fick vårdtiden berättad för sig. Sövningen gav dem smärtfrihet, andningshjälp och tillfrisknande. Personalen som hela tiden fanns för patienten och gav ständig stöttning. Dagboken som gav ett lugn över att de behövde inte minnas allt utan att de kunde läsa sig till vad de varit med om.

REFERENSLISTA

- Aitken, L. & Elliott, R. (2012). Psychological Care. In. D. Elliott., L. Aitken & W. Chaboyer (Eds.), *ACCCN's Critical Care Nursing* (2 ed., pp. 133-155). Australia: Elsevier.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2011). *Vårdande som lindrar lidande. Etik i vårdandet*. (2. uppl.). Stockholm: Liber.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bakkellund, J. & Thorsen, B. H. (2009). Respiratorisk monitorering. IB. T. Gulbrandsen & D-G. Stubberud (Red.), *Intensivvård*. (s. 215-224). Lund: Studentlitteratur.
- Bjålie, J.G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø.V. & Toverud, K. C. (2004). *MÄNNISKOKROPPEN Fysiologi och Anatomi*. Stockholm: Liber.
- Couchman, B. A., Wetzig, S. M., Coyer, M. F. & Wheeler, M. K. (2006). Nursing care of the mechanically ventilated patient: What does the evidence say? Part one. *Intensive and Critical Care Nursing* **23**, 4-14.
- Corley, A. & Ringdal, M. (2012). Respiratory Assessment and Monitoring. In. D. Elliott., L. Aitken & W. Chaboyer (Eds.), *ACCCN's Critical Care Nursing* (2 ed., pp. 325-351). Australia: Elsevier.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Elliott, D & Rattray, J. (2012). Recovery and Rehabilitation. In. D. Elliott., L. Aitken & W. Chaboyer (Eds.), *ACCCN's Critical Care Nursing* (2 ed., pp. 57-77). Australia: Elsevier.
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.
- Eriksson, K. (1995). *Mot en caritativ vårdetik : Towards a caritative caring ethics*. Åbo: Institutionen för vårdvetenskap, Akad.
- Eriksson, K. (2000). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2012). Att identifiera och bestämma begrepp inom vårdvetenskap som disciplin. IB. L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 31-46). Lund: Studentlitteratur.
- Fleming, V., Gaidys, U. & Robb, Y. (2003). Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nursing Inquiry*. **10**, 113-120.
- Gadamer, H-G. & Melberg, A. (1997). *Sanning och metod: i urval*. Göteborg: Daidalos.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. **24**, 105-112.

- Gulbrandsen, T. (2009). Seding. IB. T. Gullbrandsen & D-G. Stubberud (Red.), *Intensivvård Avancerad omvårdnad och behandling*. (s. 119-132). Lund: Studentlitteratur.
- Gulbrandsen, T. & Stubberud, D-G. (2009). Patientens psykosociala behov. IB. T. Gulbrandsen & D-G. Stubberud (Red.), *Intensivvård Avancerad omvårdnad och behandling*. (s. 41-60). Lund: Studentlitteratur.
- Hvatfner, A. (2005). Analgesi och sedering. IB. A. Larsson & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård*. (s. 635-643). Stockholm: Liber.
- Jacobi, J., Fraser, G. L., Coursin, D. B., Riker, R. R., Fontaine, D., Wittbrodt, E. T. ... Masica, M. F. (2002). Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critical ill adult. *Critical Care Medicine*, **30**. 119-141.
- Jones, C., Griffiths, R. D. & Humphris, G. (2000) Disturbed memory and amnesia related to intensive care. *Memory*, *8*(2),79-94.
- Jonides, J., Lewis, R. L., Nee, D. E., Lustig, C. A., Berman, M.G. & Moore, K. S. (2008). The Mind and Brain of Short-Term Memory. *Annu Rev Psychol*, *59*.193-224.
- Karlsson, V. (2012). *Att vårdas vaken med respirator - patienters och närståendes upplevelser från en intensivvårdsavdelning*. (Dissertation/Thesis). Retrieved from http://gothenburg.summon.serialssolutions.com/link/0/eLvHCXMwA28DBh15YgasjJLMLJMtTlxMjFMSDS2SLczMkw0gZ2wjdqQhleZuogzWbq4hzh66iK3_8emlBUDPAnNXcmo86ChkMD--NANliC9OjTcyMDePNzIHTWaJMbAAe8ypAPIOIuw
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundberg, D. (2012). Intensivvårdsetik. I B. A. Larsson & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård* (s. 18-26). Stockholm: Liber.
- Ma, P., Liu, J., Xi, X., Du, B., Yuan, X., Lin, H. ... Zeng, L. (2010). Practice of sedation and the perception of discomfort during mechanical ventilation in Chinese intensive care units. *J Crit Care*, *25*(3), 451-457. doi: 10.1016/j.jcrc.2009.11.006
- Meriläinen, M., Kyngäs, H. & Ala-Kokko, T. (2010). 24-Hour intensive care: an observational study of an environment and events. *Intensive and Critical care Nursing*, *26*: 246-253
- Nasrawy, SA. Jr. (2001). Use of sedative medications in the intensive care unit. *Semin Respir Critical Care*, *22*;(2): 165-174
- Nurminen, M. (2012). Tid – vårdande tid. IB. L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 279-290). Lund: Studentlitteratur.
- Phillips, C. (2011). Use of patient diaries in critical care. Review. *Nurs Stand*, *26*(11), 35-43.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ringdal, M. (2008). *Memories and Health Related Quality of Life - in patients with trauma cared for in the Intensive Care Unit*. (Dissertation/Thesis). Retrieved from http://gothenburg.summon.serialssolutions.com/link/0/eLvHCXMwY2BQALb4gZ2AZNCCi1Qzi6Q0c0PD1DRgvZ4IbEqYpxmnoexIQyrN3UQZ9N1cQ5w9dBFb_-NTgBkrOTUedApyemlBfGkSkIovTo03NzczMTQUY2AB9pJTAWk-Hyw

Rose, L., & Henlon, G. (2012). Ventilatin and Oxygenation Management. In D. Elliott, L. Aitken & W. Chaboyer (Eds.), *ACCCN's Critical Care Nursing* (2 ed., pp. 381-413). Australia: Elsevier.

Rundshagen, I., Schnabel, K., Wegner, C., & am Esch, S. J. (2002). Incidence of recall, nightmares, and hallucinations during analgosedation in intensive care. *Intensive care medicine*, 28(1), 38-43. doi: 10.1007/s00134-001-1168-3

Samuelson, K. A. (2006). *Sedation during mechanical ventilation in intensive care: Sedation practices and patients' memories, stressful experiences and psychological distress*. Akademisk avhandling, Medicinska fakulteten, Lunds Universitet, Lund.

Samuelson, K. A. (2011). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients--findings from 250 interviews. *Intensive Crit Care Nurs*, 27(2), 76-84. doi: 10.1016/j.iccn.2011.01.003

Samuelson, K. A., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2007). Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nurs Crit Care*, 12(2), 93-104. doi: 10.1111/j.1478-5153.2006.00199.x

Samuelson, K. A., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2008). Light vs. heavy sedation during mechanical ventilation after oesophagectomy--a pilot experimental study focusing on memory. *Acta Anaesthesiol Scand*, 52(8), 1116-1123. doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01702.x

Samuelson, K., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2006). Memory in relation to depth of sedation in adult mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive Care Med*, 32(5), 660-667. doi: 10.1007/s00134-006-0105-x

Tulving, E. (2002). Episodic Memory: From Mind to Brain. *Annu Rev Psychol*. 53:1-25

Stubberud, D-G. (2009). Intensivvårdssjuksköterskans målgrupp och arbetsplats. IB T. Gulbrandsen & D-G. Stubberud (Red.), *Intensivvård Avancerad omvårdnad och behandling*. (s. 19-24). Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association. (2008). Helsingforsdeklarationen. Ethical principles for Medical research involving Human Subjects. Tillgänglig från: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Ylikangas, C. (2012). Miljö- ett vårdvetenskapligt begrepp. IB. L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 265-278). Lund: Studentlitteratur.

Ansökan om tillstånd att genomföra en studie.

Mars 2013

Syftet med studien är att utforska om det finns några positiva aspekter av att vakna upp utan minnen från tiden med ventilatorbehandling. Genom att intervjua intensivvårdspatienter finns en önskan att belysa och skapa en ökad förståelse för intensivvårdspatienter situation efter vårdtiden. Studien kan ge ny kunskap och bidra till utveckling av vården.

Deltagarna i studien skall vara över 18 år, varit medvetandesänkta enligt MAAS-skalan, 0-2, mer än 24 timmar och ventilatorbehandlats.

Förfrågan är om intensivvårdssjuksköterskor på intensivvårdsavdelningen kan hjälpa oss att tillfråga lämpliga deltagare till studien.

Forskaren vill intervjua fyra stycken patienter en vecka efter avslutad ventilatorbehandling, intervjun kommer att ske på sjukhus. Intervjuerna beräknas ta 30-40 minuter, göras av en person, kommer att spelas in och att skrivas ut ordagrant.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att orsak anges. Konfidentialitet garanteras. Namn på deltagare eller var studien sker kommer inte att kunna identifieras enligt personuppgiftlagen (1998:204).

Planeringen är att besöka ett sjuksköterskemöte för att kunna ge ytterligare information om studien och dela ut informationsbrevet som skall vidare till informanterna.

Som informant och sjuksköterska kan man ta del av resultatet efter avslutad studie genom att kontakta författarna.

Intervjuerna bör ske under februari och mars månad 2013.

Handledare är Sofie Jakobsson, sofie.jakobsson@fhs.gu.se

De patienter som väljer att medverka kommer att bli ombedda att säga det till sjuksköterskan på sal som kommer att vidarebefordrar detta till forskaren. Forskaren kommer sedan att ta kontakt med patienten inom en vecka för att komma överrens om tid och plats för intervju.

Madeleine Andersson

Leg. Sjuksköterska

och studerande till

IVA-sjuksköterska

070-6727219

madelein.a.andersson@vgregion.se

Information till deltagare i studie av upplevelse av minnen efter intensivvårdsvistelse.

Bakgrund till studien

Att vårdas på en intensivvårdsavdelning kan kräva ventilatorbehandling vilket leder till att sömnmedel och smärtlindring ges för att underlätta tillvaron för patienten.

Syftet med studien

Syftet med studien är att utforska vad det finns för aspekter av att vakna upp utan minnen från tiden med ventilatorbehandling. Det skulle därför vara värdefullt att få ta del av Dina upplevelser och känslor av detta efter att ha vistats på en intensivvårdsavdelning.

Förfrågan om deltagande

Då du har vårdats i ventilator tillfrågas du om deltagande i denna studie.

Genomförande av studie

Studien kommer att genomföras cirka en vecka efter utskrivning från intensivvårdsavdelning. Du kommer att bli intervjuad av den ansvariga för studien som också kommer att spela in intervjun. Intervjun beräknas ta 30-40 minuter och kommer därefter att skrivas ut ordagrant.

Om Du väljer att medverka kan Du tacka ja till sjuksköterskan på din sal som vidarebefordrar detta till forskaren. Forskaren kommer sedan att ta kontakt med Dig inom en vecka för att komma överens om tid och plats för intervju.

Vilka är riskerna?

Det kan upplevas som påfrestande att besvara många frågor under en intervju. Forskaren väljer att göra intervjun på sjukhus på grund av de känslor som kan väckas under eller efter intervjun. Patientansvarig sjuksköterska på avdelningen kommer att vara informerad om studien.

Hantering av data

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att orsak anges. Konfidentialitet garanteras. Ditt namn som deltagare eller var studien sker kommer inte att kunna identifieras enligt personuppgiftslagen (1998:204). För att skydda din integritet har studien som grund de fyra etiska principerna och individskyddskravet som kommer från Helsingforsdeklarationen. Helsingforsdeklarationen innehåller de etiska regler som skall följas vid forskning där människor medverkar.

Anvariga

Du är välkommen att kontakta mig per telefon om du har några frågor eller funderingar runt studien.

Madeleine Andersson

Leg. Sjuksköterska

och studerande till

IVA-sjuksköterska

070-6727219

madelein.a.andersson@vgregion.se

Handledare Sofie Jakobsson Sofie.Jakobsson@fhs.gu.se

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Göteborgs universitet

Sammanställning av tillfrågade patienter.

Tillfrågande	Födelseår	Inklusion- kriterier	Tackat NEJ Fråga om andledning vill uppges??	Tackat JA Patientens namn och avdelning den flyttas till
Sjuksköterska	-60	Ventilatorbeh Sövd >48	NEJ	
Vårdutvecklare	Man -56	Ventilatorbeh Sövd >48	NEJ Kommer inte ihåg tillfrågandet	
Vårdutvecklare	Kvinna -45	Ventilatorbeh Sövd >24		Avled innan intervju
Vårdutvecklare	Man -65	Ventilatorbeh Sövd >48		JA
Vårdutvecklare	Man -43	Ventilatorbeh Sövd >24		JA
Sjuksköterska	Man -74	Ventilatorbeh Sövd >24		JA
Vårdutvecklare	Man -63	Ventilatorbeh Sövd >24		JA
Vårdutvecklare	Man -76	Ventilatorbeh Sövd > 48		JA Patient åker hem innan kontakt tas
Sjuksköterska	Man -54	Ventilatorbeh Sövd >24		JA Blir konfusorisk efter tillfrågandet och är det fortfarande när analysprocessen påbörjas

Intervjuguide

"Kan du berätta vad du varit med om som föranledde till att du nu vårdats på IVA?"

"Vad minns du från tiden på IVA?"

"Vad vill du minnas från tiden på IVA?"

"Vad betyder det att få händelser berättade för sig i efterhand?" eller "Vad har det betytt för dig att få händelser berättade för dig i efterhand R/T dagbok eller närstående som berättat?"

Följdfrågor:

"berätta mer (vidare)"

"hur kände du"

"hur gick tankarna då"

"hur upplevde du det" alternativt "vad betyder det att..."

"kan du beskriva det mer"

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET