Linnéuniversitetet
Kalmar Växjö

Magisteruppsats

”Att vara i sin egna bubbla”

– *En strukturerad litteraturstudie om lättsederade patienters upplevelser av respiratorbehandling*

Författare: Josefine Carlström & Lina Wetter
Handledare: Catharina Frank
Examinator: Lisbet Andersson
Lärosäte: Linnéuniversitetet
Termin: VT23
Ämne: Vårdvetenskap
Nivå: Avancerad

Abstrakt

Bakgrund: I takt med respiratorernas utveckling har möjligheten för en lättare sedering möjliggjorts. En lättare sedering minskar risken för att utveckla komplikationer i samband med respiratorvården samt antalet dagar i respirator minskar. Patienter som är lättare sederade är mer medvetna om omgivningen och deras ökade medvetenhet ställer stora krav på vårdpersonalen. **Syfte:** Syftet var att sammanställa lättsederade intensivvårdspatienters upplevelser av att vårdas i respirator. **Metod:** En strukturerad litteraturöversikt med kvalitativ design och en induktiv ansats har använts. En tematisk syntes användes för att analysera det insamlade materialet. **Resultat:** Patienter som var medvetna i samband med respiratorbehandling beskrev att förlust av tal hade en stor påverkan på deras identitet och användning av alternativa kommunikationsverktyg var energikrävande. De beskrev att de blev ofrivilligt delaktiga i medpatienters vård och vårdpersonalens privata samtal. Respiratorbehandlingen orsakade smärta och obehag, där patienter beskrev törst som en av de mest dominerade obehagliga upplevelserna. Att inte kunna tillgodose sina grundläggande behov gjorde att patienter kände sig maktlösa och hjälplösa. **Slutsats:** Patienter som vårdas lättsederade i respirator hade en önskan att bli sedda som en unik individ och att de skulle göras delaktiga i sin vård. Information var den viktigaste faktorn för att kunna vara delaktig. Patienter som var lättsederad måste kunna göra sig förstådda, erhålla adekvat smärtlindring och bibehålla kontrollen över sin vård för att minska vårdlidandet och skydda sin integritet och värdighet.

Nyckelord

Intensivvård, Lätt sedering, Patienters upplevelse, Respirator.

Tack

Vi vill rikta ett tack till vår handledare Catharina Frank och medlemmar i handledningsgruppen som hjälp oss med synpunkter under arbetets gång. Ett tack till Adam Eliasson som hjälpt oss med formalia. Slutligen vill vi även tacka våra familjer och vänner som haft förståelse och stöttats oss under arbetets gång.

Abstract

Background: With the advancement of ventilators, the possibility of lighter sedation has been made possible. Ligheter sedation reduces the risk of developing complications during ventilator care, and the number of days on the ventilator is reduced. Patients who are lightly sedated are more aware of their surroundings and their increased awareness places great demands on health professionals. **Aim:** The aim was to compile the experience of lightly sedated intensive care patients who are being treated with a respirator. **Method:** A structured literature review with a qualitative design and an inductive approach was used. A thematic synthesis was used to analyze the collected material. **Results:** Patients who were conscious during ventilator treatment described that the loss of speech had a significant impact on their identity, and using alternative communication tools was energy consuming. They reported becoming involuntarily involved in the care of fellow patients and overhearing private conversations among healthcare professionals. The ventilator treatment caused pain and discomfort, with patients describes thirst as one of the most dominant unpleasant experiences. Not being able to meet their basic needs made patients feelt powerless and helpless. **Conclusion:** Patients who was lightly sedated in a ventilator had a desire to be seen as a unique individuals and to be actively involved in their care. Information was the key factor for achieving active participation. Lightly sedated patients must be able to communicate effectively, receive adequate pain relief and maintain control over their care to minimize suffering and protect their integrity and dignity.

Keywords

Intensive care, Light sedation, Mechanical ventilator, Patients experience.

Innehållsförteckning

1 Inledning **3**

2 Bakgrund **3**

2.1 Intensivvård 3

2.2 Begreppsbeskrivning 3

2.3 Respiratorns utveckling och dess påverkan på sederingsdjupet 3

2.4 Patienter som vårdas i respirator *4*

2.5 Patienters upplevelser av att vårdas på intensivvårdsavdelningen 4

2.6 Intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter av att vårda lättsederade patienter 5

3 Teoretisk referensram **6**

3.1 Vårdlidande 6

3.2 Värdighet och integritet 6

4 Problemformulering **7**

5 Syfte **7**

6 Metod **7**

6.1 Design 7

6.2. Urval 8

6.3 Datainsamling 9

6.4 Kvalitetsgranskning 11

6.5 Dataanalys 12

6.6 Forskningsetiska övervägande. 13

7 Resultatet **14**

7.1 I sin egna bubbla 15

7.1.1 Att vara röstlös 15

7.1.2 Att känna sig utlämnad 16

7.1.3 Att inte vara delaktig 16

7.2 Oförmögen att göra själv 18

7.2.1 Att uppleva en kvävande känsla 18

7.2.2 Att utstå smärta och obehag 18

7.2.3 Att inte kunna släcka sin törst 19

8 Diskussion **19**

8.1 Metoddiskussion 19

8.1.1 Design 19

8.1.2 Urval 20
8.1.3 Datainsamling 21
8.1.4 Kvalitetsgranskning 22
8.1.5 Dataanalys 23
8.1.6 Etiska övervägande 24
8.2 Resultatdiskussion 24
8.2.1 Att vara röstlös skapar hinder 24
8.2.2 Bibehålla kontrollen över sin vård 25
8.2.3 Fysiska upplevelser hos patienter som vårdas i respirator 27
8.2.4 Samhälleliga aspekter och hållbarhetsperspektivet 27
8.2.5 Kliniska implikationer 28
9 Slutsats 29
9.1 Förslag till fortsatt forskning 29
10 Referensförteckning 30

Bilagor

Bilaga 1: Sökschema

Bilaga 2: PEO-mall för selektering av artiklar

Bilaga 3: Kvalitetsgranskning

Bilaga 4: Artikelmartis för inkluderade studier.

Bilaga 5: Etisk egengranskning enligt Etikkommittén sydost

1 Inledning

Nyare forskning visar på flera medicinska fördelar med lätt sedering och en av fördelarna är kortare tid i respirator, vilket minskar risken för komplikationer. Färre komplikationer leder till kortare tid på intensivvårdsavdelningen samt den totala vårdtiden kortas ner. Minskad vårdtid, färre dagar i respirator och färre komplikationer minskar patienters vårdlidande (Berggren & Smekal, 2020; Moreira & Neto, 2016; Strøm et al., 2010). Att kommunicera med patienter under lätt sedering kan vara både tidskrävande och utmanande för intensivvårdspersonal då det uppstår misstolkningar, frustration och uppgivenhet hos patienter och vårdpersonal. Vårdlidandet ökar hos patienter när den inte kan kommunicera sina behov (Bekker Mortensen et al., 2019; Holm & Dreyer, 2018). Vad upplever patienter när de är lätt sederad och vårdas i respirator?

2 Bakgrund

2.1 Intensivvård

Patienter med sviktande organfunktion och livshotande tillstånd med påverkan på cirkulation, andning eller medvetandet behandlas på intensivvårdsavdelningen (Castegren, 2020; Svenska intensivvårdsregistret [SIR], 2020a; Svenska intensivvårdsregistret [SIR], 2020c). Intensivvården är utformad för att ersätta, understödja eller förebygga viktiga organfunktioner (SIR, 2020c). En högteknologisk miljö och en hög personaltäthet kännetecknar intensivvården där specialistutbildade sjuksköterskor, läkare och undersköterskor arbetar i team där avancerad utrustning och övervakning används för att följa hälsotillståndet hos patienten (Castegren, 2020; SIR, 2020c). Om patientens tillstånd tillåter Strävar intensivvården efter att patienter ska vara lätt sederade (Berggren & Smekal, 2020).

2.2 Begreppsbeskrivning

Definitionen lättsederad patient innebär att patienten är så pass vaken att den har minnen och upplevelser från sin tid i respirator. Att vara lättsederad ger patienten en möjlighet att kunna kommunicera sina behov, vara delaktiga och medverka i sin vård. Vården strävar efter att patienten ska vara smärtfri och inte uppleva oro eller ångest (SIR, 2020b). Patienter som är i behov av respiratorvård hålls lätt sederad med hjälp av kontinuerliga infusioner av sederande- och smärtlindrande läkemedel, i form av hypnotika och opioider (Berggren & Smekal, 2020).

2.3 Respiratorns utveckling och dess påverkan på sederingsdjupet

Sedan den första respiratorn kom 1838 har en stor utveckling skett. Den första respiratorn bestod av en lufttät låda som patienten satt i och endast huvudet stack upp. Luft pumpades manuellt in och ut vilket skapade ett undertryck. Drinker och Shaw utvecklade respiratorn “järnlungan” som var

en liten cylinder som omslöt patientens kropp och i slutet av cylindern fanns en tätförslutande krage som satt runt halsen, vilket medförde att ett undertryck kunde skapas. Under polioepidemin ökade behovet av respiratorer och de första intensivvårdsavdelningarna öppnades. Första generationens respirator tillverkades 1953 och i respiratorn kunde patienten inte initiera sina egna andetag, vilket medförde att patienter behövde vara djupt sederade för att tolerera behandlingen (Kacmarek, 2011; Laerkner et al., 2015; Moreira & Neto, 2016). Under årens gång har respiratorn utvecklats och förbättrats för att kunna anpassas efter patienters behov vilket har medfört att en lättare sedering nu är möjlig (Grap et al., 2012; Kacmarek, 2011). Lätt sedering har setts minska vårdtiden, minskar dödligheten och antalet komplikationer kopplade till respiratorbehandlingen (Berggren & Smekal, 2020; Moreira & Neto, 2016; Strøm et al., 2010). Optimalt sederingsdjup innebär att patienten tolererar respiratorbehandling och är kommunicerbar samtidigt som patienten inte upplever smärta, oro, stress eller ångest (Berggren & Smekal, 2020; Svenska intensivvårdsregistret [SIR], 2020b). Patienter som vårdas på intensivvårdsavdelningen beskriver upplevelser kopplade till den vård och den behandling de fått under sin intensivvårdsvistelse (Berggren & Smekal, 2020).

2.4 Patienter som vårdas i respirator

För patienter som trots behandling med syrgas, CPAP eller NIV har svårigheter att eliminera koldioxid, syresätta blodet eller har ett ansträngt andningsarbete blir nästa steg respiratorbehandling. Respiratorisk svikt orsakas vanligen av pneumoni, sepsis, KOL, astma, lungödem eller atelektaser och är tillstånd som kan leda till att patienter är i behov av respiratorvård. Andra tillstånd som kräver respiratorvård kan vara en hotande luftväg eller sänkt medvetande (Narkosguiden, 2022; Peterson & Larsson, 2020). Respiratorns utveckling har lett till att sederingsdjupet kan individanpassas i samband med respiratorvård. Individanpassat sederingsdjup innebär en lätt sederad patient som tolererar respiratorvården (Grap et al., 2012; Kacmarek, 2011).

2.5 Patienters upplevelser av att vårdas på intensivvårdsavdelningen

Patienter som vårdas inom intensivvården har ofta surrealistiska minnen, som är skrämmande och distinkta. De upplever förvirring och desorientering till följd av drömmar och läkemedel (Gaete Ortega et al., 2020; Maartmann-Moe et al., 2021). Intensivvårdspatienter minns att de genomgick procedurer och behandling mot sin vilja och att de försökte kämpa emot och de upplever att intensivvårdssjuksköterskan ger dem trygghet och säkerhet. Patienter som vårdas inom intensivvården beskriver att de kan känna sig hjälplösa och ouppmärksammade av intensivvårdssjuksköterskan. Ljud och ljus från teknisk apparatur kan leda till att patienter som vårdas inom intensivvården blir oroliga (Maartmann-Moe et al., 2021). Patienter upplever att intensivvårdspersonalens fokus är på den tekniska apparaturen och att de undviker att prata om djupa frågor, rädslor och förbiser patienten som en

unik person. Kritiskt sjuka intensivvårdspatienter upplever den högteknologiska miljön på intensivvårdsavdelningen som okänd, obegriplig och ibland skrämmande. Intensivvårdspatienter beskriver att de kunde förlora sin autonomi och kontroll över sin egna kropp och den ständiga övervakningen kunde skapa en känsla av maktlöshet och brist på utrymme för att hantera personliga behov och problem (Almerud et al., 2007). Att vårda lättsederade patienter kan ses som en utmaning och ställer stora krav på intensivvårdssjuksköterskan (Laerkner et al., 2015).

2.6 Intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter av att vårda lättsederade patienter

En lättsederad patient kan uttrycka sina önskemål och känslor, vilket ger intensivvårdssjuksköterskan möjlighet att anpassa vården. Intensivvårdssjuksköterskor föredrar att vårda lättsederade patienter, även om det är mer krävande och utmanande (Laerkner et al., 2015; Tingsvik et al., 2013). Kommunikationen mellan intensivvårdssjuksköterskan och patienten kan leda till frustration när de inte förstår varandra (Bekker Mortensen et al., 2019; Holm & Dreyer, 2018). Den lättsederade patientens ökade delaktighet medför att vårdandet blir mer tidskrävande, vilket försvårar intensivvårdssjuksköterskans möjligheter till att planera vården. Kommunikationen mellan intensivvårdssjuksköterskan och patienten leder till att intensivvårdssjuksköterskan kan interagera med patienten och på så sätt se denne som en unik individ, trots kritisk sjukdom (Laerkner et al., 2015; Tingsvik et al., 2013). Den ökade integrationen leder också till att intensivvårdssjuksköterskan i större utsträckning önskar en patient kontinuitet. Kontinuiteten hjälper intensivvårdssjuksköterskan att tolka patientens gester och uttryck, vilket gör att intensivvårdssjuksköterskan snabbt kan reagera vid ett förändrat beteende- och rörelsemönster (Laerkner et al., 2015).

Att vårda lättsederade patienter väcker mycket känslor hos intensivvårdssjuksköterskan. En känsla av otillräcklighet och maktlöshet kan lätt uppkomma vid vård av lättsederade patienter och patienterna har ett stort behov av närhet, trygghet, beröring, empati, kommunikation och information. Att vårda mer än en lättsederad patient åt gången kan därför bli utmanande. Intensivvårdssjuksköterskan kan uppleva en inre stress när patienten inte kan lugnas och lindras från det obehag patienten upplever. Den högteknologiska miljön på en intensivvårdsavdelning förflyttar lätt intensivvårdssjuksköterskans fokus från patient till den tekniska apparaturen. Att hantera den tekniska apparaturen samtidigt som intensivvårdssjuksköterskan ska behålla fokus på den lättsederad patienten är en utmaning (Laerkner et al., 2015). När intensivvårdssjuksköterskan ser patienten som en unik individ minskas vårdlindandet (Eriksson, 2015).

3 Teoretisk referensram

Vårdvetenskap handlar om kunskapen om människan i relation till lidande, vård och hälsa. Vårdvetenskapen lyfter fram patienters upplevelser av att leva med ohälsa och sjukdom vilket möjliggör för vårdpersonalen att lindra deras lidande och främja deras hälsa. Inom vårdvetenskap behöver patienten ses som en människa vilket görs när vårdpersonalen har en helhetssyn. För att kunna tillgodose patientens behov behöver vårdpersonalen kunskaper inom det vårdvetenskapliga och medicinska området (Ekebergh, 2015). Vården som ges ska sträva efter att minska patienters vårdlidande och bevara deras integritet och värdighet (Eriksson, 2015).

3.1 Vårdlidande

Den karitativa teorin beskriver att omsorg är kärnan i vårdandet och teorin fokuserar på patienters sårbarhet, hälsa, lidande och värld (Eriksson, 2015). Enligt Eriksson (2015) kan patienter uppvisa lidande relaterad till vård, lidande relaterad till sjukdom och lidande relaterad till livet. Lidande relaterat till vård beskrivs i denna teori som vårdlidande och innefattar det lidande som uppkommer av den vård patienten erhåller. Vården som ges till patienter ska så långt det går minska vårdlidandet och meningen med vårdandet är att lindra lidande och främja liv och hälsa. Lidande kan upplevas som uthärdligt och outhärdligt (Eriksson, 2015).

Lättsederade patienter på intensivvårdsavdelningen beskriver att när vårdpersonal inte lägger märke till deras lidande och behandlar dem som ett objekt i stället för en unik levande individ uppstår ett vårdlidande (Almerud, 2007; Eriksson, 2015). Patienter beskriver när vårdpersonalen inte ser deras vårdlidande kränkts deras värdighet och en känsla av förolämpning uppstår. Patienter som behandlas som ett objekt involveras inte av vårdpersonal i sin vård och upplever då maktlöshet och ovisshet. Vårdpersonalens omedvetna handlingar, olämpliga beteende och brist på kunskap kan orsaka ett stort vårdlidande för patienter. Vårdlindandet som uppstår påverkar patientens integritet och värdighet (Eriksson, 2015).

3.2 Värdighet och integritet

Integritet kommer från det latinska ordet integer som betyder hel eller orörd och förknippas med värdighet och värde samt varje människas egenvärde. Integritet avser rätten att inte bli kränkt och rätten att behålla vissa saker för sig själv. När en människa är i behov av vård hotas integriteten (Sandman & Kjellström, 2018). Värdighet kommer från ordet värdig som kommer från det latinska ordet dignus och betyder hedrad, värdefull och värdig. Alla människor har ett värde samt en värdighet och människan uppfattar sin värdighet olika (Eriksson, 2015). En viktig del av människans värdighet är integriteten (Griffin-Heslin, 2005). För att bibehålla patienters integritet och värdighet måste vården som ges bygga på respekt. När vården som ges visar respekt för patienter skyddas och bevaras patienters värdighet från kräkningar (Eriksson, 2015).

Intensivvården ska vara fokuserad på att bevara patienters integritet och värdighet (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2020). När patienter får hjälp med vårdande åtgärder kan värdigheten och integriteten påverkas och för att bevara deras värdighet i vården krävs en respektfull hållning som bekräftar patienters värde. Varje vårdande åtgärd påverkar patienters värdighet och vårdpersonalens personliga engagemang har visat sig vara avgörande för att bibehålla och främja patienters värdighet. Det är särskilt viktigt att vara uppmärksam på patienters värdighet när de befinner sig i en utsatt och sårbar situation (Eriksson, 2015).

4 Problemformulering

Då äldre respiratorer inte kunde synkroniseras med patienters andningsmönster behövde djup sedering användas för att de skulle tolerera respiratorbehandlingen. De moderna respiratorerna kan anpassas efter patienten vilket gör att djup sedering inte längre är nödvändig och de senaste årens forskning har lett fram till att patienter nu kan ha en lätt sedering och djupet anpassas efter patientens tillstånd och behov. Lättare sedering vid respiratorbehandling medför kortare tid i respiratorn, minskar risken för komplikationer kopplade till intensivvården och kortare vårdtid. Patienter med lätt sedering vid respiratorbehandling kan få svåra känslomässiga reaktioner och dessa reaktioner medför ett ändrat rörelse- och beteendemönster hos patienten. Tidigare forskning visar att kommunikationssvårigheter väcker starka känslor hos patienten och att vårdpersonalen ofta misstolkar deras försök till kommunikation. Att vårda lättsederade patienter i respirator är en stor utmaning för vårdpersonalen då vården som ges måste individanpassas och de vårdande åtgärder som ges ska göras för att bibehålla patienters integritet och värdighet. Därför är det av betydelse att sammanställa lättsederade patienters upplevelser av att vårdas i respirator, då deras upplevelser kan bidra till ny kunskap som kan leda till minskat vårdlidande.

5 Syfte

Syftet var att sammanställa lättsederade intensivvårdspatienters upplevelser av att vårdas i respirator.

6 Metod

6.1 Design

En strukturerad litteraturöversikt med kvalitativ design och en induktiv ansats har använts för att sammanställa tidigare forskning inom det aktuella området. En strukturerad litteraturstudie används för att datainsamling ska kunna återskapas genom att inklusions- och exklusionskriterier, kvalitetsgranskning av de vetenskapliga artiklarna samt sökscheman är tydligt beskrivna (Bettany- Saltikov & McSherry, 2016). För att få en djupare förståelse inom området valdes en kvalitativ design. Kvalitativa artiklar har en mindre mängd data som studerar valt område mer djupgående

(Polit & Beck, 2020). En induktiv ansats valdes där framtaget resultat diskuteras i resultatdiskussionen med hjälp av teoretisk referensram (Henricsson, 2017).

6.2. Urval

Relevanta sökord från studiens syfte identifierades med hjälp av PEO (Tabell 1) och strukturen används för att avgränsa och tydliggöra syftet. Strukturen kompletteras med T (PEOT), för att visa vilken typ av design de vetenskapliga artiklarna skulle ha (Bettany- Saltikov & McSherry, 2016). Synonymer till de identifierade sökorden arbetades fram och översattes till engelska med hjälp av svenska MeSH, vilket är en medicinsk ordbok som översätter medicinska ord från svenska till engelska. Synonymer används för att bredda sökningen vilket ökar möjligheten för fler träffar och minskar risken för att relevanta artiklar missas (Karolinska universitetet, u.å.). De sökord och synonymer som användes i sökningarna ses i tabell 2 och utarbetade inklusions- och exklusionskriterier ses i tabell 3. Inklusions- och exklusionskriterier används för att specificera vilka artiklar som ska inkluderas eller exkluderas (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2020).

Population	**E**xposure	**O**utcome	**T**yp of study
Lättsederade intensivvårds-patienter	Respirator	Patienters upplevelser	Kvalitativ design

Tabell 1: PEO-T strukturen.

Population	**E**xposure	**O**utcome	**T**yp of study
Intensive care patient Intensive care unit Conscious sedation Moderate sedation Critical care	Mechanical ventilator Artificial respiration	Life experience Life change events Experience Perceptions Emotions Attitudes View	Qualitative study

Tabell 2: Exempel på sökord och synonymer som tagits fram med hjälp av PEO-T strukturen.

PEO-T	Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
P: Population	Lättsederade intensivvårdspatienter Vuxna, över 18 år	Djupt sederade patienter Barn
E: Exposure	Intensivvårdspatienter som vårdas i respirator	Patienter som fått respiratorbehandling utanför intensivvårdsavdelningen
O: Outcome	Patienters upplevelser av att vårdas i respirator	Artiklar som beskriver vårdpersonal och anhörigas erfarenheter
T: Type of studie	Kvalitativ Peer-reviewed Orginalartiklar Etisk godkända Publicerade 2000–2023 Skrivna på engelska	Kvantitativa

Tabell 3: Inklusion och exklusionskriterier enligt PEO-T strukturen.

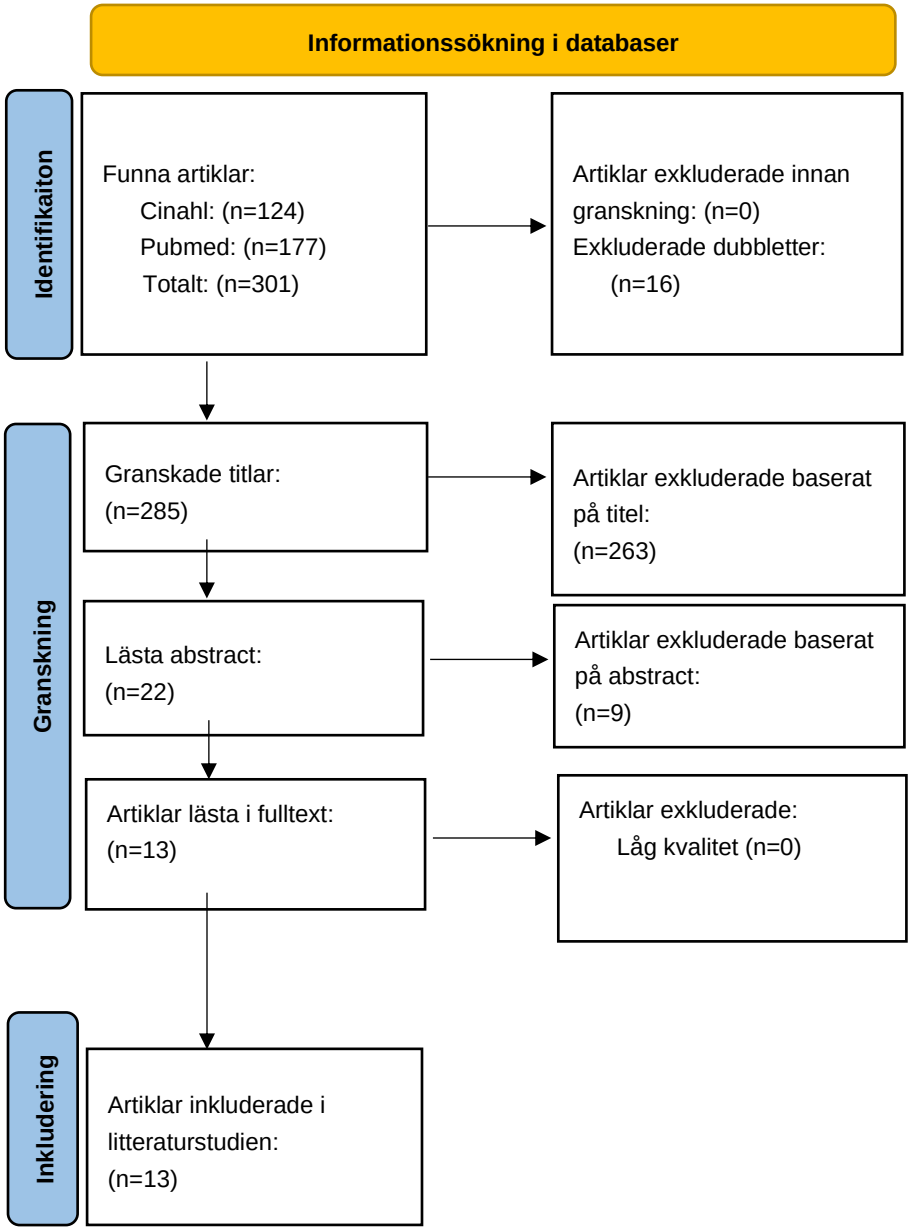
6.3 Datainsamling

Identifierade ämnesord och fritextord från PEO-T kombinerades på flera olika sätt i testsökningarna för att se om nya artiklar kunde fås fram. Alla relevanta artiklar som uppkom vid testsökningarna läste författarna titel och abstract för att se om nya sökord eller synonymer kunde identifieras (Bettany- Saltikov & McSherry, 2016). Sökningarna gjordes med både fritext- och ämnesord då fritextsökning hittade artiklar som ännu inte fått sin indexering med ämnesord samt fångade upp de artiklar som använde studiens specifika sökord. Sökning med ämnesord hittade de artiklar som indexerats med det specifika sökordet. I CINAHL benämns ämnesorden för CINAHL Headnings och i Pubmed MeSH-termer (Bettany- Saltikov & McSherry, 2016). Då antalet träffar i databaserna varierade stort beroende på hur sökorden kombinerades togs hjälp av bibliotekarierna på Linné universitetsbibliotek. Sökhjälpen användes för att säkerställa att rätt ämnesord och relevanta fritextord användes samt att trunkering och frassökning gjorts på rätt sätt.

Booleska operator “OR” och “AND” användes och operatorn AND användes för att smalna av sökningen och operatorn OR för att bredda sökningen. Frassökning (“”) användes för att precisera sökningen och trunkering (*)

användes för att få med olika böjelser av ett ord, vilket breddade sökningar ytterligare (Bettany- Saltikov & McSherry, 2016). Breda sökningar gjordes för att få en stor mängd data och görs genom att söka i flera olika databaser samt att använda sökord som inte är för specifika (Bettany- Saltikov & McSherry, 2016; SBU, 2020). Testsökningarna gjordes i PsycINFO, Pubmed, CINAHL samt Medline och efter testsökningarna skapades de slutgiltiga sökblocken. Sökblocken innehåller ämnesord och fritextord där några ord var trunkerade och andra hade frassökning. Först skapades varje sökblock och därefter kombinerades alla sökblocken i en sökning. Då endast dubbletter framkom vid testsökningarna i PsycINFO och Medline, gjordes den strukturerade litteratursökningar endast i Pubmed och CINAHL, den strukturerade litteratursökningen redovisas i bilaga 1. Valda databaserna representerar vetenskapliga artiklar med fokus på hälso- och sjukvård (Polit & Beck, 2020).

Den strukturerade litteratursökningen resulterade i totalt 301 artiklar i de båda databaserna, varav 16 stycken var dubbletter. De 301 titlarna lästes individuellt av författarna och de titlar som överensstämde med syftet sparades ner i Zotero, vilket är ett verktyg där vetenskapliga artiklar sparas ner, sorteras och grupperas (Zotero, u.å.). Abstraktet i 22 artiklar lästes då titlarna ansågs svara på syftet och för att säkerställa att alla artiklar selekterades på samma sätt användes ett formulär utformat med hjälp av PEO-strukturen, se bilaga 2 (SBU, 2020). Artiklarna delades in i inkluderade, exkluderade samt osäkra och de artiklar som hamnade i gruppen osäkra lästes i fulltext. Sju artiklar exkluderades, tio artiklar inkluderades och fem artiklar bedömdes som osäkra. De fem artiklarna lästes i fulltext och av dessa fem inkluderades tre stycken och två stycken exkluderades. Efter granskningen med PEO-formuläret kvarstod 13 artiklar som sedan kvalitetsgranskades. I de artiklar som använt sig av mixad-metod användes endast den kvalitativa datan och i de artiklar där fler än patienters upplevelser beskrivits har endast patienters upplevelser inkluderats. De artiklar som exkluderades belyste sjuksköterskans upplevelse av att vårda lättsederade patienter, var inte skrivna på engelska eller var kvantitativa eller reviews. PRISMA:s flödesschema har använts för att redovisa urvalsprocessen i figur 1 (SBU, 2020).



Figur 1: PRISMA:s flödesschema.

6.4 Kvalitetsgranskning

De 13 artiklar som utgjorde resultatet kvalitetsgranskades med hjälp av Caldwell et al. (2011) mall för granskning av vetenskapliga artiklar. Mallen är en av många som används för att bedöma vetenskapliga artiklarnas relevans och kvalitet inriktade på vårdvetenskap (Caldwell et al., 2011).

Granskningen av artiklarna genomfördes med hjälp av 18 frågor som syftar till att undersöka artikelns alla delar med fokus på syfte, metod, etiska aspekter, resultatet och diskussionen. För att klargöra vad som skulle granskas under respektive fråga fanns en beskrivning. Varje fråga poängsätts sedan från noll till två där noll innebär att frågan inte besvarats, ett innebär att frågan delvis besvarats och två innebär att frågan besvarats, totalt kan en artikel få 36 poäng. Om artikeln får 33–36 poäng bedöms kvaliteten som mycket god, 27–32 poäng bedöms kvaliteten som god, 26 poäng eller mindre bedöms kvaliteten som låg (Bettany- Saltikov & McSherry, 2016; Caldwell et al., 2011). För att en artikel skulle få inkluderas fick den ha max 25 % brister, se tabell 4 som beskriver procentuppdelningen av de olika nivåerna. Av de 13 artiklar som granskades hade nio stycken mycket god kvalitet, fyra stycken hade god kvalitet och ingen bedömdes ha låg kvalitet.

Mycket god	God	Låg
100% - 89% 36-33p	88% - 75% 27-32p	<74% <26p

Tabell 4: Procentuppdelning av de olika nivåerna.

6.5 Dataanalys

För att syntetisera resultatet har en tematisk syntes använts vilket är en metod där resultaten i olika studier, oavsett filosofisk ansats, inom ett specifikt område sammanställs och analyseras (Thomas & Harden, 2008). Tematisk syntes ger en överblick av vad som är känt inom ett forskningsområde och kan användas för att identifiera brister eller luckor i tidigare forskning (Thomas & Harden, 2008). En tematisk syntes görs i tre steg, se figur 2:

Figur 2: De tre stegen i en tematisk analys.

1. Kodning: De 13 artiklarnas resultat lästes individuellt flertalet gånger för att en djupare förståelse av resultatet skulle skapas (Thomas & Harden, 2008). När författarna skapat sig en djupare förståelse för resultatet identifierades enskilt likheter, skillnader och mönster mellan de olika artiklarna och meningar samt citat som svarade till syftet plockades ut och samlades i ett Word-dokument. Varje artikel numrerades och numret skrevs efter varje mening och citat för att lätt kunna återgå till originalartikeln. När det gjorts individuellt jämfördes det insamlade materialet och likheterna samlades i en mind-map medans olikheterna diskuterades. Efter diskussionen togs beslut om

meningen eller citatet skulle inkluderas eller exkluderas. Mind-mapen som användes skapades digitalt via micro.com och de sammanställda meningarna och citaten kategoriserades sedan för att få en tydlig överblick över det insamlade materialet. Därefter identifierades koder och alla meningar och citat fick minst en kod. Kodningen gjordes induktivt, vilket menas att koderna inte var förutbestämda (Thomas & Harden, 2008)

2. Skapa deskriptiva teman: Koderna organiserades efter likheter och skillnader som sedan grupperades i sex stycken deskriptiva teman, som under processens gång anpassades för att återspegla innehållet. Författarna höll sig så nära originaltexten som möjligt då det var av stor vikt att inte tolka resultatet (Thomas & Harden, 2008).
3. Utveckla analytiska teman: I det tredje steget av analysprocessen utvecklades analytiska teman, som har som syfte att ge ny kunskap och förståelse för vilka konsekvenser dessa teman kan ha för patienter (Thomas & Harden, 2008). De sex deskriptiva teman diskuterades mellan författarna och handledaren för att skapa en djupare förståelse kring dess innebörd, vilket ledde fram till två stycken analytiska teman.

I tabell 5 visas ett exempel på den tematiska syntesen.

Meningsbärande enhet	Kod	Deskriptiva tema	Analytiska tema
Att inte få någon eller otillräcklig luft upplevdes som att vara i helvetet. Det var kopplat till en känsla av att vara kvävd och framkallade panik.	En känsla av att vara kvävd.	Att uppleva en kvävande känsla.	Oförmögen att göra själv.

Tabell 5: Exempel på kodning och skapande av deskriptiva och analytiska tema.

6.6 Forskningsetiska övervägande.

Forskning möjliggör ny kunskap som kan förbättra människors liv och utvecklingen av samhället men forskningen är beroende av människors deltagande. För att skydda de människor som deltar i, väljer att avsluta sin medverkan eller avböjer att medverka i ett forskningsprojekt finns lagen om etikprövning. Grunderna i lagen är självbestämmande, värna om människors lika värde och integritet (SFS 2003:460). Alla steg i forskningsprocessen ska präglas av de etiska aspekterna (Kjellström, 2017). De etiska kommittéerna utgår från helsingforsdeklarationens forskningsetiska riktlinjer och inom medicinsk klinisk forskning har helsingforsdeklarationen störst inflytande (Kjellström, 2017; World Medical Association [WMA], 2013). Forskningsetiken är baserad på de fyra etiska principerna: rättviseprincipen, autonomiprincipen, principen att inte skada och godhetsprincipen. Forskning

inom omvårdnad ska ge ny kunskap som lindrar lidande, förebygger sjukdom eller främjar och återställer hälsa (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Innan forskningsprocessen påbörjas ska risk-nytta förhållandet bedömas, är nyttan med studien större än risken för deltagarna som ingår i studien (Polit & Beck, 2020). Risken med den strukturerade litteraturöversikt bedömdes som låg då forskningsresultatet baserades på redan tidigare publicerade vetenskapliga artiklar. Nyttan med studien bedömdes hög då det kan leda till ökad förståelse hos vårdpersonalen kring lättsederade patienters upplevelser av respiratorvård. Författarna var enade om att artiklarna som utgjorde resultatet skulle ha fått ett etiskt godkännande för att skydda de deltagare som medverkat i studierna (WMA, 2013). En etisk egengranskning enligt etikkommittén sydost är genomförd (Bilaga 4) och då alla frågor besvarats med “Nej” behövdes ingen ytterligare granskning genomföras. För att medvetandegöra förförståelserna hos författarna fördes diskussioner kring dessa. Förförståelse kan vara både positivt och negativt, men det är av stor vikt att författarna är medvetna om sin förförståelse för att minska risken för bias i forskningsresultatet (Polit & Beck, 2020). Författarna har kritiskt granskat arbetet så att inte vår förförståelse har påverkat resultatet samt all data som framkommit har publicerats för att få ett så nyanserat resultat som möjligt.

7 Resultatet

De 13 kvalitativa artiklar som kvarstod efter kvalitetsgranskningen belyser patienters upplevelser av att vara lättsederad i respirator. Inkluderade artiklar hade en geografisk fördelning mellan Norden, USA, Australien, Japan och Israel, varav hälften var från Norden. Det var totalt 321 patienter som deltog i intervjuer med öppna eller semistrukturerade frågor. Dataanalysen ledde fram till två analytiska teman och sex deskriptiva teman, vilka redovisas i tabell 6.

Deskriptiva teman	Analytiska teman
Att vara röstlös	I sin egna bubbla
Att känna sig utlämnad	
Att inte vara delaktig	
Att uppleva en kvävande känsla	Oförmögen att göra själv
Att utstå smärta och obehag	
Att inte kunna släcka sin törst	

Tabell 6: Presentation av deskriptiva och analytiska teman.

7.1 I sin egna bubbla

Patienter upplevde att de var i sin egna bubbla när de var röstlösa vilket bidrog till att de kände sig utlämnade och isolerade. Att vara röstlös bidrog till att de fick använda alternativa kommunikationssätt. Höga krav ställdes på att vårdpersonalen var tålmodiga och uppmärksamma på patienter vid deras försök till kommunikation. När vårdpersonalen inte bjöd in patienter och inte gjorde dem delaktiga i deras samtal, kände patienter sig som ett objekt istället för en unik individ.

7.1.1 Att vara röstlös

Att vara röstlös beskrevs av patienter som vårdades i respirator skapa en känsla av att vara isolerad och åsidosatt. Känslan av isolering uppstod då patienter upplevde att de var i sin egna bubbla och de blev åsidosatta eftersom de inte hade möjligheten att uttrycka sig (Ashkenazy et al., 2021; Fink et al., 2015; Holm & Dreyer, 2015; Kjeldsen et al., 2017; Laerkner et al., 2017; Takashima et al., 2019; Tembo et al., 2015). Patienter som respiratorbehandlades upplevde att de förlorade sin identitet när deras röst försvann då en stor del av deras identitet var hur de kommunicerade. Vidare upplevde patienter att de var i sin egna bubbla då de var avskilda och distanserade från både sig själva och andra människor då de var röstlösa. Patienter upplevde att inte ha någon röst var konstigt och obehagligt och att vara röstlös medförde att de förlorade kontrollen. Att inte kunna uttrycka sina behov och obehag upplevdes av patienter skapa en känsla av maktlöshet och hjälplöshet vilket beskrevs leda till att patienterna kände sig obekväma och rädda. En ökad inre stress upplevdes när patienter som vårdades i respirator inte kunde förmedla sig (Ashkenazy et al., 2021; Karlsson et al., 2011; Tembo et al., 2015).

Patienter som vårdades i respirator upplevde stora svårigheter med att göra sig förstådda vilket orsakade en oro över att de inte skulle kunna uttrycka sina behov. Patienter upplevde att de förlorade hoppet och deras möjlighet till att medverka i sin vård minskade. Maktlöshet, irritation och frustration upplevdes när patienters inflytande av sin vård minskade (Ashkenazy et al., 2021; Holm & Dreyer, 2015; Karlsson & Forsberg, 2008; Kjeldsen et al., 2017; Takashima et al., 2019; Roberts et al., 2019; Tembo et al., 2015)

Patienter som vårdades i respirator upplevde stora svårigheter med att göra sig förstådda vilket orsakade en oro över att de inte skulle kunna uttrycka sina behov. Patienter upplevde att de förlorade hoppet och deras möjlighet till att medverka i sin vård minskade. Maktlöshet, irritation och frustration upplevdes när patienters inflytande av sin vård minskade (Ashkenazy et al., 2021; Holm & Dreyer, 2015; Karlsson & Forsberg, 2008; Kjeldsen et al., 2017; Takashima et al., 2019; Roberts et al., 2019; Tembo et al., 2015).

När respiratorvårdade patienter kunde göra sig förstådda upplevde patienter sig mindre rädda och mer bekväma i att fortsätta försöka kommunicera och när vårdpersonalen hade tålamod och var uppmärksamma underlättade deras försök till kommunikation. Patienter kände sig sedda när vårdpersonalen

uppmärksammade deras försök att kommunicera och en lyckad kommunikation gjorde att de blev delaktiga och involverade i sin vård (Holm & Dreyer, 2015; Karlsson et al., 2011; Roberts et al., 2019). När vårdpersonalen nonchalerade patientens försök till kommunikation eller inte ansträngde sig för att försöka förstå dem upplevde de sig ignorerade, som om de var ett objekt (Karlsson & Forsberg, 2008; Laerkner et al., 2017).

Patienter som vårdades i respirator var röstlösa och upplevde att det var utmanande och svårt att göra sig förstådda när de använde alternativa kommunikationssätt, men detta var det enda sättet som patienter kunde göra sig förstådda på (Holm & Dreyer, 2015; Karlsson et al., 2011; Laerkner et al., 2017). Patienter som kommunicerade genom att skriva upplevde detta som mycket tidskrävande då det var svårt att komma ihåg ord och bokstäver samt att de endast fick fram enstaka ord åt gången. Patienter upplevde svårigheter med att skriva då deras greppförmåga var nedsatt och den nedsatta greppförmågan gjorde skrivandet mycket energikrävande. Patienter beskrev att de upplevde frustration när deras energi inte räckte till och att de inte kunde förmedla sig genom skrift (Karlsson et al., 2011; Laerkner et al., 2017; Takashima et al., 2019).

7.1.2 Att känna sig utlämnad

Att känna sig utlämnad upplevdes av respiratorvårdade patienter uppstå när de lämnades ensamma men när vårdpersonal eller anhöriga var fysiskt närvarande upplevde patienter att deras oro och ångest minskade. Fysisk närvaro kunde ges genom att lägga handen på patienter eller bara vara närvarande genom att sitta på en stol bredvid, detta hjälpte patienter att känna trygghet och omtanke. Patienter som vårdas i respirator upplevde svårigheter att påkalla vårdpersonalens uppmärksamhet till följd av att de var i sin egna bubbla. Att inte kunna påkalla vårdpersonalens uppmärksamhet medförde att de kände sig utlämnade och hjälplösa. När vårdpersonalen var i närheten av patienter behövdes minimal ansträngning från dem för att påkalla hjälp, vilket gjorde dem lugna och skapade en känsla av trygghet (Clukey et al., 2014; Karlsson & Forsberg, 2008; Laerkner et al., 2017; Roberts et al., 2019). Patienter kände sig utlämnade när det var mycket rörelse på rummet och okänd personal kom och gick, detta medförde att de kände sig blottade vid vårdande åtgärder och deras integritet påverkades (Ashkenazy et al., 2021).

7.1.3 Att inte vara delaktig

Att inte vara delaktig medförde att respiratorbehandlade patienter kände sig åsidosatta och beskrevs uppkomma när vårdpersonalen inte involverade patienter i sina samtal. Att inte vara delaktig medförde att patienter kände sig obekväma, osäkra och som att det befann sig i sin egna bubbla (Laerkner et al., 2017). När vårdpersonalen pratade över patienters huvud upplevde de sig åsidosatta, som att personalen var mer upptagna med att prata privata samtal än att ta hand om dem. Att bli åsidosatt och behandlad som ett objekt upplevdes av patienter som kränkande av deras integritet och utgjorde starka minnen från deras intensivvårdsvistelse. När respiratorvårdade patienter inte

gjordes delaktiga och vårdpersonalen inte ställde några krav på dem upplevde de brist på värde, som att vårdpersonalen inte trodde att de hade förmågan att ta beslut eller utföra enklare vårdande åtgärder. Vidare beskrev patienter att bli sedd och bekräftad som en unik individ gjorde att de kände sig trygga, vilket skapade en befriande känsla. Patienter beskrev att när vårdpersonalen bjöd in dem till samtal upplevde de sig inkluderade och som en del av gemenskapen, de var inte bara ett objekt utan en unik person. Patienter beskrev att samtal gällande väder och aktuella nyheter gjorde att de kände sig som en del av samhället, det var uppskattat när vårdpersonalen berättade roliga historier (Karlsson et al., 2011; Karlsson & Forsberg, 2008; Laerkner et al., 2017).

Patienter beskrev att när de endast hörde delar av vårdpersonalens samtal upplevdes en känsla av olust, då de inte visste om deras samtal handlade om dem. När patienter som vårdas i respirator delade rum med andra patienter hörde de deras smärtsamma uttryck i samband med undersökningar och vårdande åtgärder samt deras svåra samtal med vårdpersonalen. Att inte kunna stänga ute eller fly från dessa samtal och situationer upplevdes av patienter i respirator som utmanande, då de blev ofrivilligt delaktiga (Laerkner et al., 2017). Den ofrivilliga delaktigheten påverkade patienters sömn negativt vilket ledde till att de kände sig utmattade (Karlsson et al., 2011). Patienter upplevde även att deras ofrivilliga delaktighet skapade en inre stressen när de hörde ljuden från den tekniska utrustningen, då de inte visste om ljudet berodde på att deras tillstånd försämrades (Takashima et al., 2019).

Patienter beskrev att vara medveten vid respiratorbehandling gav möjligheten att vara delaktig och minnas sin intensivvårdsvistelse. Att vara medveten beskrevs av patienter medföra att de kunde delta i och påverka sin vård, vilket skapade en känsla av handlingskraft och delaktighet. Trots att patienter inte kunde utföra några vårdande åtgärder gavs möjlighet att påverka situationen, vilket hjälpte dem att skapa kontroll (Holm & Dreyer, 2015; Laerkner et al., 2017; Prime et al., 2016). Patienter i respirator beskrev även att medvetenheten gjorde dem införstådda i sitt kritiska tillstånd och vilket stundtals fick dem att inse hur sårbara och sköra de var, vilket väckte känslor av ångest och panik. För att kunna kontrollera dessa känslor och på så vis hantera situationen använde patienterna olika strategier, där en av strategierna var att hålla hjärnan sysselsatt och en annan var att försöka drömma sig bort (Claesson et al., 2005; Karlsson & Forsberg, 2008; Laerkner et al., 2017; Prime et al., 2016). Patienter som vårdades i respirator beskrev det som rogivande och avslappnande att lyssna på vårdpersonalens samtal mellan varandra, de upplevde att tiden gick snabbare (Laerkner et al., 2017).

Respiratorvårdade patienter upplevde att de med hjälp av information från vårdpersonalen gjordes delaktiga i sin vård och att informationen gjorde att de blev mindre oroliga och ångesten lindrades. Med informationen patienterna fick kunde de förbereda sig inför kommande vårdande åtgärder

och undersökningar samt hålla sig uppdaterade kring sitt sjukdomstillstånd. När patienter var informerade kunde de medverka vid vårdande åtgärder och undersökningar (Clukey et al., 2014; Roberts et al., 2019).

7.2 Oförmögen att göra själv

Att vara oförmögen att göra själv upplevdes av respiratorvårdade patienter väcka en känsla av maktlöshet. Patienter som vårdades i respirator kunde inte tillgodose sina grundläggande behov som att släcka sin törst och att andas. Att vara oförmögen att göra själv bidrog till att patienter var beroende av respiratorbehandling och vårdande åtgärder som orsakade smärta och obehag.

7.2.1 Att uppleva en kvävande känsla

Att uppleva en kvävande känsla upplevdes av patienter som vårdades i respirator när de fick begränsat med luft och beskrevs på olika sätt. Begränsningarna som upplevdes var att de inte fick tillräckligt med luft och de var oförmögna att kontrollera sin egen andning (Ashkenazy et al., 2021; Clukey et al., 2014; Fink et al., 2015; Karlsson et al., 2011; Karlsson & Forsberg, 2008). Att uppleva en kvävande känsla under respiratorbehandling beskrevs antingen som att drunkna och att ständigt behöva kämpa för att få luft eller som att luftvägen kändes trång, som att de blev strypta eller kvävda vilket framkallade en känsla av panik. Att uppleva en kvävande känsla gjorde att respiratorbehandlade patienter konstant behövde fokusera på sin andning, vilket gjorde det svårt att slappna och påverkade sömnen (Clukey et al., 2014; Fink et al., 2015; Holm & Dreyer, 2015; Karlsson et al., 2011; Karlsson & Forsberg, 2008).

7.2.2 Att utstå smärta och obehag

Att utstå smärta och obehag orsakade av respiratorbehandlingen och vårdande åtgärder beskrevs av patienter och upplevelserna varierade från ingen smärta eller obehag till mycket svår smärta eller obehag (Ashkenazy et al., 2021; Clukey et al., 2014; Holm & Dreyer, 2015; Karlsson et al., 2011; Laerkner et al., 2017; Prime et al., 2016; Roberts et al., 2019; Takashima et al., 2019). Obehaget upplevdes som en främmande känsla i mun och hals och orsakade en känsla av irritation i munnen och skav i halsen. Patienter kunde utstå smärta och obehag som uppkom i samband med att vårdas i respirator eftersom de var medvetna om att behandlingen var nödvändig (Ashkenazy et al., 2021; Holm & Dreyer, 2015; Laerkner et al., 2017; Karlsson et al., 2011; Tembo et al., 2015). En kännetecknande upplevelse vid manipulering av endotrakealtuben hos patienter som vårdas i respirator var att de behövde kräkas och de upplevde även illamående relaterat till endotrakealtuben och nasogastrisk sond (Ashkenazy et al., 2021; Holm & Dreyer, 2015; Karlsson et al., 2011).

Rädslan för att uppleva smärta beskrevs av patienter som vårdades i respirator och smärtan beskrevs uppstå vid undersökningar, behandlingar och vårdande åtgärder (Claesson et al., 2005). En av de vårdande åtgärder som orsakade smärta och obehag var rensugning av luftvägarna. Denna vårdande

åtgärd var nödvändig då patienter i respirator inte själva kunde avlägsna slemmet. Slemmet orsakade en kvävningskänsla och rensugning av luftvägarna beskrevs orsaka panik, men gick att uthärda då denna vårdande åtgärd gjorde det lättare för patienter att andas (Fink et al., 2015; Karlsson & Forsberg, 2008; Karlsson et al., 2011). Patienter beskrev att upplevelserna vid rensugning av luftvägarna varierade beroende på om vårdpersonalen som utförde åtgärden var försiktiga eller oaktsamma (Karlsson et al., 2011).

7.2.3 Att inte kunna släcka sin törst

Att inte kunna släcka sin tröst var en framträdande upplevelse som beskrevs av patienter som vårdades i respirator. Den konstanta känslan av att vara törstig uppkom då patienter inte kunna dricka och svälja (Ashkenazy et al., 2021; Fink et al., 2015; Holm & Dreyer, 2015; Karlsson et al., 2011; Kjeldsen et al., 2017; Takashima et al., 2019). Att inte kunna släcka sin törst medförde att patienter inte kunde tillgodose sina grundläggande behov vilket upplevdes skapade en känsla av maktlöshet och frustration. Patienters upplevelse av törst associerades med ångest och panik, som uttrycktes som förtvivlan när törsten inte gick att släcka. Patienter upplevde att de vårdande åtgärder som gavs bara lindrade törsten tillfälligt, vilket innebar att patienter fick uthärda och acceptera känslan av törst. Den konstanta känslan av att uthärda törst hade enligt patienter kunnat lindras om de fått information kring att respiratorvård orsakade törst (Holm & Dreyer, 2015; Kjeldsen et al., 2017). Att inte kunna släcka sin törst upplevdes av respiratorbehandlade patienter orsaka en obehaglig och konstig känsla i munnen. De upplevde en extrem torrhet och att tungan fick en konstig känsla i munnen. Patienter beskrev längtan efter att få dricka något kallt samt att få dricka något annat än vatten (Karlsson & Forsberg, 2008; Kjeldsen et al., 2017).

8 Diskussion

8.1 Metoddiskussion

8.1.1 Design

En strukturerad litteraturöversikt med kvalitativ design och induktiv ansats valdes för att besvara syftet. För att komma fram till vilken metod som var mest lämpad för uppsatsen diskuterades olika metoder och en strukturerad litteraturöversikt var den metod som författarna ansågs vara mest lämplig. Om en intervjustudie valts hade endast ett fåtal patienters upplevelser fångats, vilket inte hade gett den överblick av området som önskades (Rosén, 2017). En kvalitativ design valdes då författarna ville skapa sig en djupare förståelse för patienters upplevelser av att vårdas lättsederade i respirator (Henricson & Billhult, 2017; Polit & Beck, 2020). Om en kvantitativ design valts hade endast en kartläggning av patienters upplevelser kunnat studeras, vilket hade gett en överblick över vilka upplevelser som var de vanligaste i samband med respiratorbehandling (Billhult, 2017). En induktiv metodik valdes då ett förutsättningslöst och fördomsfritt tillvägagångssätt användes när patienters upplevelser och erfarenheter undersöktes (Henricsson, 2017).

8.1.2 Urval

Populationen lättsederade intensivvårdspatienter som vårdades i respirator (**E**xposure) valdes då patienter som har djup sedering inte har några minnen eller upplevelser (**O**utcome) från sin intensivvårdsvistelse. Då det fanns begränsat med tidigare forskning inom området valde författarna att skriva om alla upplevelser som lättsederade intensivvårdspatienter i respirator upplever i stället för att begränsa sig till en upplevelse, exempelvis törst till följd av respiratorbehandling. Författarna diskuterade om syftet med denna uppsats skulle ha varit att undersöka lättsederade patienters upplevelser av intensivvård i stället för att begränsa det till enbart respiratorn då detta kunde ha gett oss en större mängd upplevelser. Genom att använda PEO-T strukturen kunde syftet delas upp i mindre delar och på så vis kunde relevanta sökord identifieras (Bettany-Saltikov & Mc Sherry, 2016). När sökorden identifierats togs synonymer fram för varje sökord och översattes sedan till engelska med hjälp av svenska-MESH för att få en korrekt översättning. Författarnas brist på erfarenhet gällande framtagning av sökord ledde till att hjälp togs från handledare och handledningsgrupp för att säkerställa att relevanta sökord användes och med tanke på att valt forskningsområde har begränsat med forskning och författarnas brist på erfarenhet finns risken att relevanta artiklar missats. Om relevanta artiklar missats kan resultatet ha påverkats, vilket skulle kunna påverka uppsatsen tillförlitlighet (Henricson, 2017).

Med hjälp av PEO-T strukturen identifierades tydliga inklusions- och exklusionskriterier. Om inklusions- och exklusionskriterierna varit otydliga hade relevanta artiklar kunnat missats, vilket skulle påverka uppsatsens tillförlitlighet (SBU, 2020). Artiklar publicerade på engelska inkluderades då det var det språk som författarna behärskade. Om artiklar med andra språk skulle inkluderats och översatts fanns en stor risk att feltolkningar kunde gjorts, vilket skulle kunna påverka resultatets tillförlitlighet. Författarna är medvetna om att relevanta artiklar kan ha missats då dessa artiklar exkluderats. Författarna valde att inte använda begränsningsfunktionen i de olika databaserna utan gjorde i stället en manuell gallring för att inte missa artiklar som felmärkts (Henricson, 2017; Polit & Beck, 2020; SBU, 2020). Detta medförde att huvudsökningar gav fler artiklar än om begränsningsfunktionen använts. Men författarna bedömde att detta var hanterbart då det aktuella området har begränsat med tidigare forskning. Författarna valde att exkludera artiklar som belyser barns upplevelser av att vårdas i respirator på intensivvårdsavdelningen då de oftast vårdas på intensivvårdsavdelningar anpassade för barn. Om författarna hade valt att inkludera barns upplevelser skulle överförbarheten av uppsatsens resultat minska.

Åldersspannet på artiklarna är stort, mellan år 2000–2023, till följd av den begränsade forskningen inom området. Tre av de inkluderade artiklarna var publicerade mellan 2000–2013 och resterande tio var publicerade från 2014 och framåt. Att så få artiklar är publicerade innan 2014 har diskuterats av

författarna bero på utvecklingen av respiratorn, vilket medfört att patienter nu kan vara lättare sederade vid respiratorbehandling. Dock ville författarna inte exkludera de tre artiklar som publicerats innan 2014 då patienters upplevelser av respiratorbehandlingen var väl beskrivna och viktigt data skulle därför gå förlorad. Mårtensson & Fridlund (2017) menar att artiklar som publicerats för mer än tio år sedan kan inkluderas i ett arbete om det aktuella området inte har förändrats så mycket över tid. För att öka trovärdigheten, giltigheten och pålitligheten av vår uppsats skulle alla artiklar som inkluderades vara peer-reviewed (Henricson, 2017). I databasen Cinahl märks artikeln med peer-reviewed vilket inte görs i pubmed. De artiklar som framkom vid huvudsökningen i Pubmed söktes upp i CINAHL för att säkerställa att de var peer-reviewed. Endast en artikel återfanns inte i CINAHL och då kontrollerade författarna så att tidskriften som publicerat artikeln endast publicerade artiklar som var peer-reviewed.

8.1.3 Datainsamling

Ämnesorden skiljer sig mellan de olika databaserna vilket resulterade i att sökning efter ämnesorden fick göras i respektive databas. Författarna gjorde flera testsökningar som trots olika kombinationer av ämnesord och fritextord i sökblocken gav få artiklar som svarade till syftet. Författarna tog därför hjälp av bibliotekarierna på universitetets bibliotek för att diskutera och justera sökblocken, vilket ledde till att fler artiklar hittades och kvaliteten på sökningarna stärktes. Enligt SBU:s metodbok (2020) är det en styrka för uppsatsen att involvera informationsspecialister i sökprocessen då sökningarna får en högre kvalitet. Med hjälp av informationsspecialister togs sökblock fram innehållande ämnesord och fritextord med trunkering, vilket gjorde sökningarna bredare. Ämnesorden och fritextorden kombinerades med booleska operatorerna AND och OR där AND användes för att öka specificeringen på sökningarna (SBU, 2020).

En strukturerad litteratursökning gjordes i flera steg för att få en överblick kring det aktuella forskningsområdet (SBU, 2020). Testsökningarna gjordes både före och efter hjälp från biblioteket i de fyra databaserna: Pubmed, CINAHL, PsycINFO och Medline. I de två sistnämnda databaserna framkom det endast dubbletter från sökningarna som gjorts i Pubmed och CINAHL, vilket ledde till att huvudsökningarna endast gjordes i dessa två databaser. När flera databaser används ökar chansen att hitta artiklar som svarar till syftet samt uppsatsens trovärdighet ökar (Henricson, 2017; SBU, 2020). Huvudsökningen som gjorts i de två databaserna har redovisats i separata sökschema som ger en reproducerbarhet av sökningar vilket anses vara en styrka (SBU, 2020). Författarna var medvetna om att artiklar som svarade på syftet kan ha missats när PsycINFO och Medline valdes bort, men risken ansågs vara låg då endast dubbletter fanns vid testsökningarna. Författarna ansåg att sökningarna hade en hög sensitivitet med relevanta ämnesord och fritextord eftersom dubbletter av artiklarna uppkom i mer än två databaser. En hög sensitivitet på kombinationer av sökorden ökar trovärdigheten på uppsatsens resultat (Henricson, 2017). Trots en hög sensitivitet på sökorden framkom det flera artiklar som belyste vårdpersonalens upplevelser av att

vårda lättsederade patienter i respirator, vilket kan anses påverka specificiteten på huvudsökningarna. Författarna har diskuterat specificiteten och anser att huvudsökningarna har en acceptabel specificitet, då SBU:s metodbok (2020) beskriver att det i praktiken är svårt att uppnå sökningar med hög precision då författarna inte vet hur många artiklar som missas och hur många som fångats. Nackdelen med att breda sökningar gjorts var att flera artiklar som inte svarar till syftet framkom i sökningarna, men fördelen var att fler artiklar hittades som kunde inkluderas (SBU, 2020). Författarna ansåg att en lägre specificitet på huvudsökningarna var acceptabel då det inte fanns så mycket forskning inom det aktuella området och att det i stället var av stor vikt att sensitiviteten på sökord var hög, då det anses öka trovärdigheten för resultatet (Henricson, 2017).

När huvudsökningarna genomförts lästes alla titlar och de artiklar som svarade till syftet lästes sedan abstraktet. När abstraktet lästes tog författarna hjälp av en granskningsmall utvecklad från PEO-T strukturen för att minimera risken att inkludera eller exkludera fel artiklar. Att använda en granskningsmall vid selekteringen anses vara en styrka då författarna kan tappa koncentrationen vid granskning av en stor mängd abstrakt, vilket skulle påverka resultatets tillförlitlighet (SBU, 2020).

Hälften av de 13 artiklar som utgör resultatet var genomförda i de nordiska länderna vilket minskar resultatets generella överförbarhet. Resterande artiklar som utgjorde resultatet hade en större geografisk fördelning och deras resultat överensstämde med de resultat som framkommit i de nordiska studierna. Sjukvårdssystemen i de olika länderna skiljer sig åt och om flera artiklar i ett resultat är gjorda i samma land påverkas tillämpbarheten av resultatet (Henricson, 2017). Då hälften av de inkluderade artiklarna är från de nordiska länderna där skillnaderna i sjukvårdssystemen inte är så stora, anser författarna att tillämpbarheten och överförbarheten av uppsatsens resultat i Sverige är högre jämfört med om hälften av studierna hade varit i en annan del av världen.

8.1.4 Kvalitetsgranskning

Artiklarna som utgör resultatet granskades för att säkerställa resultatets trovärdighet vilket inom vårdvetenskap är särskilt viktigt då resultatet har en direkt påverkan på människors välbefinnande och hälsa (Caldwell et al.,2011). Kvalitetsgranskningen gjordes individuellt av författarna med hjälp av en mall utformad av Caldwell et al. (2011). För att underlätta granskningen fanns en manual som beskrev vad som skulle granskas under respektive fråga vilket underlättade granskningen. Författarna upplevde att granskningen kunde utföras mer noggrant vilket kunde ses som en styrka. Författarna jämförde därefter artiklarnas poäng efter granskning och de artiklar där författarna hade olika poäng granskades tillsammans. När kvalitetsgranskningen genomförs individuellt och skillnader samt likheter diskuteras ökar trovärdigheten av uppsatsens resultat (Henricson, 2017).

Nio artiklar bedömdes ha mycket god kvalitet och fyra bedömdes ha god kvalitet, varav två av dessa uppnådde precis gränsen för god kvalitet på grund av brister i metoddelen. Inga av de artiklar som utgjorde resultatet bedömdes ha låg kvalitet vilket ansågs öka pålitligheten på uppsatsens resultat. En svaghet i Caldwells et al. (2011) granskningsmall var att författarna själva fick sätta gränserna för vilka poäng som ansågs ge de olika kvalitetsgraderna och då författarna inte använt denna granskningsmall tidigare samt har begränsad kunskap inom området finns möjligheten att artiklar med låg kvalitet inkluderats och därmed påverkade resultatets tillförlitlighet. Författarna diskuterade hur många brister en artikel fick ha i procent för att få inkluderas och efter diskussion beslöts att en artikel fick ha max 25% i brister, vilket i poäng motsvarade 27 poäng eller mer.

8.1.5 Dataanalys

Metoden som användes för analys av data var en tematisk syntes och denna metod var fördelaktig att använda då den tillåter en systematisk sammanställning av data från studier oavsett filosofisk ansats, och kan därför ge en mer heltäckande bild inom aktuellt område. Analysen gjordes i tre steg där de två första stegen var textnära och i de två stegen försökte författarna att hålla sig så nära originaltexten som möjligt (Thomas & Harden, 2008). Det första steget genomfördes delvis individuellt då det insamlade materialet lästes var för sig och meningar och citat som svarade till syftet plockades ut, vilket stärker trovärdigheten (Henricson, 2017). När det gjorts jämfördes det insamlade materialet och likheter lades i en mind-map medan olikheter diskuterades och beslut togs om de skulle inkluderas eller exkluderas. Mind-mapen användes för att tydliggöra de olika meningar och citat som tagits fram och bildandet av koder förenklades (SBU, 2020). I steg två skapades deskriptiva teman och när de temana togs fram försökte författarna att inte blanda in sin förförståelse. När osäkerhet uppstod kring en kods innebörd kontrollerades koden mot originalartikeln för att säkerställa kodens innebörd, vilket stärker resultatets pålitlighet (Mårtensson & Fridlund, 2017; SBU, 2020). Tredje steget innebar skapande av analytiska teman och det steget var inte alls beskrivet då grundarna till analysmetoden Thomas & Harden (2008) själva tycker att det är en komplicerad process att skapa analytiska teman, vilket är en nackdel med vald analysmetod. Det kan ha medfört att tredje och sista steget inte förklarats så utförligt vilket kan ses som en brist i uppsatsen samt påverka bekräftelsebarheten. Skapandet av de analytiska teman är beroende av författarnas förförståelse då de analytiska teman avser att ge ny kunskap, det vill säga ett tolkande steg. (Mårtensson & Fridlund, 2017; SBU, 2020).

Författarnas brist på förförståelse inom området samt brist på erfarenhet inom forskningsmetodik medförde svårigheter att abstrahera de deskriptiva teman vilket kan ha medfört att de analytiska teman inte abstraherats tillräckligt. Förförståelsen hos författarna har beskrivits och diskussion har förts de tillfällen då det funnits risk för att förförståelsen skulle påverka uppsatsen samt när förförståelsen använts under analysprocessen. Pålitligheten i uppsatsen stärks när författarna är medvetna om sin

förförståelse och trovärdigheten ökar när diskussion förts med handledaren kring de deskriptiva teman för att skapa en djupare förståelse för de analytiska teman (Henricson, 2017; Mårtensson & Fridlund, 2017; SBU, 2020).

8.1.6 Etiska övervägande

Kvalitativa artiklar anses ha en större risk att påverka deltagarna i studien då data ofta samlas in med hjälp av intervjuer och därför har författarna till denna uppsats noggrant granskat alla inkluderade artiklar så att de har fått ett etiskt godkännande från en kommitté samt genomgått en etisk bedömning i samband med kvalitetsgranskningen (Kjellström, 2017; Sandman & Kjellström, 2018; SBU, 2020). Kontinuerligt under arbetsprocessen har hänsyn tagits till forskningsetiska överväganden och etiskt förhållningssätt har använts. Grunden i det vetenskapliga arbetet är ärlighet och hederlighet och avser att inte manipulera eller förvränga resultatet avsiktligt. Resultatet har skapats på ett nyanserat med hjälp av att all data som svarade till syftet inkluderats och inget har utelämnats eller undanhållits. Eftersträvan att följa god forskningssed har gjorts genom att undvika fusk och plagiering av andras arbeten (Kjellström, 2017; Sandman & Kjellström, 2018).

Författarna har under sin verksamhetsförlagda utbildning fått erfarenheter av att vårda patienter som var lättsederade i respirator och för att minimera risken att våra tidigare erfarenheter påverkade resultatet, har diskussion förts kring dessa erfarenheter. Likheter och skillnader i förförståelsen har presenterats för att minska risken för ett snedvridet och påverkat resultat (Henricson & Billhult, 2017; Polit & Beck, 2020).

8.2 Resultatdiskussion

Resultatet av litteraturstudien kommer att diskuteras utifrån vald teori under rubrikerna *Att vara röstlös skapar hinder, Bibehålla kontrollen över sin vård* samt *Fysiska upplevelser hos patienter som vårdas i respirator.*

8.2.1 Att vara röstlös skapar hinder

Resultatet visar att vara röstlös medför att patienter som vårdas i respirator upplever att de förlorar sin identitet och skapar hinder för att kunna uttrycka sina behov, vilket skapar en känsla av hjälplöshet och maktlöshet. Rösten är en central del i hur patienter uppfattas av sin omgivning då deras identitet avspeglas i deras röst och sätt att kommunicera på. Sandman och Kjellström (2018) menar att när patienter inte kan göra sin röst hörd förlorar de sin integritet och värdighet vilket kan leda till en känsla av uppgivenhet. Uppgivenheten kan påverka patienters vilja av att medverka i sin fortsatta vård. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017) ska en god vård bygga på respekten för patientens integritet och självbestämmande.

Tidigare forskning styrker uppsatsens resultat att vara röstlös leder till förlust av kontroll då patienter hindras att medverka i sin vård, och en känsla av

ensamhet uppstår då de blir fångade i sin egna bubbla. Att vara röstlös leder även till en känsla av stress då patienter känner sig hjälplösa och maktlösa. Patienter som vårdas i respirator är beroende av vårdpersonalens förmåga att förstå dem och en oro uppstår om de kommer kunna förmedla sina behov (Baumgarten & Poulsen, 2015; El-Soussi et al., 2015; Patak et al., 2006; Karlsson et al., 2012; Wallander Karlsen et al., 2018; Wallander Karlsen et al., 2020). För att kunna tillgodose patienters behov läser vårdpersonalen av dem och utifrån sin erfarenhet identifieras behovet. Det innebär dock inte automatiskt att patienters behov tillgodoses då det etiska kravet menar att de åtgärder som utförs av vårdpersonalen är de åtgärder som vårdpersonalen bedömer att patienter är i behov av (Sandman & Kjellström, 2018).

När vårdpersonalen inte är villiga att förstå de röstlösa patienters försök till kommunikation eller feltolkar deras försök minskar möjligheten att de tillgodoser deras behov. När patienter känner sig missförstådda uppkommer en känsla av hjälplöshet och uppgivenhet och de upplever att deras värde minskar. Att inte kunna kommunicera sina behov medför att patienter hamnar i en utsatt och sårbar situation och vårdpersonalen måste därför ge en vård som bekräftar patienters värde (Eriksson, 2015; Sandman & Kjellström, 2018). Att ge en vård som respekterar människans värde och värdighet överensstämmer med hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017). Vårdlidande uppstår hos patienter som har svårigheter att kommunicera till följd av att de är röstlösa. För att minska vårdlidandet i dessa situationer är det av stor vikt att vårdpersonalen ser patienten som en unik individ (Eriksson, 2015; Karlsson et al., 2012).

8.2.2 Bibehålla kontrollen över sin vård

Tidigare forskning stödjer uppsatsens resultat som visar att användning av alternativa kommunikationssätt ofta leder till feltolkningar vilket leder till att respiratorvårdade patienter känner sig frustrerade (Baumgarten & Poulsen, 2015; El-Soussi et al., 2014; Patak et al., 2006; Wallander Karlsen et al., 2018; Wallander Karlsen et al., 2020). För att bibehålla kontrollen över sin vård visar tidigare forskning att kommunikationen hos röstlösa patienter är mest effektivt och minst energikrävande vid användning av kommunikationsbilder. Kommunikationsbilder förenklar för patienter att uttrycka sina känslor och behov utan att feltolkas vilket resulterar i en sänkt ångest- och frustrationsnivå hos patienter. Då kommunikationen blir effektivare med kommunikationsbilder hjälper det patienter att återfå kontroll över situationen vilket medför att deras känsla av maktlöshet minskar och deras möjlighet att vara delaktiga i sin vård ökar (El-Soussi et al., 2015; Patak et al., 2006). Hindren som uppkommer hos röstlösa patienter orsakar ett vårdlidande då de känner sig förödmjukade och deras värdighet kränks. När alternativa kommunikationssätt används och patienter kan göra sig förstådda försvinner känslan av maktlöshet och deras delaktighet i sin vård ökar, det bidrar till ett minskat vårdlidande. Patienter som inte görs delaktiga i sin vård får ett ökat vårdlidande då de befinner sig i sin egna bubbla (Eriksson, 2015).

Uppsatsens resultat visar att få vara delaktig i sin vård och att bli sedd som en unik individ beskrivs av patienter som vårdas i respirator vara viktigt. Patienter upplever att vara röstlös gör det svårt för dem att vara delaktiga i sin vård och de är beroende av att vårdpersonalen involverar dem. För att kunna vara delaktiga i sin vård beskriver patienter att information är en av de viktigaste faktorerna och informationen beskrivs minska deras oro och ångest. Eriksson (2015) menar att information hjälper patienter att bibehålla kontrollen över sin vård och hjälper patienter att få ett minskat vårdlidande. Det stöds av tidigare forskning som menar att patienter som vårdas i respirator och erhåller information får en förståelse för den situation de är i och är förberedda på kommande vårdande åtgärder och behandlingar (Baumgarten & Poulsen, 2015; Karlsson et al., 2012). Tidigare forskning visar att patienter i respirator kan bibehålla kontrollen över sin vård genom att tillsammans med vårdpersonal lägga upp en plan för dagen. Att få bibehålla kontrollen över sin vård ökar patienters delaktighet och minskar deras sårbarhet. Vårdpersonal visar patienter respekt när de ger kontinuerlig information som är individanpassad (Lykkegaard & Delmar, 2013; Meijers & Gustavsson, 2008; Moen & Nåden, 2015; Wåhlin et al., 2006).

I uppsatsens resultat framkom det att patienter som vårdas i respirator vill bli sedda som en unik individ och när de upplever att de blir behandlade som ett objekt känner de sig åsidosatta. Att känna sig åsidosatt leder till att patienter i respirator upplever att deras integritet och värdighet kränks. Uppsatsens resultat visar att patienter känner sig trygga när de blir bekräftade som en unik individ som trots sin kritiska sjukdom fortfarande har möjlighet att utföra enklare uppgifter och på så sätt kan bibehålla kontrollen över sin vård. Enligt det etiska kravet är det vårdpersonalens uppgift att stötta kritiskt sjuka patienter till att kunna genomföra enklare uppgifter och på så sätt bevaras en liten del av deras självständighet (Sandman & Kjellström, 2018). Patienter upplever ett vårdlidande när de inte bekräftas som en unik individ, och de känner sig förödmjukade och förolämpade (Eriksson, 2015). Resultatet styrks av tidigare forskning som visar att om vårdpersonalen inte förväntar sig något av patienter känner sig de värdelösa. Patienter som vårdas i respirator beskriver att vårdpersonal som ser dem och uppmuntrar samt stöttar dem stärker deras integritet och värdighet, vilket resulterar i ett minskat vårdlidande (Baumgarten & Poulsen, 2015; Eriksson, 2015; Moen & Nåden, 2015).

Uppsatsens resultat visar att patienter som vårdas i respirator är mer medvetna om omgivningen och den ökade medvetenheten leder till att patienter blir ofrivilligt delaktiga i medpatienternas vård och vårdpersonalens samtal. Patienterna blir ofrivilligt delaktiga då de inte kan stänga ute omgivningen och patienter beskriver att de vill fly från situationen då ljuden orsakar stress. Eriksson (2015) menar att ljud från medpatienter och omgivningen orsakar ett vårdlidande för patienter som vårdas i respirator då deras miljö inte ses som en vårdande miljö. Tidigare forskning stödjer att patienter som vårdas i respirator har svårt att stänga ute omgivningen och ljuden från medpatienter och teknisk utrustning påverkar dem negativt samt

stör deras möjlighet till sömn. För att stänga ute omgivningen har patienter i respirator erbjudits öronproppar (Jones & Dawson, 2012; Karlsson et al., 2012; Locihová et al., 2017). Öronproppar kan bidra till att patienter kan fly från de situationer som de blir ofrivilligt delaktiga i samt att de kan stänga ut de ljud som de upplever stressande. Patienter kan bibehålla kontrollen genom användandet av öronproppar då de tar kontroll över vilka situationer de vill vara delaktiga i och vilka de vill stänga ute (Jones & Dawson, 2012). När patienter bibehåller kontrollen över sin vård och vilka situationer de vill vara delaktiga i bidrar detta till ett minskat vårdlidande (Eriksson, 2015).

8.2.3 Fysiska upplevelser hos patienter som vårdas i respirator

Uppsatsens resultat visar att fysiska upplevelser hos patienter som vårdas i respirator orsakar ett vårdlidande där upplevelserna är antingen konstanta eller lindras tillfälligt medan andra kan lindras långvarigt. En av de dominerande upplevelserna som patienter i respirator upplever är att inte kunna släcka sin törst och upplevelsen medför att patienter känner sig frustrerade och maktlösa. Eriksson (2015) menar att frustration och maktlöshet uppkommer då patienter inte kan tillgodose sitt grundläggande behov och vårdlidandet blir tydligt framträdande då patienter associerar törst med ångest och panik. Tidigare forskning styrker att upplevelsen av törst är en dominerande känsla liksom att patienter har starka känslomässiga reaktioner vid törst (Baumgarten & Poulsen, 2015; Danielis et al., 2020).

Att utstå smärta och obehag är andra fysiska upplevelser som framkom i Uppsatsens resultat hos patienter som vårdas i respirator. Patienter beskriver varierande grad av smärta och obehag och att känna sig kvävd är en framträdande obehaglig upplevelse. Smärtan kan vara konstant eller tillfällig i samband med vårdande åtgärder. Tidigare forskning visar att smärta och obehag hos patienter som vårdas i respirator är upplevelser som är vanligt förekommande och uppkommer vid vårdande åtgärder och behandlingar. Känslan av att vara kvävd vid respiratorbehandling och uppkomsten av panik och ångest stärks av tidigare forskning (Baumgarten & Poulsen, 2015; Berntzen et al., 2020; Danielis et al., 2020; Karlsson et al., 2012). De fysiska upplevelser som patienter i respirator upplever utgör ett stort vårdlidande för dem och det är vårdpersonalens uppgift att så långt det går minska detta vårdlidande (Eriksson, 2015). Vårdpersonalen minskar vårdlidandet genom att tillgodose patienters behov och gör detta utifrån bedömningar som baseras på deras erfarenheter (Sandman & Kjellström, 2018).

8.2.4 Samhälleliga aspekter och hållbarhetsperspektivet

Tidigare forskning visar att vårda patienter som är lättsederade i samband med respiratorbehandling är tidskrävande och utmanande då vårdpersonalen gör patienter delaktiga i sin vård, kommunicerar med hjälp av alternativa kommunikationssätt och är fysiskt närvarande (Laerkner et al., 2015; Tingsvik et al., 2013). När patienter vårdas lättsederade i respirator minskar vårdkostnaderna då lättare sedering minskar antalet dygn i respirator. Med minskade antal dygn i respirator ses färre komplikationer kopplade till respiratorbehandlingen vilket leder till färre dagar inom intensivvården

(Baumgarten & Poulsen, 2015; Danielis et al., 2020; Tingsvik et al., 2013). Tidigare forskning visar att vårdpersonal får en högre arbetsbelastning när patienter är medvetna i samband med respiratorbehandling och detta medför att en ökad personaltäthet är nödvändig. En ökad personaltäthet leder till ökade personalkostnader men dessa kostnader bedöms vara lägre i förhållande till de vårdkostnader som uppkommer vid fler dagar i respirator samt de komplikationer som uppstår vid djup sedering (Kaier et al., 2020; Tingsvik et al., 2013).

Den ökade belastningen på samhället ses i form av ett ökat behov av sjukvård efter utskrivning vilket belastar vårdens resurser (Danielis et al., 2020; SBU, 2020; Tingsvik et al., 2013). Utifrån de samhälleliga aspekterna ses komplikationer som patienter drabbas av vid lång respiratorbehandling påverka patienters arbetsförmåga och utebliven arbetsförmåga påverkar samhällets ekonomi och patienters livskvalitet. Hållbarhetsperspektivet fokuserar på en hållbar utveckling inom de ekonomiska, sociala och ekologiska dimensionerna. Den sociala dimensionen påverkas vid sänkt livskvalitet hos patienter och den ekonomiska dimensionen påverkas av nedsatt arbetsförmåga (Sandman & Kjellström, 2018). Tidigare forskning visar att de nordiska länderna är i framkant med att vårda lättsederade patienter i respirator och deras smärtsamma upplevelser försöker lindras med adekvat smärtlindring (Danielis et al., 2020). Resultatet visar trots detta att patienter som vårdas i respirator upplever smärta och obehag i stor utsträckning. Lätt sedering minskar risken för komplikationer och tillfällig eller permanent ohälsa, vilket är i linje med den vård hälso- och sjukvårdslagen (2017) anser ska ges. Att förebygga ohälsa ses som en central del inom hållbarhetsutvecklingen (Sandman & Kjellström, 2018).

8.2.5 Kliniska implikationer

Resultatet kan användas för att öka intensivvårdssjuksköterskans kunskaper om hur lättsederade patienter upplever respiratorvård. När kunskapen ökar kring patienters upplevelser av respiratorvård kan det bidra till att vården som ges minskar vårdlidandet och stärker patienters integritet och värdighet. Delar från resultatet som kan implementeras i vården nämns nedan:

- Vara fysiskt närvarande
- Effektivare kommunikation med tydliga kommunikationsverktyg
- Ge information så att patienter bli mer delaktiga
- Vara tålmodiga och uppmärksam på patienters försök till kommunikation
- Se patienter som en unik individ
- Användning av öronproppar för att minska ofrivillig delaktighet

9 Slutsats

Resultatet visar att patienter som vårdas i respirator har en önskan att bli sedda som en unik individ och att de ska göras delaktiga i sin vård, då detta medför att deras integritet och värdighet bibehålls. Att kommunicera är svårt och användandet av alternativa kommunikationssätt är energikrävande, men bidrar till att patienter kan förmedla sig. Att uppleva smärta och obehag, som att inte få luft eller vara törstig, kan vara traumatiskt och påverka patientens välbefinnande och det är därför viktigt att vårdpersonalen uppmärksammar och hanterar dessa behov på ett effektivt sätt. Det är av stor vikt att patienter får tillgång till information och görs delaktiga i sin vård, för att få kontroll och känna sig trygga. För att patienter som vårdas i respirator inte ska förlora sin integritet och värdighet är det av stor vikt att de kan göra sig förstådda. Tidigare forskning visar att patienter som är lättsederade ska erhålla adekvat smärtlindring, men trots detta visar resultatet på att patienter upplever smärta och obehag. Patienter som är lättsederad måste kunna göra sig förstådda, erhålla adekvat smärtlindring och bibehålla kontrollen över sin vård för att minska vårdlidandet och skydda sin integritet och värdighet.

Fynden i uppsatsen tros kunna öka intensivvårdspersonalens kunskaper om hur patienter upplever respiratorvården och därmed få kunskaper om hur patienter görs mer delaktiga samt hur deras vårdlidande kan minska.

9.1 Förslag till fortsatt forskning

Fortsatt forskning av patienters upplevelser av att vårdas i respirator är nödvändigt för att kunna ge en vård som minskar deras lidande. Ytterligare forskning kring effektivare kommunikationsverktyg behövs för att minska feltolkningarna av patienters kommunikation samt hur patienter kan bli mindre ofrivilligt delaktiga. För att undersöka hur patienters kommunikation kan bli effektivare skulle en interventionsstudie kunna genomföras. I studien kan olika typer av kommunikationsverktyg studeras för att jämföra vilka som ger en effektivare kommunikation med minimalt antal feltolkningar.

10 Referensförteckning

Almerud, S., Alapack, R., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2007). Of vigilance and invisibility-being a patient in technologically intense environments. *Nursing in critical care, 12*(3), 151-158. Doi 10.1111/j.1478-5153.2007.00216.x

Ashkenazy, S., & DeKeyser Ganz, F. (2019). The Differentiation Between Pain and Discomfort: A Concept Analysis of Discomfort. *Journal of American Society of pain management nursing, 20*(6). 556-562. DOI: 10.1016/j.pmn.2019.05.003

* Ashkenazy, S., Weissman, C., & DeKeyser Ganz, F. (2021). Perception of discomfort by mechanical ventilation patients in the Intensive Care Unit: A qualitative study. *Intensive and critical care, 64*. DOI: 10.1016/j.iccn.2021.103016

Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients´experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian journal of care sciences, 29*(2), 205-214. DOI: 10.1111/scs.12177

Bekker Mortensson, C., Norregaard, M., & Egerod, I. (2019). Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: A qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses. *Intensive and Critical Care Nursing, 52*, 35-41. Doi-org.proxy.lnu.se/10.1016/j.iccn.2019.01.004

Berggren, L., & Smekal, D. (2020). Analgesi och sedering. I Rubertsson, S., Larsson, A., Lipcsey, M., Smekal, D. *Intensivvård* (s. 737 - 747). Liber AB.

Berntzen, H., Torunn Bjørk, I., Storsveen, A., & Wøien, H. (2020). “Please mind the gap”: A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care. *Journal of clinical nursing, 29*(13-14), 2441-2454. DOI: 10.1111/jocn.15260

Bettany - Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step guide* (2uppl). Open university press.

Billhult, A. (2017). Kvantitativ metod och stickprov. I Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad.* (S. 99- 110). Lund: Studentlitteratur.

Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. *Nurse Education Today, 31*(8), 1-7. doi: 10.1016/j.nedt.2010.10.011

Castegren, M. (2020). Organisation av en intensivvårdsavdelning. I Rubertsson, S., Larsson, A., Lipcsey, M., Smekal, D. *Intensivvård* (s. 13-16). Liber AB

* Cleasson, A., Mattson, H., & Idvall, E. (2005). Experiences expressed by artificially ventilated patients. *Journal of clinical nursing, 14*(1), 116-117. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.00948.x

***** Clukey, L., Weyant, R., Roberts, M., & Henderson, A. (2014). Discovery of Unexpected Pain in Intubated and Sedated Patients. *American journal of critical care, 23*(3), 216-220.
DOI: 10.4037/ajcc2014943

Danielis, M., Povoli, A., Mattiussi, E., & Palese, A. (2020). Understanding patients' experiences of being mechanically ventilated in the Intensive Care Unit: Findings from a meta-synthesis and meta-summary. *Journal of clinical nursing, 29*(13-14), 2107-2124. DOI: 10.1111/jocn.15259.

Ekebergh, M. (2015). Vårdvetenskap och dess betydelse för sjuksköterskans omvårdnadsarbete. I M. Arman, K. Dahlberg & M. Ekebergh (Red), *Teoretiska grunder för vårdande* (1 uppl., s. 15-26). Liber.

El-soussi. A., Elshafey. M., Othman,. S., & Abd-Elkader, F. (2015). Augmented alternative communication methods in intubated COPD patients: Does it make difference. *Egyptian journal of chest disesases and tuberculosis, 64*(1), 21-28. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ejcdt.2014.07.006

Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan* (2 uppl.). Liber.

* Fink, R., Flynn, M., Poteet, A., & Oman, K. (2015). The Ventilated Patient's Experience. *Dimensions of critical care nursing, 35*(5), 301-308. DOI:10.1097/DCC.0000000000000128.

Gaete Ortega, D., Papathanassoglou, E., & Norris, C- M. (2020). The lived experience of delirium in intensive care unit patients: A meta-ethnography. *Australian Critical Care, 33*(2), 193-202.
https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.01.003

Grap, J., Munro, C. L., Wetzel, A., Best, M., Ketchum, M., Hamilton, V., & Sessler, N. (2012). Sedation in adults reciecving mechanical ventilation: physiological and comfort outcomes. *American Journal Of Critical Care, 21*(3), 53-64. DOI: 10.4037/ajcc2012301

Griffin-Heslin, V. (2005). An analysis of the concept dignity. *Accident and Emergency Nursing, 13*(4), 251-257. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1016/j.aaen.2005.09.003

Henricson, M. (2017). Diskussion. I Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad.* (S. 411-420). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad.* (S. 101- 119). Lund: Studentlitteratur.

* 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), 81-88. DOI:10.1111/nicc.12200

Holm, A., & Dreyer, P. (2018). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care, 23*(1), 42-48. https://doi.org/10.1111/nicc.12297

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Jones, C., & Dawson, D. (201. Eye masks and earplugs improve patient´s perception of sleep. *Nursing in critical care, 17*(5), 247–254. DOI: 10.1111/j.1478-5153.2012.00501.x

Kacmarek, R. (2011). The mechanical ventilator: past, present, and future. *Respiratory care, 56*(8), 1170-1180, DOI: 10.4187/respcare.01420

Kaier, K., Heister, T., Wolff, J., & Wolkewitz, M. (2020). Mechanical ventilation and the daily cost of ICU care. *BMC health service research, 20*(1). DOI: 10.1186/s12913-020-05133-5

Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). The lived experience of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and critical care nursing, 28*(1), 6–15. DOI: 10.1016/j.iccn.2011.11.002

* Karlsson, V., & Forsberg, A. (2008). Health is yearning--experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. *Intensive & critical care nursing, 24*(1), 41–50. DOI: 10.1016/j.iccn.2007.06.004

* Karlsson, V., Lindahl, B., & Bergbom, I. (2011). Patients' statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: A prospective video-recorded study. *Nursing inquiry, 19*(3), 247–258. DOI: 10.1111/j.1440-1800.2011.00576.x

Karolinska Institutet (utan årtal). Svenska MeSH. https://mesh.kib.ki.se

* 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), 75–81. DOI: 10.1111/nicc.12277

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57–80). Studentlitteratur.

Laerkner, E., Egerod, I., & Hansen, H. (2015). Nurses' experiences of caring for critically ill, non-sedated, mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit: a qualitative study. *Intensive and critical care nursing, 31*(4), 196–204. Doi: 10.1016/j.iccn.2015.01.005.

* Laerkner, E., Egerod, I., Olsen, F., & Hansen, H. (2017). A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. *International journal of nursing studies, 75*, 1–9. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.06.016

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Locihová, H., Axmann, K., Padysakova, H., & Fejfar, J. (2017) Effect of the use of earplugs and eye mask on the quality of sleep in intensive care patients: a systematic review. *Journal of sleep research, 27*(3). DOI: 10.1111/jsr.12607

Lykkegaard, K., & Delmar, C. (2013). A threat to the understanding of oneself: intensive care patients' experiences of dependency. *International journal of qualitative studies on health and well-being, 28*(4). DOI: 10.3402/qhw.v8i0.20934

Maartmann-Moe, C., Trygg Solberg, M., Hamilton Larsen, M., & Steindal, S. (2021). Patients' memories from intensive care unit: A qualitative systematic review. *Nursing open, 8*(5), 2221-2234. Doi: 10.1002/nop2.804

Meijers, K., & Gustavsson, G. (2008). Patient´s self-determination in intensive care-from an action and confirmation theoretical perspective. The intensive care nurse view. *Intensive and critical care of nursing, 24*(4), 222-232. DOI: 10.1016/j.iccn.2008.01.003

Moen, E., & Nåden, D. (2015). Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained: A phenomenological study. *Intensive & critical care nursing, 31*(5), 285-293. DOI: 10.1016/j.iccn.2015.03.003

Moreira, F., & Neto, A. (2016). Sedation in mechanically ventilated patients—time to stay awake?. *Annals of translational medicine, 4*(19). DOI:10.21037/atm.2016.09.37

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbetet. I Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421 - 438). Studentlitteratur.

Narkosguiden. (13 September 2022). *Allmän intensivvård. Allmän intensivvård - Narkosguiden*

Patak, L., Gawlinski, A., Fung, I., Doering, L., Berg, J., & Henneman, E. (2006). Communication boards in critical care: patients' views. *Applied nursing research, 19*(4), 182-190. DOI: 10.1016/j.apnr.2005.09.006

Peterson, J., & Larsson, A. (2020). Respiratoriskt stöd. I Rubertsson, S., Larsson, A., Lipcsey, M., Smekal, D. *Intensivvård* (s. 325-347). Liber AB.

Polit, D., Beck, C. (2020). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice.* Wolters kluwer health.

* Prime, D., Arkless, P., Fine, J., Winter, S., Wakefield, D., & Scatena, R. (2016). Patient experiences during awake mechanical ventilation. *Journal of community hospital internal medicine perspectives, 6*(1), 304-326. DOI: 10.3402/jchimp.v6.30426

PRISMA (2023). PRISMA Flow Diagram. Hämtad 8 maj 2023 från http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.

Riksföreningen för anestesi och intensivvård (2020). *Kompetensbeskrivning på avancerad nivå. Specialistsjuksköterska med inriktning mot intensivvård.* https://www.swenurse.se/download/18.b986b9d1768421a1b576141/1610610246380/Kompetensbeskrivning%20Intensivva%CC%8Ardssjuksk%C3%B6terska.pdf

* Roberts, M., Johnson, S., Weiant, R., Jock, L., Lalonde, T., & Henderson, A. (2019). The Experience of Acute Mechanical Ventilation From the Patient's Perspective. *Dimensions of critical care nursing, 38*(4), 201-212. DOI: 10.1097/DCC.0000000000000361.

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad (*s. 375 - 389). Studentlitteratur.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: Etik för vårdande yrken* (2 uppl).. Studentlitteratur.

Statens beredning för medicinsk och social värdering [SBU]. (2020). *SBU:s metodbok.* Hämtad: 17 December, 2022. Tillgänglig: https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok

Strøm T,. Martinussen, T., & Toft, P. (2010). A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *Lancet, 6*(375), 475-480. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)62072-9

Svenska intensivvårdsregistret (SIR). (18 december 2020a). *Att vårdas på intensiven.* Att vårdas på intensiven (icuregswe.org)

Svenska intensivvårdsregistret. (18 december 2020b). *Sömn och rogivande (sederande) läkemedel.* Sömn och rogivande läkemedel (icuregswe.org)
Svenska intensivvårdsregistret (SIR). (18 december 2020c). *Vad är intensivvård?.* https://www.icuregswe.org/patient-och-narstaende/Intensiv/

* Takashima, N., Yosihno, Y., & Sakaki, K.(2019). Quantitative and qualitative investigation of the stress experiences of intensive care unit patients mechanically ventilated for more than 12 hr - Takashima - 2019 - Japan Journal of Nursing Science - Wiley Online Library. *Japan journal of nursing science, 16*(4), 468-480. DOI: 10.1111/jjns.12253

* Tembo, A., Higgins, I., & Parker, V. (2015). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive and critical care nursing, 31*(3), 131-178. DOI: 10.1016/j.iccn.2014.10.004

Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC medical research methodology, 8*(45). DOI: 10.1186/1471-2288-8-45

Tingsvik, C., Bexell, E., Andersson, A.-C., & Henricson, M. (2013). Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients. *Australian Critical Care,* 26(3), 129-135. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.12.005

Wallander Karlsen, M., Heggdal, K., Finset, A., & Gütenberg Heyn, L. (2018). Attention-seeking actions by patients on mechanical ventilation in intensive care units: A phenomenological-hermeneutical study. *Journal of clinical nursing, 28*(1-2), 66-79. DOI:10.1111/jocn.14633

Wallander Karlsen, M., Ølnes, M., & Gütenberg, L. (2020). Communication with patients in intensive care units: a scoping review. *Nursing in critical care, 25*(4), 115-131. DOI: 10.1111/nicc.12377

World medical association [WMA]. (2013). WMA declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad: 9 Januari, 2023. Tillgänglig: https://www.wma.net/policies-post/wma-

declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

Wåhlin, I., & Ek, A., & Idvall, E. (2006). Patient empowerment in intensive care--an interview study. *Intensive & critical care nursing*, *22*(6), 370-377. DOI: 10.1016/j.iccn.2006.05.003

Zotero (u.å.). *Samla med ett klick.* (2023-04-7). https://www.zotero.org/

Bilagor

Bilaga 1: Sökschema.

Databasens namn: Pubmed
Datum för sökningen: 2023-04-04
Sökfråga: Lättsederade patienters upplevelse av att vårdas i respirator.

Sökning	**Sökord**	**Antal träffar**
Block		
1 ämnesord	(Critical care MeSH Terms) OR (Intensive care units MeSH Terms)	116 208
2 fritextord	("intensive care" OR "critical care" OR "intensive care unit*" OR ICU	471 741
3	1 OR 2	471 765
Block		
4 ämnesord	(Emotions MeSH Terms) OR (Attitude MeSH Terms) OR (Life change events MeSH Terms)	762 557
5 fritextord	("Patient attitud*" OR "Patients attitud*" OR "Patient emotion*" OR "Patients emotion*" OR "Patient experience*" OR "Patients experience*" OR "Patient perception*" OR "Patients perception*" OR "Patient view*" OR "Patients view*"	79 884
6	4 OR 5	826 698
Block		
7 ämnesord	(Conscious sedation MeSH Terms) OR (Consciousness* MeSH Terms)	7 896
8 fritextord	(Sedation OR "Moderate sedation" OR "light sedation" OR "conscious sedation")	42 566
9	7 OR 8	42 566
Block		

10 ämnesord	(Respiration, Artificial MeSH Terms) OR (Ventilators, Mechanical MeSH Terms) OR (Respiration, Artificial / psychology* MeSH Terms)	60 235
11 fritextord	(“mechanical vent*" OR "artificial respirat*" OR "mechanical ventilator patient*")	71 702
12	10 OR 11	89 975
Kombinera blocken		
13	3 AND 6 AND 9 AND 12	177
Begränsningar (limits) t.ex.		
	tidsperiod	2000-2023

Urval av artiklar från sökning i databas	**Antal träffar**
Totalt antal artiklar efter begränsningar	177 (varv 16 dubbletter)
Lästa abstrakt	6
Lästa i fulltext	5
Granskade artiklar	5
Utvalda artiklar	5

Databasens namn: CINAHL
Datum för sökningen: 2023-04-04
Sökfråga: Lättsederade patienters upplevelse av att vårdas i respirator.

Sökning	Sökord	Antal träffar
Block		
1 ämnesord	(MH ”Critical Care+”) OR (MH ”Intensive care units+”)	86 722
2 fritextord	(Intensive care units* OR criticale care OR intensive care)	147 983
3	1 OR 2	152 081
Block		
4 ämnesord	(MH ”Attitude+”) OR (MH ”Perception+”) OR (MH ”Emotions+”) OR (MH“Life Experiences+”) OR (MH “Patient Attitudes+”)	713 260
5 fritextord	("Patient* attitud*" OR "Patient* emotion*" OR "Patient* experience*" OR "Patient* perception*" OR "Patient* view*")	86 006
6	4 OR 5	735 245
Block		
7 ämnesord	(MH “Sedation”) OR (MH “Conscious Sedation”)	7 818
8 fritextord	("conscious sedation" OR "moderate sedation" OR "light sedation" OR "no sedation"	3 790
9	7 OR 8	8 463
Block		
10 ämnesord	(MH “Ventilator patients”) OR (MH “Ventilators, Mechanical”) OR (MH “Respiration, Artificial”)	24 982
11 fritextord	("mechanical vent*" OR "artificial respirat*" OR "mechanical vent* patient*")	18 807
12	10 OR 11	34 488

Kombinera blocken		
13	3 AND 6 AND 9 AND 12	124
Begränsningar (limits) t.ex.		
	peer review	115
	tidsperiod	2000-2023

Urval av artiklar från sökning i databas	**Antal träffar**
Totalt antal artiklar efter begränsningar	124
Lästa abstrakt	16
Lästa i fulltext	8
Granskade artiklar	8
Utvalda artiklar	8

Bilaga 2: PEO mall för selektering av artiklar.

Abstract nummer	1	2	3	4	5	6	7	8
Population Vuxna patienter som är lätt eller inte sederade.								
Exposure Respiratorbehandling								
Outcomes Patientens upplevelser.								
Typ av studie Kvalitativ - Kvantitativ X								
* Åtgärd								

*Åtgärds-skala: J- Ja: överensstämmer med kriterierna, N-Nej: Överensstämmer inte med kriterierna, O- Osäkra, läs full text.

Bilaga 3: Kvalitetsgranskning.

Kvalitetsgranskning av inkluderade med hjälp av Caldwell et al, 2011 (Bettany-Saltikov & MCSherry, 2016)
Om svaret är : nej = 0 poäng, delvis = 1 poäng och ja = 2 poäng (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

	Questions for qualitative studies based on the Caldwell et al. (2011) framework	Paper 1 Ashkenazy et al, 2021	Paper 2 Claesson et al, 2005	Paper 3 Clukey et al, 2014	Paper 4 Fink et al, 2015	Paper 5 Holm & Dreyer, 2015	Paper 6 Karlsson et al, 2008	Paper 7 Karlsson et al, 2011
1	Does the title reflect the content?	2	2	2	2	2	2	2
2	Are the authors credible?	2	2	2	2	2	2	2
3	Does the abstract summarize the key components?	2	2	2	2	2	2	2
4	Is the rationale for undertaking the research clearly outlined?	2	2	2	2	2	2	2
5	Is the literature review comprehensive and up-to-date?	2	0	1	2	1	1	1
6	Is the aim of the research clearly	2	2	2	2	2	2	2
7	Are all ethical issues identifield and addressed?	2	2	1	1	2	2	2
8	Is the methodology identified and justified?	2	2	1	2	2	2	2
9	Are the philosophical background and study design identified and the rationale for choice of design edivent?	1	0	1	1	2	2	2
10	Are the major concepts identified?	2	2	2	2	2	2	2

11	Is the context of the study outlined?	2	2	2	2	2	2	2
12	Is selection of participants described and the sample method identified?	2	1	2	2	2	2	2
13	Is the method of the data collection auditable?	2	2	0	2	1	2	2
14	Is the method of data analysis credible and confirmable?	2	1	1	2	2	2	2
15	Are the results presented in a way that is appropriate and clear?	2	1	2	2	2	2	2
16	Are the results transferable?	2	2	2	2	2	2	2
17	Is the discussion comprehensive?	2	1	2	2	2	2	2
18	Is the conclusion comprehensive?	2	1	2	2	2	2	2
	Numerical assessment awarded by author (maximum score is 36 points)	35	27	27	34	34	35	35

	Questions for qualitative studies based on the Caldwell et al. (2011) framework	Paper 8 Kjeldsen et al, 2017	Paper 9 Laerkner et al, 2017	Paper 10 Prime et al, 2016	Paper 11 Roberts et al, 2019	Paper 12 Takashima et al, 2019	Paper 13 Tembo et al, 2015
1	Does the title reflect the content?	2	2	2	2	2	2
2	Are the authors credible?	2	2	2	2	2	2
3	Does the abstract summarize the key components?	2	2	2	2	2	2
4	Is the rationale for undertaking the research clearly outlined?	2	2	2	2	2	2
5	Is the literature review comprehensive and up-to-date?	2	2	2	2	2	1
6	Is the aim of the research clearly	2	2	2	2	2	2
7	Are all ethical issues identifield and addressed?	1	2	2	2	2	2
8	Is the methodology identified and justified?	2	2	2	2	2	2
9	Are the philosophical background and study design identified and the rationale for choice of design edivent?	2	2	0	2	0	2
10	Are the major concepts identified?	2	2	1	2	2	2
11	Is the context of the study outlined?	2	1	1	2	2	2
12	Is selection of participants described and the	2	2	2	2	2	2

	sample method identified?						
13	Is the method of the data collection auditable?	2	2	1	2	2	2
14	Is the method of data analysis credible and confirmable?	1	2	1	2	2	2
15	Are the results presented in a way that is appropriate and clear?	2	2	2	2	2	2
16	Are the results transferable?	2	2	2	2	2	2
17	Is the discussion comprehensive?	2	2	2	2	2	2
18	Is the conclusion comprehensive?	2	2	2	2	2	2
	Numerical assessment awarded by author (maximum score is 36 points)	34	35	30	36	32	35

Bilaga 4. Artikelmartis för inkluderade studier.

Nr	Författare, År, Titel, Tidskrift, Land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
1	Ashkenazy, S. Weissman, C. DeKeyser Ganz, F. Perception of discomfort by mechanical ventilation patients in the Intensive Care Unit: A qualitative study *Intensive and critical care* 2021 Israel	Beskriva mekaniskt ventilerade iva patienters uppfattningar om obehag och hur de skiljer obehag från smärta.	Kvalitativ deskriptiv. Semistrukturerade intervjuer. 13 patienter intervjuades 3-4 dagar efter extubation. Data analyserades med hjälp av en innehållsanalys.	Två huvudteman identifierades. Obehagliga fysiska känslor och obehagliga psykologiska känslor.	35/36 Mycket god kvalitet
2	Cleasson, A. Mattson, H. & Idvall, E. Experiences expressed by artificially ventilated patients *Journal of clinical nursing.* 2005 Sverige	Syftet var att beskriva några av de erfarenheter som respiratorpatienter uttryckt.	Kvalitativ Intervjuer av 8 patienter som ljudinspelade, 6-12 veckor efter utskrivningen. Data analyserades genom att lyssna igenom patienternas berättelser flera gånger. Därefter diskuterades innehållet och slutligen kategoriserades insamlad data.	2 teman identifierades: verkliga och overkliga händelser.	27/36 God kvalitet
3	Clukey, L. Weyant, R. Roberts, M. & Henderson, A. Discovery of Unexpected Pain in Intubated and Sedated Patients. *American journal of critical care.* 2014 USA	Syftet var att utforska uppfattningarna hos patienter som var intuberad och får smärtstillande medicin under sedering och fasthållna på intensivvårdsavdelningen, i synnerhet sin upplevelse och sina minnen av upplevelsen.	Kvalitativ, fenomenologisk. 14 patienter intervjuades med öppna frågor som ljudinspelades. Data analyserades med hjälp av NiVo 9, sen gjordes teman och koder.	Tre teman är identifierade: förlust av minnen, att vara intuberad var tortyr.	27/36 God kvalitet
4	Fink, R. Flynn, M. Poteet, A. Oman, K. The Ventilated Patient's Experience.	Syftet med denna forskningsstudie var att beskriva upplevelsen av den mekaniskt ventilerade patienten på ICU. Specifika	Kvalitativ och kvantitativ. Patientintervjuer 85 .	Teman: Att inte kunna svälja. Smärta och obehag från tuben.	34/36

	Dimensions of critical care nursing. 2015 USA	målet var att utforska patientens och familjens minnen av smärta, ångest, ångest och/eller dyspné efter mekanisk ventilation.	Induktiv kvalitativ innehållsanalysstrategi användes för att granska och systematiskt reducera den kvalitativa datan till kodade enheter som sedan grupperades i kategorier enligt gemensamma egenskaper.	Smärta och obehag från sugning av luftvägarna.	Mycket god kvalitet
5	Holm, A. & Dreyer, P. Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation *Nursing in critical care.* 2015 Danmark	Intensivvårdspatienters upplevelser av att vara vid medvetande vid endotracheal intubation mekanisk ventilation.	Kvalitativ fenomenologisk-hermeneutisk. Semistrukturerade intervjuer. 4 patienter intervjuades 1-2 dagar efter extubation Data analyserades med hjälp av Ricoeurs tolkningsteori. Kodning av data gjordes med hjälp av Nvivo 10.	Tre teman: Röret i halsen, att vara vid medvetande men att känna sig dopad, när det drar ut på tiden.	34/36 Mycket god kvalitet
6	Karlsson, V. & Forsberg, A. Health is yearning--experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit *Intensive & critical care nursing* 2008 Sverige	Syftet med denna studie var att undersöka upplevelser av att vara vid medvetande under ventilatorbehandling på IVA ur ett patientperspektiv.	Kvalitativ, Hermeneutisk. och fenomenologisk. Djupgående ostrukturerade intervjuer som ljudinspelades. 8 patienter intervjuades. Tolkande analys i 3 sammanhängande processer.	4 teman: Minnen, bemästra sin situation, ett förnyat jag och bekräftelse	35/36 Mycket god kvalitet
7	Karlsson, V. Lindahl, B. Bergbom, I. Patients' statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: A prospective video-recorded study *Nursing inquiry* 2011 Sverige	Patienters uttalande och erfarenheter av att vara medvetna vid mekanisk ventilation.	Kvalitativ och kvantitativ Hermeneutisk. 14 patienter intervjuades och intervjuerna ljudinspelades. Videoinspelningarna transkriberades och därefter kodades meningar. Teman och övergripande teman skapades. Den kvantitativa delen tolkade patienternas	6 teman identifierades: Röret och trakeostomin orsakade smärta, obehag och andningssvårigheter, sug proceduren orsaken panik men också lindring, röret tog bort rösten och gjorde kommunikation konstig, närvaro av anhöriga och sjuksköterskor väckte känslor av trygghet och välbefinnande, hopp och längtan efter att bli frisk och	35/36 Mycket god kvalitet

			ansiktsuttryck under intervjuerna.	återgå till ett normalt liv, att inte kunna sova och vila.	
8	Kjeldsen, C. Hansen, M. Jensen, K. Holm, A. Haahr, A. Dreyer, P. Patients' experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit. *Nursing in critical care.* 2017 Danmark	Patienters upplevelser av törst vid medvetande mekanisk ventilering på intensivvårdsavdelningen.	Kvalitativ med en hermeneutisk ansats. Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. 12 patienter intervjuades 24 timmar efter extubation eller hade tracheostomi. Data analyserades med hjälp av en latent och manifest innehållsanalys	4 teman: En törst av största vikt, en annan känsla i munnen, berövad möjligheten att släcka törst och svårigheter i samband med törst.	34/36 Mycket god kvalitet
9	Laerkner, E., Egerod, I, Olesen, F., Hansen, H., A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit *International journal of nursing studies* 2017 Danmark	Att utforska patienters upplevelser av att vara vakna under kritisk sjukdom och mekanisk ventilation på intensivvårdsavdelningen	Kvalitativ med induktiv ansats som inspirerats av etnografi, grounded theory och fenomenologi. 28 patienter observerades under IVA-vistelsen och 22 patienter intervjuades 2-4 månader efter utskrivning. Data analyserades med hjälp av deskriptiv, kvalitativ och tolkande tematisk analys.	Tre teman identifierades: en känsla av handlingskraft, det välbekanta i en främmande situation och medvetenhet om omgivande aktiviteter. En känsla av handlingskraft är den del vi kommer att inkludera i vårt arbete.	35/36 Mycket god kvalitet
10	Prime, D. Arkless, P. Fine, J. Winter, S. Wakefield, D. & Scatena, R. Patient experiences during awake mechanical ventilation *Journal of community hospital internal medicine perspectives.* 2016 USA	Syftet var att undersöka patienter och familjemedlemmar om deras upplevelser medan patienten intuberades och ventilerades mekaniskt.	Kvalitativ och kvantitativ. 18 patienter svarade på en kvalitativt och kvantitativt enkät. Även anhöriga fick svara på en liknande enkät. Dataanalys gjordes med hjälp av SAS version 9.3.	Patienterna upplevde smärta i samband med respiratorbehandling. Hälften patienterna föredrogs att hållas vakna. En del av patienterna uppgav frustration relaterat till önskan att få återgå till sitt normala liv. Nästan hälften av patienterna upplevde tristess. För att lindra tristessen så lyssnade patienterna på musik och umgicks med vänner och familj.	30/36 God kvalitet

11	Roberts, M. Johnson, S. Weiant, R. Jock, L. Lalonde, T. Henderson, A. The Experience of Acute Mechanical Ventilation From the Patient's Perspective *Dimensions of critical care nursing.* 2019 USA	Syftet var att fastställa de genomgripande komponenterna för patientupplevelsen och hur upplevelsen kan ha påverkats av riktade, lätta sederingsmetoder.	En kvalitativ och en kvantitativ del. Fenomenologisk. 15 patienter intervjuades och intervjuerna ljudinspelades. Dataanalys gjordes genom transkribering av inspelat material av två författare, enskilt. De jämförde likheter och skillnader, koder och teman skapades.	Upplevelser av att vara vaken vid mekanisk ventilation var: Förlust av kontroll, skrämmande, hemskt, kan inte påverka, utebliven kommunikation.	36/36 Mycket god kvalitet
12	Takashima, N. Yosihno, Y. Sakaki, K. Quantitative and qualitative investigation of the stress experiences of intensive care unit patients mechanically ventilated for more than 12 hr - Takashima - 2019 - Japan Journal of Nursing Science - Wiley Online Library *Japan journal of nursing science* 2019 Japan.	Att förstå patienters erfarenhet av intensivvård när de får mekanisk ventilation på intensivvårdsavdelningarna.	En kvalitativ och en kvantitativ del. Semistrukturerade intervjuer med 96 patienter som ljudinspelades. En kvalitativ dataanalys. Först transkriberades de ljudinspelade intervjuerna. Texten delades sedan upp i meningsfulla enheter. De meningsfulla enheterna kodades. Likheter och skillnader identifierades och koderna kategoriserades i kategorier och underkategorier.	Teman som identifierats: Outhärdligt holistiskt obehag, smärta av att inte kunna kontrollera mig själv som tidigare, smärta åtföljd av glapp mellan uppfattning, känsla och minnen, miljöbelastning på IVA, förnyad medvetenhet om värdet av hälsa, känsla av att få stöd från personalen.	34/36 Mycket god kvalitet
13	Tembo, A. Higgins, I. Parker, V. The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive and critical care nursing* 2015 Australien.	Syftet var att beskriva den levda erfarenheten av kritisk sjukdom på IVA inom ramen för DSI och hur det påverkar deltagarnas fortsatta existens bortom IVA och sjukhusvistelse. (DSI= dagliga sederingsavbrott)	Kvalitativ med hermeneutisk fenomenologisk. Djupintervjuer med 12 patienter två veckor efter utskrivning. Data analyserades och teman och underteman skapades	Huvudteman var: "Att bli fängslad" kännetecknades av underteman av "Att vara röstlös", "Att vara instängd" och att vänta på den välbekanta och pålitliga rösten	35/36 Mycket god kvalitet

Bilaga 5. Etisk egengranskning enligt Etikkommittén sydost.

		JA	NEJ
1	Avser undersökningen att behandla känsliga personuppgifter (dvs. behandla personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening eller som rör hälsa eller sexualliv		X
2	Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på deltagarna (även sådant som inte avviker från rutinerna men som är ett led i studien)?		X
3	Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka deltagarna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka?		X
4	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?		X
5	Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, person med demenssjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?		X
6	Avses vetenskaplig publicering såsom vid konferens eller i vetenskaplig tidskrift efter studiens genomförande.		X