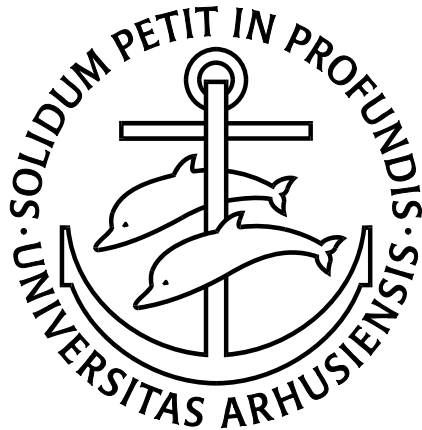


Kandidatspeciale



”I andres magt”

En kvalitativ interview undersøgelse af intensive patienters oplevelse af indlæggelse på intensivt afsnit

af

Rikke Rishøj Mølgaard

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Rikke Rishøj Mølgaard
Modul: Kandidat speciale
Måned og år: Juni 2007
Vejleder: Ingegerd Harder
Anslag: 136.286

”I andres magt”

En kvalitativ interview undersøgelse af intensive patienters oplevelse af indlæggelse på intensivt afsnit

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

Copyright © Rikke Rishøj Mølgaard og Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
Elektronisk udgivelse på <http://www.folkesundhed.au.dk/kandidatspecialer>
ISSN 1602-1541. ISBN 978-87-92261-24-3

Dette kandidatspeciale har i 2007 udgjort grundlaget for tildeling af kandidatgraden i sygepleje (cand.cur.) ved Aarhus Universitet

Indholdsfortegnelse

1 Indledning og baggrund.....	4
1.1 Incidens.....	4
1.2 Hvordan er det at være patient på intensivt afsnit X.....	5
1.3 Afdækning af problemområde – lokalt og nationalt.....	6
2 Søgehistorie og litteraturgennemgang.....	7
2.1 Søgehistorie	7
2.2 Litteraturgennemgang.....	9
2.2.1 Sammenfatning af litteraturgennemgang	12
3 Formål og undersøgelsesspørgsmål	13
3.1 Undersøgelsesspørgsmål.....	14
3.2 Begrebsafklaring og forforståelse af begrebet værdighed	14
4 Materiale og metode.....	16
4.1 Materiale	16
4.1.1 Før udførelse af interview	16
4.1.2 Inklusions- og eksklusionskriterier	17
4.1.2.1 Inklusionskriterier.....	17
4.1.2.2 Eksklusionskriterier.....	17
4.1.3 Skriftlig og mundtlig information, frivillighed og anonymitet	17
4.1.4 Etik før og efter den praktiske udførelse af interviewene.....	18
4.2 Metode	19
4.2.1 Kvalitative forskningsinterviews som metode til undersøgelse af undersøgelsesspørgsmålet	19
4.2.2 Validitet.....	20
4.2.3 Analysetrin i det kvalitative forskningsinterview ...	22
4.2.3.1 Første fase – transskription.....	23
4.2.3.2 Anden fase – strukturering af interviewmaterialet.....	23
4.2.3.3 Tredje fase – analyseresultaterne fremkommer.....	23
4.2.4 Interviewform og interviewguide.....	24
4.2.5 Refleksioner i forhold til valgte metode.....	25
5 Undersøgelsens resultater.....	26
5.1 At føle sig afhængig og magtesløs.....	27
5.1.1 Når man ikke har talens brug	27
5.1.2 Når man ikke har kontrol over situationen.....	28
5.2 At være i de professionelles hænder	29
5.2.1 At få god pleje	30
5.2.2 At opleve menneskelig nærvær	30
5.2.3 Inddragelse i spillet.....	32

5.3	Ambivalente følelser i relation til intensivt afsnit	33
5.4	Psykologiske følgevirkninger	35
5.4.1	Fortrængning af oplevelser.....	35
5.4.2	At have behov for at tale om oplevelserne.	37
5.5	Sammenfatning af undersøgelsens resultater.....	39
6	Diskussion.....	40
6.1	Afhængighed og magtesløshed medfører oplevelse af krænkelse af værdigheden	41
6.2	At være i de professionelle hænder er såvel bekræftende som krænkende af værdigheden.....	45
6.2.1	At få god pleje	45
6.2.2	At opleve menneskelig nærvær	47
6.2.3	Inddragelse i spillet.....	49
6.3	Ambivalente følelser medfører behov for hjælp til bearbejdning.....	51
7	Konklusion	53
8	Vurdering af undersøgelsens validitet og metodekritiske overvejelser.....	56
8.1	Metodekritiske overvejelser.....	58
9	Perspektivering	59
	Referenceliste	63
	Bilagsfortegnelse	66
	Bilag 1	67
	Bilag 2	68
	Bilag 3	70
	Bilag 4	72
	Bilag 5	73
	Bilag 6	74
	Resumé.....	75
	Summary in English	76

1 Indledning og baggrund

Denne kvalitative interview-undersøgelse har fokus på patienters oplevelser af indlæggelse på intensivt afsnit. I undersøgelsen er der særlig vægt på følelser omkring værdighed, idet området er uudforsket, men findes at være relevant at udforske nærmere. Hensigten med undersøgelsen er at få nuancerede beskrivelser af den levede erfaring således det bliver tydeligt, hvilke oplevelser patienterne har i forbindelse med en indlæggelse på intensivt afsnit med særlig vægt på følelser omkring værdighed. Forventningen til undersøgelsen er derfor italesættelse af, hvilke oplevelser, som patienterne finder krænkende og hvilke oplevelser, som findes neutrale eller positive i forhold til oplevelsen af ikke at føle sig krænket. Det forventes at kunne bidrage til fokus på området, således området kan videreudvikles.

1.1 Incidens

I Danmark indlægges der skønsmæssigt årligt omkring 40.000 mennesker i intensivt regi (Dansk Selskab for Intensiv Terapi), og det betyder, at der i gennemsnit indlægges 110 mennesker fordelt på de intensive afsnit hver dag. Mange mennesker vil derfor opleve, at de selv eller én af deres nærmeste indlægges på intensivt afsnit. Én af informanterne i nærværende undersøgelse siger, at *"... jeg tror heldigvis heller ikke det er så tit det sker..."*, men det er således ikke tilfældet.

På det afsnit, hvor jeg selv er ansat blev der i 2005 indlagt 434 patienter og i 2006 indlagt 533 patienter. Liggetiden udgør godt og vel 60.000 timer pr. år og det betyder, at hver patient gennemsnitligt opholder sig 150 timer – knap 1 uge - på afsnittet (udregnet med tal fra 2005). På afsnittet er specialeområdet abdominalkirurgi og det betyder, at det er de patienter, som der indlægges flest af. I år 2005 var 179 patienter indlagt fra kirurgisk gastroenterologisk afdeling mod 58 patienter fra nyremedicinsk afdeling som nærmeste "konkurrent". Forskellen i liggetid er markant mellem de to grupper af patienter, idet patienterne fra kirurgisk gastroenterologisk afdeling har en gennemsnitlig liggetid på 186 timer mens patienterne fra nyremedicinsk har en gennemsnitlig liggetid på 145 timer (Bilag 1). Det betyder, at de kirurgiske gastroenterologiske patienter opholder sig længere tid på afsnittet, hvorfor de patienter kan have flere oplevelser end

patienter med kortere liggetid (Capuzzo et al. 2001). Derfor er fokus i nærværende speciale de kirurgiske gastroenterologiske patienter. (se afsnit 4.1.2.1 side 14)

1.2 Hvordan er det at være patient på intensivt afsnit X?

Følgende er en beskrivelse af, hvordan en dag forløber for patienten på intensivt afsnit X. Det har betydning for at skabe klarhed over, hvad informanterne i undersøgelsen har været udsat for, og for at skabe et billede af, hvordan sygeplejen tilrettelægges på det pågældende afsnit.

Afsnittet har plads til maksimalt 8 patienter, som fordeles på 7 stuer, idet én stue har plads til 2 patienter. Fordelingen af personale er hovedsagelig 1:1, idet det tilstræbes at hver patient passes af én sygeplejerske – gerne med ”kontaktperson-funktion”. Sygeplejen varetages af sygeplejersker, dog med undtagelse af én social- og sundhedsassistent, som altid har en sygeplejerske til at sparre med og til at varetage eksempelvis medicinering. Stuerne er placeret ved siden af hinanden, adskilt af vægge med store glaspartier med persienner, som sjældent er åbne. Det betyder, at det dog er muligt at se andre skikkelser på 3 sider af patienten. Patienternes hoved vender så det ikke er muligt at se ud af vinduet. Overvågningen af patienterne foregår i to adskilte vagtrum, hvorfra det er muligt at se ind på patientstuerne. Her er også computere og telefoner placeret. Herude er der altid støj og lys – uanset tid på døgnet. Inde på stuen forefindes foruden seng og sengebord, et rullebord med forskellige sygeplejeartikler samt respirator, overvågningsskærm og diverse infusionspumper. Hvis patienten behandles med dialyse, vil en dialysemaskine også findes på stuen.

De fleste patienter holdes sederede mens de respiratorbehandles for at nedsætte angst og for at dæmpe respirationen, således respiratoren kan kontrollere respirationen (Adam, Osborne 2000; Capuzzo et al. 2001).

En typisk dag forløber sådan, at der lige efter morgenrapport kl.07 startes med at finde medicin og laves et rullebord til den personlige hygiejne. Herefter bruges der ca. mellem 1 – 2 timer på at give medicin og soignere patienten – herunder hører også eventuelle oprensning af sår/stomi og skift af forbindelse. Så gøres der klar til stuegang

og efterfølgende følges der op på eventuelle nye tiltag og morgenens aktiviteter færdiggøres. Her indimellem kan der være blevet taget blodprøver, røntgen af thorax, hjælp fra portører til vask på ryggen og skift af lagen samt lejring. Over middag tilstræbes der ro, således patienten ikke forstyrres hele tiden. Dette har betydning for at patienten ikke udvikler intensivt delirium, hvilket flere patienter gør (Damgaard 1994). Midt eftermiddag gives der igen medicin og patienten soigner lidt igen ved øjne, mund forbindinger og andet. Måske kommer der besøg eller tilsyn fra andre læger. Indimellem forstyrres patienten ved udtagelse af en arteriepunktur gennem et system som også måler blodtryk og som betyder, at patienten ikke skal stikkes for at udtage arterieblod. Gennem døgnet er der endvidere løbende alarmer fra respirator, overvågningsskærm og infusionspumper, som forstyrrer og som der skal handles på. Midt på eftermiddagen vender portørerne tilbage for ny lejring. Efter aften er der igen soignering, lejring og klargøring til natten, herunder medicin. Der kan være besøg og tilsyn med videre samt stuegang igen. Natten forsøges det at holde aktiviteterne i ro, men der gives medicin, tages blodprøver, portørerne kommer og hjælper med lejring. Infusionsvæske og sondeernæring løber tør og skal skiftes eller stoppes og lignende småaktiviteter forløber natten igennem. Hele døgnet aflæses en række observationer og værdier én gang i timen. Det betyder samlet set, at patienten forstyrres mange gange i døgnet, trods forsøg på at samle aktiviteter og planlægge hvilepauser for patienten.

1.3 Afdækning af problemområde – lokalt og nationalt

Interessen for emnet udspringer af, at jeg gennem mit arbejde på et intensivt afsnit ofte har spekuleret på, hvordan patienterne oplever sygeplejen, idet sygeplejen til en intensiv respiratorbehandlet patient er kompleks og præget af, at patienten er uden kontrol i en periode. Jeg forestiller mig, at det at være patient i intensiv regi er så voldsom en oplevelse for patienterne, at de kan føle værdigheden krænket. Det begrundes med, at patienterne efterfølgende kan berette om, hvor frustrerende det var ikke at kunne tale og om mareridtsagtige drømme og forestillinger om, hvordan personalet ville dem til livs. Ydermere har jeg oplevet patienter, som afviser kontakt og sygeplejetiltag og det kan eventuelt skyldes, at patienterne ikke magter relationen, fordi relationen forbindes lidelse af forskellige årsager – herunder krænkelse af værdigheden, hvorfor patienten i stedet vælger resignation. På afsnittet drøftes til tider, hvordan en indlæggelse på

intensivt afsnit påvirker patienterne både fysisk og psykisk samt, hvordan patienterne efter et forløb på afsnittet har det med de oplevelser, som de har været igennem. Patienterne kan berette om, at indlæggelsen opleves grænseoverskridende, blandt andet fordi patienterne i en periode selv er uden indflydelse på, hvad der sker med dem og ikke kan kommunikere, hverken verbalt eller nonverbalt – qua sedation og respiratorbehandling. Det er derfor relevant at afdække, hvorvidt der kan være tale om en national eller generel problematik vedrørende patienternes oplevelser fra indlæggelsen og om der findes at være hold i antagelsen om, at værdigheden i den forbindelse kan opleves krænket.

Journalist Anne Meiniche påpeger i sin bog ”To kaffe og en stoveplade” fra slutningen af år 2003, at hun under et ophold på et intensivt afsnit oplevede blandt andet en mangelfuld sygepleje, som efterfølgende har haft betydning psykisk for hende. Meiniche beskriver, hvordan oplevelser af utilstrækkelig kommunikation og information samt talen hen over hovedet på hende medførte utryghed og mistillid til blandt andet sygeplejerskerne. Meiniche stiller spørgsmålet, om sygeplejerskerne sætter kontakten med patienten på fjerde eller femte række? Således synes Meiniche at føle sig krænket, og det kan tyde på, at den skitserede problematik er en generel problematik hos patienter, som har været indlagt på intensivt afsnit.

2 Søgehistorie og litteraturgennemgang

I det følgende beskrives, hvordan og hvor der er søgt litteratur – herunder, hvad der kom frem og hvad der er gjort af til- og fravalg. Derefter følger en nærmere gennemgang af den valgte litteratur.

2.1 Søgehistorie

I det følgende beskrives, hvordan søgningen efter litteratur er foretaget og hvilken litteratur, der er fundet relevant at gennemgå i afsnit 2.2.

Søgningen har fundet sted i søgemaskinerne Pub.Med, Cinahl, og på to hjemmesider foreslået af sygeplejeforsker Ingrid Egerod; www.noti.info og www.sygeplejersken.dk/msite/frontpage.asp?id=181.

Søgningen på Cinahl foregår på engelsk og søgeordenes dækning på søgebasen blev undersøgt forud for søgningen, således de anvendte søgeord skulle dække området, der søges indenfor. Der er brugt thesaurus-termer. De valgte søgeord på Cinahl blev ”patient experiences”, ”Critical-Care-Nursing”, ”Intensive Care Nursing”, ”Dignity”, ”Violation” og ”respiratory therapy”. De forskellige hits abstracts blev gennemgået og det betød, at ingen af fundene var direkte relevante for emnet, idet der enten var fokus på sygeplejerskers færdigheder, patienters oplevelse af at have været behandlet med respirator i relation til sygeplejerskers færdigheder, værdighed i forbindelse med døden eller præmature børn. To artikler skilte sig ud, idet de omhandlede værdighed i forbindelse med blottelse af patienters krop samt bevarelse af patienters værdighed i forbindelse med etiske dilemmaer. Begge artikler har udgangspunkt i sygeplejerskers perspektiv. Artiklerne er derfor ikke relevante at medtage i litteraturgennemgangen.

Søgningen på PubMed foregår også på engelsk og det er ligeledes muligt at verificere søgeordene inden søgningen startes. Der er søgt på MeSH-termer. De valgte søgeord blev ”Intensive Care”, ”Respiratory Therapy”, ”Nursing”, ”Nurse-Patient Relations”, ”Patient experiences”, ”Patient perceptions”, ”Dignity”, ”Violate”, ”Surgery”, ”Postoperative Care”, ”Postoperative Period”, og ”Digestive System/Surgery”. Søgeordene blev kombineret på kryds og tværs og fundene blev løbende vurderet. Ud af afslutningsvist 14 mulige artikler blev 2 fundet relevante at vurdere nærmere og følgende artikler gennemgås nedenfor; ”*Patients recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit*” af Rotondi et al, (2002) og ”*Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations*” af Wojnicki-Johansson, G., (2001). De resterende 12 artikler var uinteressante for undersøgelsen, idet de blandt andet beskrev sygeplejerskers og lægers oplevelser af deres fagidentitet, evner til kommunikation med patienter i respirator samt patienters oplevelse af at have været behandlet med respirator i relation til sygeplejerskers færdigheder. De samme to artikler som kom frem i Cinahl vedrørende værdighed i forbindelse med døden og præmature børn kom også frem her.

Derudover er der søgt litteratur ved at gennemgå referencer fra forskningsartikler, der kom frem under ovenstående søgninger og det gav anledning til at gennemgå yderligere to artikler: Russell (1999), samt Bergbom-Engberg & Haljamäe (1988).

Søgningen på www.noti.info og www.sygeplejersken.dk/msite/frontpage.asp?id=181 gav ingen brugbare resultater, idet ingen projekter blev fundet relevante.

2.2 Litteraturgennemgang

Fire forskningsartikler er således fundet relevante at gennemgå, fordi forskningen heri har udgangspunkt i patientperspektivet, hvilket er sammenfaldende med det perspektiv der ønskes udforsket i nærværende undersøgelse. De er medtaget, fordi der heri på forskellig vis beskrives, hvilke oplevelser patienter har omkring intensivt afsnit. Fokus for undersøgelse varierer mellem beskrivelse af, hvordan respiratorbehandling opleves og huskes set fra patientens synsvinkel eller, hvad og hvordan beskrives oplevelserne fra intensivt afsnit i forhold til kommunikation og samspil mellem patient og sygeplejersker. Forskelligt er således fokus og formål med undersøgelse og dermed metoden, mens det er fælles for undersøgelse, at patientperspektivet udforskes i relation til indlæggelse på intensivt afsnit. Fokus i følgende gennemgang er, hvilke oplevelser, som patienterne husker samt, hvilken betydning patienterne tillægger oplevelserne fra intensivt afsnit. Det gøres med henblik på at klarlægge, hvad der *er* undersøgt og, hvad der kan være relevant at undersøge nærmere.

Rotondi et al (2002) er medtaget, fordi der fokuseres på, *hvad der opleves*. Der er særlig vægt på, hvad der stresser patienterne under indlæggelsen og i hvilken grad og det giver således et billede af patienternes hukommelse og oplevelse af indlæggelse på intensivt afsnit. Wojnicki-Johansson (2001) undersøger, hvilke kommunikationsvanskeligheder patienterne oplever i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit. Artiklen er medtaget, fordi fokus rettes mod, at patienterne har negative oplevelser af indlæggelse på intensivt afsnit, hvorfor det antages at aspekter vedrørende krænkelser af værdighed kan være på spil. Russell (1999) undersøger, hvordan patienterne oplever og husker sygeplejen og hvilke aspekter der heri er befordrende eller uønskede, således det tydeliggøres, hvad patienterne finder stressende under indlæggelse på intensivt afsnit og

som har betydning særligt for den psykologiske rekonvalescens. Russells artikel er medtaget, fordi der er fokus på, hvilken betydning patienterne tillægger oplevelserne fra intensivt afsnit og det giver mulighed for at vurdere, hvad patienterne mener, er betydningsfuldt i forbindelse med indlæggelsen, og hvad der kan være potentielt krænkende af værdigheden. Bergbom-Engberg & Haljamäes (1988) artikel er medtaget, fordi det undersøges, hvad patienterne har oplevet i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit særligt vedrørende forhold omkring følelser af tryghed og utryghed, samt sygeplejerske-relaterede faktorer. Det belyses, hvilken betydning disse følelser og faktorer har, hvorfor det antages at værdighed kan være i spil ved at blive bekræftet eller krænket.

Rotondi et al. (2002) har skrevet artiklen *"Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit"*. Artiklen er baseret på et amerikansk kvantitativt studie, hvor 100 patienter har svaret på et spørgeskema, og svarene er efterfølgende analyseret statistisk. Formålet med undersøgelsen er, at afdække, hvilke oplevelser, som patienter finder stressende eller ubehagelige af både fysisk og psykisk karakter under respiratorbehandling ved indlæggelse på intensivt afsnit, således gældende praksis kan tilpasses om nødvendigt, hvilket forfatterne mener kan medføre bedre udfald for patienterne efterfølgende. Det er eksempelvis faktorer som; ikke at kunne tale, endotrachealtuben, støj, søvn og ensomhed, der undersøges. I undersøgelsen konkluderes det, at de oplevelser der huskes, er de oplevelser, som patienterne har fundet stressende og ubehagelige frem for neutrale / ikke værdiladede oplevelser på intensivt afsnit og, at der er mange betydende stressorer forbundet med en sådan indlæggelse (Jf. ovennævnte faktorer).

Wojnicki-Johansson (2001) beskriver i artiklen *"Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations"*, hvordan henholdsvis patienter og sygeplejersker oplever kommunikation, når patienten på intensivt afsnit er intuberet. Artiklen er baseret på en et svensk studie, hvor kvantitativ og kvalitativ metode kombineres gennem brug af spørgeskemaer og interviews. I undersøgelsen indgår 22 patienter, som alle er interviewet tre gange efter indlæggelse på intensivt afsnit. Forud for interviewene har den ansvarlige sygeplejerske beskrevet sin

vurdering af, hvordan kommunikationen mellem patient og sygeplejerske er forløbet mens patienten har været intuberet. Sygeplejerskernes og patienternes oplevelser er sammenholdt og diskuteret i undersøgelsen. Formålet med undersøgelsen er at studere patienternes oplevelse af vanskeligheder omkring kommunikation under respiratorbehandling. Wojnicki-Johansson konkluderer, at der er diskrepans mellem sygeplejerskernes og patienternes oplevelse af kommunikationsvanskeligheder, fordi patienterne i højere grad end sygeplejerskerne oplever problemer med at blive forstået. Det påpeges i undersøgelsen endvidere, at patienterne i flere tilfælde (8 af 22) ikke oplever deres behov opfattet og varetaget samt, at manglende information om tilstand og behandling opleves problematisk. I undersøgelsen konkluderes det, at betydningen af patienternes oplevelse af kommunikationsvanskeligheder aftager i takt med, at enten flere interviews udføres eller, at tidsaspektet gør det muligt for patienterne at distancere oplevelserne.

Russell (1999) er forfatter til artiklen *"An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit"*. Artiklen er baseret på et australsk studie fra 1999. I undersøgelsen kombineres kvantitativ og kvalitativ metode, idet der er anvendt både statistisk og tematisk analyse af de 298 spørgeskemaer eller telefoninterviews, som udgør datamaterialet. Undersøgelsen havde flere formål, idet der blandt andet er spurgt til, hvilke oprivende oplevelser der huskes fra intensivt afsnit, herunder hvordan de har opfattet den sygepleje de har fået, hvor tit der tænkes eller drømmes om at være kritisk syg, samt hvad tænkes der om udstyret på intensivt afsnit og om patienterne har lyst til at blive behandlet der igen. Dette var med henblik på at vurdere, hvilken betydning forløbet på intensivt afsnit har for rekonvalescens efterfølgende og for i sidste led at vurdere om sygeplejen kunne tilrettelægges på en måde, således eventuelle problemer kunne hindres i at opstå. Det konkluderes i undersøgelsen, at patienterne husker dele af drømme og oplevelser, som har været stressende på den ene eller anden måde, som f.eks. dårlig kommunikation, smerte, angst og støj, samt at patienterne på baggrund heraf har nogle psykologiske problemer, som der bør tages hånd om. I undersøgelsen konkluderes det endvidere, at der kan være behov for opmærksomhed på, hvordan der tales i patienternes og de pårørendes nærvær, fordi flere af undersøgelsens informanter har oplevet situationer, hvor manglende

opmærksomhed eller uheldigt ordvalg har været ubehageligt og fulgt patienten efter udskrivelsen. Russell fremfører uddrag fra undersøgelsen hvor henholdsvis en kvinde og en mand har udtalt, at oplevelserne har været voldsomme og kvinden udtaler sågar, at trods en generhvervet ”god fysisk form”, så ville hun hellere have været død, fordi hun oplever at have mistet sin værdighed under indlæggelsen på det intensive afsnit. Kvinden begrundet det med, at personalet dels havde talt hen over hovedet på hende og dels fordi hun under hele forløbet havde været nøgen. Problematikken er sammenfaldende med udtalelser fra en mand i Russells undersøgelse, idet også han har oplevet det som et tab af værdighed at være nøgen og udtaler, at han synes det var pinligt.

Bergbom-Engberg & Haljamäe (1988) har skrevet flere artikler ud fra deres oprindelige undersøgelse, men i det følgende er udvalgt ”*A retrospective study of patients´ recall of respirator treatment (2): Nursing care factors and feelings of security/insecurity*”. Artiklen er baseret på et svensk studie fra 1989 og af 304 udvalgte tidligere patienter fra intensivt afsnit blev de 158, som huskede forløbet, interviewet i deres hjem. Kvantitativ og kvalitativ metode kombineres, idet der er anvendt spørgeskemaer, som interviewer har siddet med og således har styret og dels er der brugt gængs interviewteknik – i samme seance. Undersøgelsens formål var flere, men omfatter beskrivelse og procentvis opgørelse af oplevelser af at have været respiratorbehandlet i forhold til tryghed-/ utryghedsfaktorer, samt positiv oplevelse af sygeplejersken. Undersøgelsen konkluderer blandt andet, at af de patienter som har hukommelse af forløbet, så er det de ubehagelige oplevelser de refererer til, eksempelvis det ikke at kunne tale og give udtryk for tanker og behov. Vedrørende tryghed og utryghed, så opleves det trygt at få information om behandlings- og plejetiltag ligesom det opleves utrygt, hvis oplevelsen af plejepersonalet ikke er positiv.

2.2.1 Sammenfatning af litteraturgennemgang

I gennemgangen af de fire artikler bliver det tydeligt, at en indlæggelse på intensivt afsnit *er* en voldsom, stressende og ubehagelig oplevelse for patienterne. Imidlertid er patientperspektivet i litteraturen anvendt til at kunne udlede hvilke oplevelser, som patienterne finder stressende, ubehagelige og oprivende, hvilke kommunikations-

vanskeligheder der kan identificeres eller, hvilke faktorer, der bevirker tryghed eller utryghed. Konklusionerne vedrører derfor en række oplevelser, som patienterne oplever negativt, men af de empiriske fund udledes ikke, hvilken *betydning* patienterne tillægger oplevelserne samlet set. Det betyder, at det er udforsket, hvordan patienterne oplever følelser omkring værdighed i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit. I de gennemgåede artikler tyder det flere steder på, at følelser omkring værdighed kan være i spil, idet patienterne eksempelvis beskriver, hvordan manglende information opleves problematisk. I Russells (1999) undersøgelse fremkommer eksempelvis patientudsagn relateret til en krænkelse af patienternes værdighed og det kan således opfattes som en indikation for, at det er relevant at fokusere på netop oplevelser vedrørende følelser omkring værdighed i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit. I Wojnicki_Johanssons (2001) og Bergbom-Engberg & Haljamäes (1988) undersøgelser kan lignende sammenhæng ses, idet henholdsvis kommunikationsvanskeligheder og tryghed/utryghedsfaktorer antages at kunne medføre en krænkelse af patienternes værdighed, fordi patienterne beskriver, at det stressende, ubehageligt og oprivende. Eftersom der i undersøgelseerne primært er fokus på negative oplevelser er det endvidere relevant at undersøge, hvilke oplevelser der er positive og, hvilken betydning de tillægges i forhold til, at værdigheden ikke krænkes.

3 Formål og undersøgelsesspørgsmål

I afsnittet om baggrunden for undersøgelsen og i litteraturgennemgangen kommer det til syne, at en indlæggelse på intensivt afsnit med respiratorbehandling er en voldsom oplevelse for patienterne. Det synes at være udforsket, at patienternes følelse af værdighed under sådan indlæggelse kan påvirkes og nærværende undersøgelse har derfor som formål at undersøge, hvilke oplevelser patienterne har omkring indlæggelse på intensivt afsnit med særlig vægt på følelser omkring værdighed. Det betyder således, at formålet ikke er at formulere handlingsanvisninger for hverken patient eller sygeplejerske. Derimod er formålet en beskrivelse af de oplevelser, som patienterne påpeger som betydende i relation til følelsen af værdighed i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit.

3.1 Undersøgelsesspørgsmål

Hvordan oplever patienter indlæggelse på intensivt afsnit – med fokus på følelser omkring værdighed?

Intentionen er at fremanalysere betydende forhold, som de opleves af patienter, med henblik på beskrivelse af, hvordan følelsen af værdighed påvirkes i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit. Der er fokus på såvel positive som negative oplevelser omkring værdighed.

3.2 Begrebsafklaring og forforståelse af begrebet værdighed

I undersøgelsesspørgsmålet indgår begrebet værdighed. I denne undersøgelse bruges ordet med udgangspunkt i Katie Erikssons (1995) udlægning i forbindelse med ”det lidende menneske”. Denne forforståelse er at betragte, som en overordnet ramme, hvis indhold er forsøgt at ”sætte i parentes” under forarbejdet til interviewene og under udførelsen af disse. Forforståelsen har været medvirkende til, at interessen for patienternes værdighed i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit er opstået, men er således skubbet ud i periferien indtil diskussionsafsnittet, hvor forforståelsen er inddraget til at tydeliggøre resultaternes betydning og konsekvens.

Katie Eriksson er sygeplejerske og Ph.D og ansat som professor i sygeplejevidenskab ved flere nordiske universiteter. Eriksson har skrevet adskillelige artikler (herunder referee-bedømte) og flere bøger, som er oversat til flere sprog (LOP). Eriksson har i 1970'erne beskæftiget sig med sygeplejeprocesen og dennes indførelse i praksis samt beskrivelse af det lidende menneske og omsorg, som sygeplejens kerneområde (Overgaard 1997). Eriksson er således en anerkendt sygeplejeforsker, som i en årrække har beskæftiget sig med beskrivelse af menneskets lidelse og hvad den betyder for mennesket.

Eriksson hævder, at lidelse er en uundgåelig følelse for mennesket og, at lidelsen tillægges betydning og mening af det enkelte menneske selv. Det hævdes endvidere, at lidelse er dialektisk forbundet med blandt andet lyst, ligesom liv og død er dialektisk forbundet. Det har som konsekvens, at dette dialektiske forhold former og danner

rammen om det enkelte menneskes liv og lidelse – mennesket kan ikke forstå og leve livet, hvis det ikke oplever og forstår modsætningen (Eriksson 1995). Eriksson beskriver endvidere, at menneskets lidelse ofte påføres af et andet menneske bevidst eller ubevidst, og at det automatisk medfører en krænkelse af menneskets værdighed. Krænkelsen kan bevirke, at mennesket isolerer sig med sin lidelse og sine følelser. Det lidende menneske søger at finde en mening med lidelsen og herigennem søges en bekræftelse af værdigheden. Forsøg på at støtte det lidende menneske omfatter således at bekræfte menneskets værdighed (Ibid).

Eriksson definerer begrebet værdighed som det at have unik værdi som menneske – herunder er indlejret begreber som ligeværdighed og troværdighed - og menneskets subjektive oplevelse af egen værdi samt andres vurdering af ens værdi. I den forbindelse beskrives, hvordan mennesker har ansvar for hinanden og er givet til dette og derfor krænkes på værdighedsfølelsen, når dette ansvar bortfalder. Knyttet til menneskets ansvar er således også muligheden for at vælge og tage vare på sig. I forhold til menneskets troværdighed tillægges det betydning at blive taget alvorligt også som patient i forhold til de oplevelser man har (Ibid). Eriksson beskriver derfor, at plejepersonalets opgave under indlæggelse således består i at bekræfte patientens værdighed som menneske, og det gøres gennem individuel tilpasset sygepleje under hensyntagen til patienternes forskelligheder.

Eriksson beskriver tre former for lidelse i forbindelse med sygepleje og behandling; Sygdomslidelse, Livslidelse og Plejelidelse, hvoraf kun en del af den sidste beskrives her. Eriksson fremhæver, som med den generelle lidelse, at plejelidelsen opleves forskelligt fra menneske til menneske og, at den kan udløses af pleje eller mangel på samme. Plejelidelsen kan opdeles i 4 overordnede områder, hvoraf kun ”krænkelse af patientens værdighed” er medtaget, fordi de andre tre områder kan føres tilbage hertil (Ibid).

Eriksson påpeger, at krænkelse af patientens værdighed er den plejelidelse, der oftest er på spil, og krænkelse af værdigheden kan forekomme gennem direkte eller indirekte handlinger. Den direkte form vedrører eksempelvis måden at tiltale patienten på og

mangelfuld eller dårlig pleje og er således mest rettet mod sygeplejeplejetiltag af kognitiv eller instrumentel karakter. Den indirekte form er rettet mod mere generelle holdninger i forhold til etisk tilgang / menneskesyn eller ved ikke at være til stede og nærværende, når patienten har behov for det samt ikke at give plads for mennesket bag patienten og er således mest rettet mod sygeplejetiltag af forståelsesmæssig- eller moralsk karakter (Ibid).

4. Materiale og metode

Følgende afsnit deles under to dele, idet første del vedrører beskrivelse af materiale og den praktiske gennemførelse samt etiske overvejelser. Anden del vedrører valg af metode og begrundelse herfor i forhold til undersøgelsesspørgsmålet.

4.1 Materiale

I det følgende beskrives forarbejdet i forhold til udvælgelse af og information til informanter samt etiske overvejelser.

4.1.1 Før udførelse af interview

Forud for undersøgelsen blev Videnskabsetisk Komité og Datatilsynet i Nordjyllands Amt kontaktet med henblik på, hvorvidt undersøgelsen skulle behandles og godkendes hos disse instanser. Juristen fra Videnskabsetisk Komité vurderede at, eftersom der ikke skulle indsamles fysisk materiale fra informanterne, så var deres godkendelse ikke påkrævet. Datatilsynet skulle derimod have en projektbeskrivelse, hvorefter der ville blive korresponderet indtil formalia var i orden og undersøgelsen kunne gennemføres. Repræsentanten fra Datatilsynet havde ikke nogen kommentarer til undersøgelsen, hvorfor undersøgelsen blev forhåndsgodkendt og senere godkendt, da titlen var på plads. (Bilag 2 & 3)

Ligeledes er undersøgelsen gennemført i overensstemmelse med de etiske retningslinier for sygeplejeforskning i Norden (SSN, 2003), idet retningslinierne er fundet væsentlige at efterleve samt gennemskuelige at fungere efter.

4.1.2 Inklusions- og eksklusionskriterier

I det følgende beskrives de kriterier som interview-personerne er udvalgt efter.

4.1.2.1 Inklusionskriterier:

- Gastroenterologisk kirurgisk indlæggelsesårsag på intensivt afsnit
- Respiratorbehandling mere end eller lig med 1 uge
- Udskrevet fra intensivt afsnit mellem 6 og 12 måneder
- Alder mere end eller lig med 18 år

Det er valgt, at et inklusionskriterium til undersøgelsen er en gastroenterologisk kirurgisk indlæggelsesårsag, fordi det, som tidligere beskrevet, er den gruppe af patienter, som der er flest af på det pågældende intensive afsnit. Derudover er kriterierne fastsat efter, at de inkluderede patienter skulle kunne huske noget fra indlæggelsen og samtidig have fået det lidt på afstand (Löf et al. 2006; Capuzzu et al. 2001), samt have været respiratorbehandlet mindst 1 uge, således det kan formodes at have en vis mængde oplevelser om indlæggelsen. Minimumsalderen er fastsat af moralske hensyn og fordi der på det pågældende afsnit sjældent er indlagt patienter under 18 år.

4.1.2.2 Eksklusionskriterier:

- Patienter som jeg har varetaget sygeplejen til
- Patienter som af etniske, kulturelle, fysiske eller psykiske årsager ikke er i stand til ved talens brug at beskrive deres oplevelser

Eksklusionskriterierne er fastsat efter, at det skulle være muligt at få tydelige og nuancerede beskrivelser af oplevelserne uden at patienterne var hæmmet af et misforstået hensyn til mig eller af ikke at kunne udtrykke sig verbalt i et flydende og følelsesmæssigt nuanceret sprog.

4.1.3 Skriftlig og mundtlig information, frivillighed og anonymitet

Informanterne er udvalgt efter ovenfor beskrevne kriterier i samarbejde med afdelingssygeplejersken på det intensive afsnit, hvor informanterne var indlagt.

Afdelingssygeplejersken ringede efterfølgende informanterne op, og informerede kort om, hvad undersøgelsen gik ud på samt at det var helt frivilligt at deltage, og at det når som helst i undersøgelsens forløb var muligt at trække sig ud. Ligeledes blev informanterne informeret om, hvem der forestod undersøgelsen og hvorfor. Afslutningsvist blev informanterne informeret om, at de ville modtage et brev fra mig, hvorefter jeg ville kontakte dem telefonisk for at høre deres beslutning og for evt. at aftale tid for interview i deres hjem efterfølgende (Bilag 4). Tre informanter blev udvalgt i forhold til inklusions- og eksklusionskriterierne og alle tre indvilgede i at deltage i undersøgelsen.

Lige inden interviewet i informantens hjem begyndte, blev der udleveret en samtykkeerklæring, hvorpå informanterne bekræftede at have modtaget både mundtlig og skriftlig information om undersøgelsen, og at de efterfølgende giver tilsagn om deltagelse, samt at de til enhver tid i undersøgelsens forløb kan trække deres deltagelse tilbage (Bilag 5).

Informanterne er endvidere informeret om både mundtligt og skriftligt, at de i formidlingen af undersøgelsen er anonyme, og at de derfor ikke kan genkendes i det skriftlige produkt. Ligesom informanterne er informeret om, at lydfilen, som interviewet findes på, bliver slettet, når undersøgelsen er tilendebragt (Bilag 4).

4.1.4 Etik før og efter den praktiske udførelse af interviewene

Det er et bevidst valg at interviewene foretages i informanternes hjem, fordi de her bedre kan føle sig trygge og godt tilpasse ved at skulle tale om et følsomt og meget personligt emne. Ligeledes kan det bedre sikres, at der ikke kommer uønskede forstyrrelser. Disse tiltag er væsentlige for informanternes velbefindende, således de bedste betingelser for et godt interview er til stede (Repstad 1993).

Ved ankomsten til informanternes hjem fandt en præsentation sted og informanterne fortalte, at forespørgslen om deltagelse i undersøgelsen havde sat tanker i gang hos dem. Vi talte sammen en tid, hvorefter vi naturligt kom til et punkt, hvor lydoptagelsen og det egentlige interview skulle starte. Interviewene var tænkt til at vare omkring 1 time, men

det var for lang tid, idet alle tre interview naturligt blev afsluttet efter 28 – 38 minutter. Efter lydoptagelsen var slukket spurgte jeg informanterne om de havde nogle spørgsmål, hvilket ikke var tilfældet. Herefter talte vi sammen om forløbet i al almindelighed og jeg sikrede mig, at informanten var tryk ved samtalen og de tanker og følelser den havde ført med sig. Tidsrummet hos informanterne vekslede mellem 1 – 1½ time.

4.2 Metode

I det følgende beskrives det kvalitative forskningsinterview i forhold til undersøgelsesspørgsmålet samt, hvorledes analysen af interviewene er gennemført.

4.2.1 Kvalitative forskningsinterviews som metode til undersøgelse af undersøgelsesspørgsmålet

I undersøgelsesspørgsmålet lægges op til et tillempet eksplorativt sigte med deskriptiv karakter, dels fordi området ikke tidligere er undersøgt og dels fordi der er fokus på beskrivelser af fænomenet værdighed i relation til at have været indlagt på intensivt afsnit. Formålet med en eksplorativ undersøgelse er at afdække et fænomen og forhold som påvirker eller har betydning for det fænomen, der undersøges, hvorved selve fænomenet samt de sammenhænge som fænomenet fremkommer ved tydeliggøres. (Polit & Beck 2006; Lorensen 2003) Med tillempet eksplorativt sigte menes, at ikke hele fænomenet værdighed i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit forventes at kunne afdækkes udtømmende i denne relativt begrænsede undersøgelse.

Kvales (1997) udlægning af det kvalitative forskningsinterview er valgt, fordi Kvales selv har anvendt metoden i egne anerkendte forskningsprojekter om eksempelvis eksaminer og karaktergivning i gymnasiet, samt har arbejdet med udvikling af kvalitative metoder, som han har skrevet flere velrenommerede artikler om. Den anvendte litteratur er Kvales bog ”Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview” fra 1997, fordi der i bogen argumenteres for og beskrives, hvordan et sådant interview konkret kan foretages og efterfølgende analyseres.

Begrundelsen for at lave kvalitative interviews er, at den metode er velegnet til at få nuancerede og dybdegående beskrivelser frem af den interviewedes livsverden ud fra et "inde-fra" perspektiv og på informantens præmisser (Kvale 1997; Repstad 1993; Maaløe 1996). Et kvalitativt interview minder om en samtale mellem to mennesker, men forskellen består i, at der er et klart defineret formål med samtalen. Der er et emne, som der skal tales om, og interviewerens styrer samtalen i forhold til det der undersøges (Repstad 1993; Kvale 1997). Spørgsmålet, der ønskes undersøgt, vedrører patienters oplevelser i forhold til følelsen af værdighed i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit, hvilket lægger op til patienternes umiddelbare beskrivelser med egne ord af, hvordan de føler og tænker i forhold til det anførte undersøgelsesspørgsmål. Informanterne gives mulighed for at beskrive deres oplevelser, således det bliver muligt at trække meningen med det sagte ud og komme frem til, hvilken betydning oplevelserne har for følelsen af værdighed. Kvale (1997) beskriver formålet med det kvalitative forskningsinterview som at opnå beskrivelse af og forståelse for informantens livsverden i forhold til de fænomener, der optræder her, og i forhold til den relation, som informanten har hertil (Kvale 1997). Det betyder, at fokus er forståelse af informantens livsverden gennem beskrivelse af de fænomener, der spørges til set fra informantens perspektiv. Det kan være beskrivelse af menneskelige relationer og begreber som udfoldes i informantens livsverden. Hensigten med informantens beskrivelser er, at interviewerens skal blive i stand til at udlægge meningen, således der opnås forståelse for menneskers livsverden. Kvale skriver, at formålet er at få præcise beskrivelser og, at modstridende beskrivelser kan være essentielle, fordi de kan spejle den virkelighed, som leves.

4.2.2 Validitet

Betydningen eller forståelsen af validitet afhænger af forskningens design, idet der er forskel på de kriterier der bruges til at beskrive forskningens kvalitet og styrke i henholdsvis kvantitativ og kvalitativ forskning (Hounsgaard 2004; Lorensen 1998). Overordnet deles validitet i intern og ekstern validitet, som således defineres afhængig af forskningstypen (Olsen et al. 1998; Lund 1998; Polit & Beck 2006).

Validitet i en kvalitativ interviewundersøgelse bestemmes af flere aspekter, men omdrejningspunkterne vedrører metodisk stringens og gennemskuelighed gennem hele processen – det som Kvale benævner håndværksmæssig validitet (Kvale 1997). Håndværksmæssig validitet vedrører forskerens færdigheder som forsker, idet forskningens metode, udførelse og anvendelse skal beskrives og begrundes og efterfølgende efterleves i forskningsprocessen. Kvale fremfører i den forbindelse kommunikativ og pragmatisk validering. Kommunikativ validering vedrører afklaring af uklarheder undervejs i interviewet. Næste trin i valideringen finder sted under transskribtionen, idet denne proces kræver præcis og stringent nedfældning af det talte ord fra interviewet. Eksempelvis tænkepauser og gentagelser kan være væsentlige for den mening, der udlægges i analysen (Ibid). Det har således betydning for styrken af resultaterne, idet gennemskueligheden tydeliggøres (Knizek 1998; Launsø & Rieper 1997). Et gennemgående træk er, at den anvendte metode skal være præcist beskrevet og fulgt undersøgelsen igennem, således andre kan se, hvad og hvordan undersøgelsen er foretaget. Herunder hører, at analysen af interviewene skal være udført konsekvent i relation til den beskrevne metode og i forhold til undersøgelsesspørgsmålet (Kvale 1997). Validering omfatter endvidere argumentation for udsagnetes sandsynlighed frem for at tale om at en tolkning er at forstå som sandhed af et udsagn (Ricoeur 2002; Kvale 1997). Det betyder, at analysen skal være transparent for udefrakommende, således det er muligt at vurdere argumenternes holdbarhed for andre, og på den måde kan det sikres, at andre udefrakommende også kan forstå sammenhængene i undersøgelsen. Pragmatisk validering henviser til undersøgelses-resultaternes anvendelighed i praksis. Såfremt resultaterne kan anvendes i praksis og medføre konkret handlepotentiale til praksisforbedringer eller medføre ændret adfærd eller holdninger, således er der tale om pragmatisk validitet, fordi forskningen har en reel og praksis-nær betydning (Kvale 1997).

Den interne validitet består således i, hvorvidt der er konsistens mellem den påståede og reelt anvendte metode samt, hvorvidt konklusionerne er troværdige og sandsynlige for andre end forskeren selv (Olsen 2003). Overordnet handler det derfor om, hvorvidt der er stringens og transparens gennem alle undersøgelsesdelene samt, hvorvidt undersøgelsens konklusioner er holdbare og anvendelige indenfor den undersøgte

praksis. Den eksterne validitet består i, hvorvidt resultaterne kan overføres til andre områder, og under hvilke forhold de kan have relevans eller berettigelse (Leininger 1994). Det betyder, at den eksterne validitet er rettet ud mod omverdenen, med henblik på at vurdere, hvorvidt resultaterne er anvendelige - altså gyldige og relevante - i andre sammenhænge. Det er med andre ord en vurdering af, hvorvidt undersøgelsen har bidraget med ny viden.

På baggrund af det ovenstående følger der i de næste afsnit således argumentation for og redegørelse af, hvordan fremgangsmåden er i den næste del af undersøgelsen. I afsnit 8 diskuteres validitet i forhold til den konkrete undersøgelsesmetode og resultater samt metodekritiske overvejelser.

4.2.3 Analysetrin i det kvalitative forskningsinterview

Kvale (1997) beskriver seks analysetrin, hvoraf de fire første anvendes i denne undersøgelse. Analysetrin fem og seks er ikke fundet relevante, idet femte trin er geninterview, hvilket er fravalgt dels grundet hensyn til informanterne, fordi det er et følsomt emne at tale om, hvorfor det er vurderet at 1 interview med hver informant måtte være dækkende og dels grundet tidsfaktoren i forhold til at afslutte undersøgelsen indenfor de givne rammer. Det sjette trin omfatter implementering af nye handlemønstre ud fra viden, der er opnået gennem interviewene. Det er ikke fundet relevant, idet sigtet med undersøgelsen er deskriptivt og således ikke har til formål at opdage bedre handlemåder.

Det første analysetrin omfatter selve interviewet, hvor informanten frit beretter om det, der spørges til. Det andet analysetrin omfatter også selve interviewet, men informanten har mulighed for at opdage nye sammenhænge eller betydninger, blot gennem egen beskrivelse. I forhold til nærværende interviews kunne det være, at informanterne bliver opmærksomme på, at de faktisk husker mere end de troede og at de således stille og roligt bliver i stand til at stykke flere dele af forløbet sammen. Det tredje analysetrin omfatter interviewerens begyndende dannelse af meningsindhold ud fra informantens udsagn, idet det bliver muligt at stille afklarende spørgsmål i forhold til den mening informanten tillægger beskrivelsens betydning. I nærværende interview kunne det være,

at informanterne bliver bevidste om, at de har brugt forsvarsmekanismen fortrængning, idet jeg spørger direkte til om de tror, at de ubevidst har gemt det væk. Det fjerde analysetrin omfatter selve bearbejdelsen efter interviewet er afsluttet, og dette analysetrin omfatter tre faser.

4.2.3.1 Første fase - transskription

Første fase af Kvaales (1997) seks analysetrin omfatter transskription af interviewmaterialet. Interviewene er alle afskrevet ordret fra lydfilen, dog er enkelte passager udeladt, som udelukkende har omhandlet informanternes videre forløb på eksempelvis stamafsnit eller genoptræningsafsnit. Ligeledes er enkelte navne udeladt. Informanternes tænkepauser og andet er mærket med tre prikker i udskriften, således det under analysen er muligt at vurdere om pausen har betydning for meningen. Under transskriptionen begynder første tolkning således af materialet og der tegner sig et ustruktureret billede af, hvad der opleves i forhold til det der undersøges. Det betyder, at den første strukturering af materialet finder sted her. Kvale gør opmærksom på, at transskriptionsmaterialet ikke er udtryk for det ”mest pålidelige” materiale, idet selve interviewsituationen omfatter mere end blot det udtrykte ord – eksempelvis kropssprog og de omtalte tænkepauser.

4.2.3.2 Anden fase – strukturering af interviewmaterialet

Anden fase omfatter sortering af materialet, idet det uvæsentlige for undersøgelsesspørgsmålet sorteres fra, ligesom gentagelser vurderes og sorteres. Herefter kan den meningsopklarende analyse finde sted (Kvale 1997). I denne undersøgelse er det gjort ved at kode interview 1 ud fra analysespørgsmål vedrørende hvilke oplevelser beskrives hvordan, og hvilke tanker gøres efterfølgende herom. Interview-udsagnene er derefter markeret med hver sin farve i forhold til, hvilket spørgsmål det figurerer under og herefter er udsagnene samlet efter deres farve.

4.2.3.3 Tredje fase – analyseresultaterne fremkommer

Tredje fase omfatter den del af analysen som medfører, at nye meninger og betydninger i forhold til undersøgelsesspørgsmålet fremkommer. Der er forskellige måder at foretage denne analyse på. I denne undersøgelse er det gjort ved, at udsagnene (Jf anden

fase ovenfor) igen er opdelt og sat i kasser efter, hvad der ser ud til at være i spil. Herefter blev hele interviewet i sin fulde længde læst igennem igen, hvorefter de udvalgte udsagn blev sat sammen på ny og nye overskrifter kom frem. Ligeledes blev nye udsagn tilføjet. Herefter tegnede der sig et begyndende billede af, hvilke betydende forhold informanten har oplevet, og hvilken betydning disse kan have i forhold til følelser omkring værdighed. Efter denne del af analysen blev de resterende to interviews inddraget og således foregik resten af analysen med alle interviews på samme tid, hvor relevante dele blev sat i spil og inkluderet under de eksisterende overskrifter, som løbende blev justeret i forhold til de resultater der kom frem.

4.2.4 Interviewform og interviewguide

Interviewene er gennemført som semistrukturerede interviews, og der er valgt en åben tilgang til undersøgelsen, hvor tidligere beskrevne forforståelse er skubbet ud i periferien. Interviewguiden (Bilag 6) er således udformet med åbne spørgsmål, som er vejledende for de gennemførte interviews og har derfor været brugt som støtte til at få informanten videre med at fortælle, hvad vedkommende har oplevet under indlæggelsen på intensivt afsnit. Undervejs i interviewet har jeg således brugt interviewguiden til at komme tilbage på sporet, hvis samtalen var drejet af på et sidespor eller hvis informanten gik i stå.

Spørgsmålene er udformet således der spørges til det, der undersøges uden at bruge ordet værdighed direkte. Dette er valgt grundet en antagelse om, at informanterne måske vil føle sig forlegne ved at blive spurgt direkte om værdighedsfølelsen, fordi det er forbundet med meget personlige og intime følelser og for at undgå at lægge ord i munden på informanterne. Det har som konsekvens, at der i analyseprocessen og formidlingen af resultaterne ikke direkte forefindes beskrivelser af værdighedsfølelsen, men dette element inddrages igen i diskussionsafsnittet, hvor det har central betydning. Informanternes oplevelser omkring værdighedsfølelsen er således ikke glemt, men midlertidigt skubbet ud i periferien, samtidig med det i hele forløbet har været bestemmende for, hvordan undersøgelsen er tilrettelagt og udført.

Derudover har jeg løbende brugt kommunikativ validering (afsnit 4.2.2) samt gensvarsmodeller for at få informanten til at uddybe sit udsagn for at komme dybere ned i betydningen af de oplevelser, som informanten har haft.

4.2.5 Refleksioner i forhold til valgte metode

I det følgende redegøres der for begrænsninger der kan være ved den valgte fremgangsmåde. Det beskrives ikke, hvilke muligheder metoden omfatter, idet disse er indeholdt og formuleret ved argumentationen i de forudgående punkter i afsnit 4.

Indvendinger mod kvalitative interviews omfatter gerne spørgsmål om validitet, idet det ofte hævdes, at denne form for forskning ikke er videnskabelig og valid. Det begrundes med, at interviewspørgsmål leder informanten i en bestemt retning, at svarene er subjektive og, at det betyder, at der ikke udledes en objektiv sandhed samt, at det begrænsede antal informanter betyder, at forskningen ikke er generaliserbar (Kvale 1997). Disse indvendinger kan imidlertid afvises i forhold til denne undersøgelse, fordi formålet hermed er deskriptivt og netop søger subjektive beskrivelser, som udlægges til en ny mening i forhold til de betydende forhold informanterne beskriver og et bevidst valg om ikke at spørge direkte til emnet der undersøges for at sikre, at informanterne fortæller, hvad de har lyst til indenfor den fastsatte ramme. Der er således ikke tale om at udlede en objektiv sandhed, men at udlede en sandsynlig og velargumenterende sandhed. Der er heller ikke fokus på at generalisere eller overføre resultaterne, men på at blive klogere på, hvilke oplevelser og betydende forhold som de involverede informanter tillægger betydning udfra en konkret kontekst. På den anden side kunne det tænkes at være relevant at foretage undersøgelsen på flere intensive afsnit, fordi det er sandsynligt at problematikken er generel, således en generalisering muliggøres for mere konkret at kunne leve op til den pragmatiske validitet, som Kvale (1997) beskriver. Det kræver imidlertid en større undersøgelse, som der i denne undersøgelse ikke er mulighed for.

En anden begrænsning, der kan indvendes er, at undersøgelsen er foretaget i det afsnit, som jeg selv har ansættelse på. Indvendingen kan være, at jeg derfor er blind for, hvad der viser sig og for hvilke og hvordan meningsbærende betydninger fremkommer og

udlægges. Den norske antropolog Carl Cato Wadel (1991) påpeger imidlertid, at dette forhold kan være fordelagtigt, fordi der rent praktisk er meget man forstår. Der er nogle fælles træk og antagelser, som således er på plads. For min undersøgelse gælder det, at jeg fungerer indenfor en sygeplejefaglig ramme, som er kendt for mig, men informanterne i undersøgelsen er ukendte, ligesom jeg bevidst ikke har læst på deres indlæggelsesforløb. Ligeledes har jeg ikke før interviewet patienter om deres oplevelser af indlæggelse på intensivt afsnit, hvorfor jeg er novice på dette punkt. På den måde har jeg søgt at sikre, at være ukendt på forhånd med det, de vil fortælle. Mens jeg på den anden side færdes indenfor en kontekst, hvor vaner og rutiner er mig bekendt.

5 Undersøgelsens resultater

I det følgende præsenteres undersøgelsens resultater og disse beskrives og struktureres under 4 områder, som er centreret omkring forhold relateret til at føle sig magtesløs og afhængig, at være i de professionelles hænder, ambivalente følelser i relation til intensivt afsnit og psykologiske følgevirkninger. I empirien er der enkelte steder fremkommet variationer af samme tema og disse fremstilles under samme punkt. Variationer af samme tema kan medvirke til tydeliggørelse af et forholds betydning, idet både tilstedeværelse og mangel på tilstedeværelse af forholdet kan føre til tydeliggørelse af forholdet og dets betydning.

Afsnittet med psykologiske følgevirkninger er medtaget trods det, at disse oplevelser er forbundet med efterforløbet af indlæggelsen. Imidlertid blev det tydeligt i analyseprocessen af datamaterialet, at oplevelser og følelser forbundet hermed var væsentlige for informanterne og således ser ud til at have betydning for følelsen af værdighed efterfølgende.

Indledningsvist følger en kort beskrivelse af informanterne. Det er valgt at lade informanternes køn være anonymiseret af hensyn til genkendelighed, idet der er tale om 3 informanter i undersøgelsen.

Informant 1 er på interviewtidspunktet 55 år og det er godt 6 mdr. siden informanten blev udskrevet fra intensivt afsnit. Indlæggelsen på intensivt afsnit varede knap 6 uger

og informanten er på interviewtidspunktet fortsat sygemeldt fra sit arbejde grundet fortsatte fysiske problemer relateret til rekonvalescens.

Informant 2 er på interviewtidspunktet 75 år og det er 9 mdr. siden informanten blev udskrevet fra intensivt afsnit. Indlæggelsen på intensivt afsnit havde en længde på knap 2 måneder. Informanten er folkepensionist og er ikke i stand til at forlade sin lejlighed grundet besvær med gangfunktion og respiration.

Informant 3 er på interviewtidspunktet 46 år og det er 1 år siden informanten blev udskrevet fra intensivt afsnit. Indlæggelsen på intensivt afsnit strakte sig over 2 uger. Informanten har genoptaget sit arbejde om end ikke på fuld styrke.

5.1: At føle sig afhængig og magtesløs

Informanterne beskriver forhold, som har betydning for, at de under indlæggelsen føler sig afhængige og magtesløse på en måde, som de alle finder ubehagelig og voldsom. Det er forhold, der vedrører det ikke at kunne udtrykke sig med talens brug og ikke at have kontrol over egen situation.

5.1.1 Når man ikke har talens brug

En informant beskriver flere gange hvor forfærdeligt og frygteligt det var ikke at kunne tale. Det beskrives "*at selv sådan noget banalt noget som isklumper*" ikke kunne kommunikeret og at det var meget frustrerende ikke at kunne gøre sig forståelig. Informanten siger "*...det er faktisk en uhyggelig situation at være i, at man ikke kan gøre sig forståelig...når man er kvik nok i hovedet*". Beskriver at så bliver man "*uden tvivl vred*" og "*nok lidt aggressiv*" og siger "*jeg blev fuldstændig frustreret, fordi du kan ikke udtrykke de behov du har*". Frustration spores også i at informanten fortæller at trods adskillelige forsøg på at udtrykke behov om en isklump, så VILLE sygeplejerskerne ikke forstå. Bagefter fortælles det, at informanten jo godt ved, at det ikke forholdt sig sådan men bundede i at de ikke KUNNE forstå, fordi informanten jo ikke kunne udtrykke sig med talens brug. En anden informant har lignende oplevelse, idet vedkommende ligeledes fortæller, hvordan adskillelige forsøg på at gøre sig forståelig var forgæves, men "*...der var ingen der forstod noget og jeg forsøgte og*

forsøgte og jeg prøvede med den der tavle så vi kunne stave...men der var ingen der kunne forstå noget mundaflæsning”.

Det beskrives meget voldsomt ikke at kunne udtrykke de behov man har og det ser ud til at forstærkes af, når de fysiske udfoldelsesmuligheder ligeledes er begrænsede. En informant siger: *” jeg synes det var frygteligt, jeg havde ikke kræfter til at pege på den pegetavle... og det er nok noget af det værste jeg har oplevet, at man overhovedet ikke kan udtrykke et behov, et basalt behov”.* Senere i interviewet udtrykker samme informant, at *”...det er så uvirkeligt at ligge der... man kan ikke snakke, man kan ikke røre sig, man kan ingenting”.* En anden informant giver ligeledes udtryk for, at kombinationen af ikke at kunne tale og bevæge sig er meget problematisk, idet det udtales at *”...det var så pinefuldt”.*

5.1.2 Når man ikke har kontrol over situationen

Informanterne beskriver, hvordan de har oplevet at være uden kontrol over, hvad der bliver sagt og gjort omkring dem. Informant 2 udtrykker direkte, at følelsen var at være magtesløs: *”...det var sådan jeg følte mig så magtesløs”* og siger *”...jeg kunne ikke rigtig få fat i det”.* Informanten fortæller, at det ikke var muligt at *”...få fat i det”* og det kan betyde, at under normale omstændigheder er det ønskværdigt og intentionelt at have styr på, hvad der skal ske, hvad der sker og hvad der er sket, og det finder sted ubevidst. Det udtrykker informanten ved at sige *”... jeg vågnede op og jeg troede ikke det var en drøm og der var læger omkring mig og jeg tænkte hvad er det her for noget...jeg anede ikke spor...jeg kan ikke huske noget...”.* Informanten søger efter at finde mening i situationen. Samme informant siger *”...jeg ved ikke for jeg har da aldrig haft så stor tålmodighed men det må jeg have haft for ellers havde jeg da aldrig kommet igennem... det var rigtig hårdt”*, hvilket kan udlægges således, at en sådan indlæggelse kræver stor tålmodighed, fordi der skal foregå meget, fordi man er meget syg og derfor skal have hjælp til de fleste aktiviteter samtidig med, der foregår andre sygeplejetiltag, som er rettet mod den konkrete behandling.

Informant 1 fortæller, hvordan kombinationen af ikke at kunne bevæge sig og så at have *”...mærkelige idéer”* betød at en følelse af panik opstod og således har været

medvirkende årsag til en oplevelse af manglende kontrol: ”... så bliver man jo endnu mere panikken, når man ikke rigtig kan ... følge med i, hvad der foregår rundt omkring...så får man nogle mærkelige ideer”. Samme informant fortæller, hvordan fornemmelsen for tid og rum var forvredet, idet ”... jeg kan jo ikke engang sige om det har været om natten eller dagen...jeg kunne slet ikke skelne...” , hvilket kan være en yderligere faktor i forhold til følelsen af ikke at have kontrol over, hvad der foregår med og omkring sig. Informanten fortæller endvidere, hvordan det er oplevet at være medvirkende i en film, som man alligevel ikke har indflydelse på. ”... det var sådan en film der ruller og kører med det samme og det samme”. Videre suppleres udsagnet med at ”... jeg synes bare at den her film den kunne jeg ikke blive ved med at være deltager i, ... at være tilskuer til”. Informantens tilføjelse af at være tilskuer vidner om en oplevelse af at være involveret i noget, som man hverken har ønsket eller indflydelse på, hvilket informanten også direkte siger.

Informant 3 fortæller direkte, hvordan det opleves som truende, når vedkommende ikke har kontrol over situationen ”...jeg følte mig sådan lidt truet... men jeg kan ikke fordrage når jeg ikke selv har hold på tingene”.

Informant 1 og 3 fortæller, at oplevelsen af ”at blive taget sig af” er væsentlig, når man ikke selv er i stand til det og oplevelserne ser ud til at blive koblet til følelsen af at være afhængig af de professionelle hjælp. Informant 1 siger, at ”... det var egentlig utrolig dejligt og blive nusset om og plejet, når man ikke selv er i stand til det... jeg synes kun det var rart, når der kom nogen og tog sig af mig...”. Det ser endvidere ud til, at der udvikles en accept af tingenes tilstand, når man ikke selv kan klare sig. Informant 3 siger ”... at nogen skal tage hånd om mig, så kan jeg være glad for at nogen har taget sig af mig trods alt, det har ikke altid været lige spændende, men de tog sig af mig, det gjorde de”.

5.2 At være i de professionelle hænder

Informanterne beskriver oplevelser som omhandler relationen til de professionelle i forhold til, hvilken betydning denne relation har for dem. Det omhandler, at

informanterne har oplevet at få god pleje, ikke at føle sig medinddraget og at opleve menneskelig interesse fra de professionelle.

5.2.1 At få god pleje

Informanterne fortæller, at de har oplevet at få god pleje. Kun informant 1 er lidt inde på, hvad god pleje er, idet det fremhæves at tiltag hørende under den personlige hygiejne har været medvirkende til at føle velvære – trods omstændighederne: ”... sådan nogle ganske almindelige ting, som at få nusset tæer, børstet tænder...basale behov ik...” og tilføjer senere ”... fik smurt ben, masseret ben og sådan noget...”. I forhold til, hvordan det opleves siger informanten flere gange, at det var dejligt og lækkert: ”... det var dejligt, altså at jeg ligefrem nød det, det var ikke fordi, at jeg ikke selv kunne, altså jeg kunne jo ikke selv, men jeg syntes det var dejligt der var nogen der gjorde det, fordi man havde det betydeligt bedre...” . Informant 1 beskriver, at det er en speciel situation at være i, og at det ikke ubetinget er acceptabelt, at andre varetager disse handlinger: ” ...jeg synes ikke det var ydmygende og være der.. og ligge der... slet ikke...det var jeg simpelthen for dårlig til at ligge og tænke på sådan noget, jeg synes kun det var rart, når der kom nogen og tog sig af mig”. Informant 2 er mere kortfattet, idet det ikke uddybes, hvad god pleje er, men bare siger: ”... men jeg fik jo god pleje, det var slet ikke det...”. Informant 3 fortæller, at den samlede oplevelse af opholdet er, at der blev taget sig godt af vedkommende, men uddyber ikke hvordan og hvorfor. Informanten udtaler, at ”... folk der ville mig det godt... jeg har virkelig været glade for de ting de har gjort”. Det ser således ud til, at informanterne finder det væsentligt at modtage den gode pleje, men at de er mindre opmærksomme på, hvad og hvordan det gøres, idet informanterne ikke definerer eller uddyber hvad den gode pleje består i. Det væsentlige ser ud til at være, AT den gode pleje udføres.

5.2.2 At opleve menneskelig nærvær

Informant 1 og 3 beskriver, hvordan det har en betydning at opleve menneskelig interesse fra de professionelle. Interessen bliver nærværende for informanterne, når formen kommer til udtryk ved menneskelig nærvær.

Oplevelsen af, at de professionelle er nærværende og opsøgende ser ud til at have en betydning for informanterne. Informanterne kan rimeligvis detaljeret beskrive betydningen eller karakteren af kontakten og således kan det se ud til at det vægtlægges hos informanterne. Informant 1 siger at *"... der var faktisk en sygeplejerske, som besøgte mig på sengeafdelingen og det var utrolig dejligt, det betød meget for det betød at der var nogen der bekymrede sig om mig, hvad det betyder for mig, det er alfa omega der er nogen der tænker på én...det var væsentligt..."*. Det fremgår, at informanten finder det dejligt at en sygeplejerske har opsøgt vedkommende efter udskrivelsen fra intensivt afsnit, fordi det betyder at nogen bekymrer sig om informanten og således ser det ud til, at det er essentielt at føle sig set som det unikke menneske man er. Citatet er medtaget under dette punkt, velvidende at det finder sted efter det intensive afsnit. Begrundelsen herfor er, at det er nærliggende at antage at dette forhold også har betydning under indlæggelsen på intensivt afsnit ved eksempelvis en sygeplejerske, der kigger ind til patienten, selvom den pågældende sygeplejerske ikke har ansvaret for patienten den dag. Der er således lagt vægt på informantens betydning af, at et mere eller mindre kendt ansigt viser interesse for vedkommende. Informant 3 fortæller ligeledes om enkelte sygeplejersker, som har skilt sig ud, fordi informanten i deres nærvær følte sig tryk: *"... det var to sygeplejersker, X og X nej det var tre og X, han var studerende, når jeg havde dem, så følte jeg mig tryk, det var virkelig folk der ville mig det godt..."*. Disse sygeplejersker har således ageret på en måde, som på informanten har været betryggende og tillidsvækkende. Informanten kan ikke uddybe, hvorfor de skiller sig ud, men husker at det gjorde de. Informanten fortæller dog senere, at vedkommende husker en episode med den ene af de pågældende sygeplejersker, hvor følelsen af tryk var til stede: *"...men hun kom sådan og tog mig i hånden og aede mig på kinden, men jeg synes egentligt at det var betryggende..., jeg synes det er dejligt, helt ærligt..."*. Det kan tyde på, at menneskelig nærvær i form af fysisk kontakt og omsorgsfuld berøring er betydende i patienternes opfattelse af, hvordan de ser, at de professionelle opfatter patienterne. Denne betydning ser ud til at være medvirkende til at etablere en tryk og tillidsvækkende relation mellem patient og professionel. Senere fortæller informant 3, at en generel følelse og oplevelse af de professionelle har været positiv, selvom der har været negative oplevelser også. Informanten siger *"... men jeg*

har kun oplevet varme, venlighed og kærlighed, det er den fornemmelse jeg har, folk der ville mig det godt, folk der interesserer sig for mig... ”.

5.2.3 Inddragelse i samspillet

Direkte tiltale ser ud til at have en betydning for informant 1, idet det fortælles at ”... *de hilste da på mig, det kan jeg da godt huske, men om jeg hilste igen, det kan jeg så ikke svare på...men jeg kan huske da vi kørte dernedefra , da sagde en læge, at jeg godt nok var en sej kvinde, at jeg holdt fast med neglene, så...*”. Informanten tillægger tiltalen en betydning som kan have præg af en følelse af at blive eller være anerkendt som mennesket bag patienten. Informanten husker mere eller mindre ordret, hvad der blev sagt og det kan tyde på, at en personlig rettet tiltale er væsentlig, fordi den således opleves vedkommende. Informant 3 fortæller, at en sygeplejerske og informanten selv blev sporet ind på et emne, som de kom til at tale om ad flere omgange (da informanten blev i stand til at tale). Informanten har tilsyneladende fundet det væsentligt og nærværende, fordi det beskrives meget tydeligt – modsat andre minder som er ikke-eksisterende eller meget utydelige. Informant 3 siger således ”... *ja, det eneste jeg kan huske, jeg elsker jo fjernsyn og det vidste de, og det var fra morgen-tv og det var fra Pandekagehuset i Christianshavn, der lavede en dessert, og det var hende der x, jeg kan ikke huske om det var x hun hed, men vi begyndte at snakke meget mad sammen*”.

Informant 1 beskriver, modsat ovenstående citater, hvordan vedkommende følte, at der i situationer blev talt og handlet henover hovedet på vedkommende og det ser ud til særligt at være i stuegangssituationerne. Informanten siger ”... *det var ligesom om det ikke var mig de snakkede med, de snakkede med sygeplejersken, jeg lå jo bare der, som sådan en tom ting, hylster...*”. Informanten oplever at være udenfor det, der sker og ser ud til at have en følelse af at være tingsliggjort. Informanten fortæller, at vedkommende flere gange spekulerede på, hvad et sladredræn var, fordi der blev spurgt til det i en lang periode, når der var stuegang. Informanten fik aldrig en forklaring på, hvad det var og hvorfor det i vedkommendes situation var vigtigt. Informanten siger ”... *når lægerne kom blev der også snakket om de der sladredræn... men jeg kan huske det der ord, det kom... det lå jeg mange gange og tænkte på, hvad er det for noget, et sladredræn...*”. Informanten tilføjer senere, at vedkommende selv kunne have spurgt til, hvad det var,

men gjorde det ikke: ”... jeg tænkte meget på det, men altså ikke nok til at jeg spurgte om det”. Der kan således være tale om at finde en balance mellem at inddrage patienten i form af blandt andet at forklare, hvad der tales om, og samtidig være opmærksom på bevidsthedsniveau og evne i situationen til at kommunikere. Informanten beskriver, hvordan det sikkert kan undre mange, at patienten ikke involveres mere ”... der er jo ikke meget ved at stå og snakke til sådan en der ligger der med lukkede øjne, det er jeg da også godt klar over... men jeg kan da godt forestille mig en der slet ikke er inde i tingene ville undre sig over at man kan ligge der uden man egentlig deltager i det der foregår, henover hovedet på én”. Informanten giver udtryk for, at det er væsentligt at blive inddraget i de forskellige sammenhænge selvom man ikke umiddelbart kan respondere. Det har således en betydning at vide, hvad der foregår og hvad det betyder for tilstanden.

Informant 3 fortæller at have oplevet at have modsat sig at få børstet tænder, men uden at ønsket blev efterkommet ”... jeg kan huske der var engang en der tvang mig til at få børstet tænder, det syntes jeg var forfærdeligt”. Informanten bruger ordet tvang og det kan tyde på, at informanten i situationen har følt sig umyndiggjort af den professionelle. Følelsen af ikke at blive inddraget eller at blive påtvunget noget kan også hænge sammen med oplevelsen af mareridt eller hallucinationer. Informant 3 fortæller, at vedkommende modsatte sig at få medicin, fordi vedkommende var overbevist om, at det ikke var, hvad man sagde det var ”... nogen som påduttede mig medicin som jeg ikke ville have, jeg var overbevist om at det var doping og alt muligt... at de påtvang mig nogle ting...”. Informanten føler sig påtvunget medicin og andet, som har gjort at informantens mening i nogle henseender har været overhørt eller tilsidesat, hvilket informanten ikke har kunnet opponere imod.

5.3 Ambivalente følelser i relation til intensivt afsnit

Informanterne beskriver på forskellig vis og uden at være bevidste om det, at de har modstridende følelser eller oplevelser omkring intensivt afsnit. Fælles for beskrivelserne er, at de ambivalente følelser eller oplevelser omtales i generelle eller overordnede vendinger.

Informant 3 fortæller flere gange under interviewet, at vedkommende har oplevet, at de professionelle ville vedkommende det godt. Alligevel fortæller informanten, at vedkommende har følt, at flere ting er gjort mod vedkommendes vilje ”... *at jeg havde den der med at jeg blev manipuleret, at de påtvang mig nogle ting...*” . Senere siger informanten det helt modsatte at, ”...*jeg har ikke sådan haft noget med at de har trukket noget ned over hovedet på mig, det har jeg virkelig ikke, ikke sådan nej...*”. Det ser således ud til, at informanten har svært ved at overskue forløbet og de følelser det efterfølgende fører med sig. Det kan også være tilfældet i det forhold mellem, at informanten siger, at vedkommende kun har en god fornemmelse med de professionelle, men alligevel beskriver at være bange for intensiv og have en udefineret truende fornemmelse af stedet. Informanten siger ”... *jeg har kun oplevet varme, venlighed og kærlighed, det er den fornemmelse jeg har...*”. I den anden ende af spektret siger informanten ”... *jeg følte mig sådan lidt truet...jeg ved ikke hvordan jeg skal sige det... jeg kan jo ikke huske intensiv, men jeg er så bange for intensiv...*”.

Informant 2 har også divergerende beskrivelser af, hvordan indlæggelsen har været. Informanten siger på den ene side, at ”... *det har været en skrækkelig oplevelse...det vil jeg ikke håbe for nogen de skal...*” og på den anden side lige bagefter at ”...*man lider jo ikke mens man ligger, man mærker jo ingenting, man kan ikke rigtig huske...*”. I lighed med informant 3 kan det således se ud til, at informant 2 har svært ved at overskue de følelser, som er fulgt i kølvandet på indlæggelsen. Det kan ligeledes tyde på, at informanterne oplever at have divergerende følelser omkring indlæggelsen på intensivt afsnit, og at de endnu ikke er fuldt integreret eller bearbejdet efterfølgende. Informant 2 fortæller endvidere flere gange, at vedkommende både under og efter indlæggelsen føler sig forandret. Informanten kan ikke forklare, hvordan det kommer til udtryk, men siger ”... *jeg følte mig alligevel så mærkelig slet ikke som mig selv... jeg føler mig sådan lidt fremmed for mig selv ...på en eller anden måde...*”. En anden modsat-rettet følelse bliver synlig, idet informanten også fortæller, at ”... *men jeg ved ikke rigtig hvad jeg føler, jeg føler vist ingenting...*”. Informanten har således ambivalente og uafklarede følelser omkring indlæggelsen på intensivt afsnit.

Informant 1 indleder med at fortælle, hvor dejligt den personlige hygiejne var, og fortsætter med at beskrive, hvor forfærdeligt resten af forløbet har været. Senere i interviewet fortæller informanten, at de positive oplevelser fylder mere end de negative, trods det at informanten har fortalt om de negative oplevelser. Informanten siger ”... *det jeg bedst kan huske er de positive ting, det andet det, det tror jeg, det fortrænger jeg...*”. Informanten er således på den ene side af den overbevisning, at det positive huskes bedst selvom de beskrevne oplevelser under interviewet vedrører det, der har været oplevet som forfærdeligt og ubehageligt. Informanten siger på den anden side, at vedkommende nok har fortrængt det negative ved indlæggelsen og således kan det tyde på, at informanten har en begyndende erkendelse af, hvad der er sket og hvad det betyder for vedkommende. Informanten siger tidligt i interviewet, at ”... *det er da en barsk oplevelse, det er det*”, selvom informanten umiddelbart søger at huske oplevelserne som positive.

Fælles for informanterne er således, at de oplever ambivalente følelser omkring indlæggelsen, som er relateret både til forløbet under og efter indlæggelsen. Det fremgår ligeledes, at disse følelser ikke adskilles, men tilsyneladende er indbyrdes på spil.

5.4 Psykologiske følgevirkninger

Informanterne beskriver i varierende grad problemer i efterforløbet i relation til indlæggelsen på intensivt afsnit. Der er tale om, at oplevelserne fra intensivt afsnit fortrænges samt et behov for at tale forløbet igennem med en professionel. Den professionelle defineres forskelligt.

5.4.1 Fortrængning af oplevelser

Informant 1 siger først i interviewet, at vedkommende ikke synes at huske ret meget og at informanten tror, at oplevelserne fortrænges. Informanten siger ”...*at jeg nok har fortrængt det...jeg har fortrængt tingene, og ...jeg har nogle enkelte episoder, jeg kan huske...*”. Senere fortæller informanten, at minderne dukker frem engang imellem, hvor de optager tankerne meget og at vedkommende husker minderne i brudstykker for således bedre at kunne bearbejde oplevelserne uden at blive overvældet. Informanten siger ”... *Jeg tror jeg lægger låg på indimellem- ja det gør jeg, ligesom for, jeg tror*”

også det er for at beskytte mig selv...så er det lidt nemmere at lægge låg på...og så pakke det ind igen... jeg tager lidt frem ad gangen, så meget kan jeg ikke kapere på en gang... ”. Informanten er således bevidst om, at oplevelserne sandsynligvis fylder mere end, hvad der umiddelbart huskes og, at det er væsentligt at bearbejde de følelser der dukker frem omkring det lidt ad gangen.

Informant 3 fortæller også i starten af interviewet, at vedkommende fik fortalt, at der ville komme en reaktion over oplevelserne på intensivt afsnit i efterforløbet, men at vedkommende ikke har oplevet den reaktion endnu. Informanten siger, at *”...jeg fik at vide at jeg skulle regne med en reaktion, men den har jeg aldrig mærket må jeg sige, men da jeg fik den henvendelse fra X Sygehus om at tale med dig, da kom det lige pludselig, da tænkte jeg hvad skete der egentlig der, jeg kan ikke huske meget derfra... ”. Informanten fortæller senere, at deltagelse i dette interview tvinger vedkommende til at tænke på, hvad der skete og, at det ikke ubetinget er rart: *”... det tvinger mig til at gå tilbage, og det gør jeg, men jeg går tilbage til et stort tomt ingenting og samtidig har jeg en truende fornemmelse, som jeg ikke bryder mig om... ”. Informanten bekræfter ved direkte forespørgsel, at vedkommende nok har fortrængt mange af oplevelserne og siger endvidere *”... Det har jeg hele tiden syntes at jeg har tacklet godt nok, men det har jeg nok ikke inde bagved, inde bagved er man jo bange... ”. Informanten er således interesseret i at udforske oplevelserne omkring indlæggelsen på intensivt afsnit, men har samtidig en følelse af modstand mod at gøre det. Informanten siger *”... samtidig med at jeg blev udskrevet så var jeg så nysgerrig, jeg ville helst ikke vide noget og så ville jeg alligevel, og ”. Informanten har i lighed med informant 1 brug for klarhed over, hvad der er foregået, men er bekymret over, hvad der åbnes for. Informant 1 og 3 er ligeledes bevidste om, at der er en reaktion omkring indlæggelsen, som de skal håndtere og forholde sig til.****

Informant 2 mener at have forholdt sig til oplevelserne selv, idet vedkommende udtaler *”... jeg er så afklaret med mig selv omkring det...der kan ikke være noget som jeg brænder inde med... ”. Alligevel siger informanten i modstrid hermed, at *”... jeg tænker på det hele tiden...men det kan ikke nytte noget, det kan jo ikke laves om... ”. Informanten tænker således stadig meget på det og informanten har måske ikke**

erkendelse af, at oplevelserne bør bearbejdes mere og på en måde, således de ikke længere tynger informantens tanker omkring indlæggelsen på intensivt afsnit. Informanten fortæller endvidere, at vedkommende ikke bryder sig om at se sig selv i spejlet ”... *jeg kan ikke holde ud at se mig i spejlet...jeg synes jeg ser så anderledes ud*”. Det kan ligeledes tyde på, at informanten har uafklarede følelser efterfølgende, fordi informanten tilsyneladende ikke føler sig som sig selv, når vedkommende ser sig i spejlet. Det kan se ud som om, informanten ikke har affundet sig med den nye situation og således ikke har fået indpasset de nye livsbetingelser.

5.4.2 At have behov for at tale om oplevelserne

Informant 1 og 3 fortæller, at de efterfølgende har behov for at tale med en professionel om oplevelserne fra intensivt afsnit. Informant 2 har, som beskrevet, ifølge sig selv ikke behov for at tale mere om det, men som skitseret, så er det nok ikke tilfældet.

Informant 1 fortæller, at vedkommende synes der er behov for at tilbyde psykologhjælp i efterforløbet, fordi man har behov for at blottlægge de oplevelser man har efter indlæggelse på intensivt afsnit. Informanten siger ”... *jeg synes man burde tilbyde folk der kommer ud for sådan en oplevelse noget psykologhjælp... det synes jeg man burde gøre fordi det ER en traumatisk oplevelse, at ligge i respirator på intensiv afdelingen...*”. Informanten fremfører endvidere, at netop en psykolog kan medvirke til at sætte ord på oplevelserne og bringe de fortrængte oplevelser frem i bevidstheden. Informanten udtaler ”...*der var en masse tanker og følelser som jeg gerne ville have haft snakket om... jeg tror der er nogle der er bedre til at åbne nogen af de der ting op, som man lægger låg på*”. Disse udsagn fremføres som det sidste i interviewet og således ser det ud til, at informanten har bevæget sig fra at være mindre bevidst om oplevelsernes betydning (grundet fortrængning) til at være sikker på, at oplevelserne optager tankerne meget og derfor bør bearbejdes med professionel hjælp fra en psykolog.

Informant 3 afviser på den anden side at tale med en psykolog, fordi vedkommende udtrykker, at det handler mere om tid og penge og ikke om den enkeltes problemer. Informant 3 har derimod behov for at tale med sin egen læge og har derfor bestilt en

”samtale-tid”. Informanten siger ”... jeg har haft det sådan lidt på det sidste, jeg har været lidt nede, men så har jeg fået en tid ved min egen læge i næste uge, sådan en samtale-tid, han er også utrolig god til at lytte, og give mig nogen ting sådan...”. Informanten ser således ud til at have behov for én der kan lytte, men også til at give modsvar, idet informanten siger ”og give mig nogen ting sådan”, hvilket kan opfattes således at, informanten har brug for at komme videre med bearbejdningen af sine oplevelser på en måde, sådan at oplevelserne kan integreres i de ændrede livsbetingelser.

Gennem hele interviewet vender informant 3 tilbage til, hvordan vedkommende oplever at have et tomt og udtømmeligt hul efter indlæggelsen. Et hul som dels forbindes med ikke at kunne huske, hvad der er sket og som dels forbindes med ikke at kunne kontrollere begivenhedernes gang under indlæggelsen: ”... jeg har bare et hul og det kan jeg ikke lide,... jeg har bare ikke kunnet følge med og det er sådan set det der er trist for mig”. Informanten foreslår gentagne gange, at der tages et billede af patienterne mens de er på intensivt afsnit, fordi informanten mener, det kan være gavnlig i efterforløbet i forhold til at se, hvordan man har set ud og således have lidt at udfylde ovennævnte ”hul” med. Informant 1 er også inde på betydningen af at se det intensive afsnit og den stue vedkommende var indlagt på. Informant 1 fortæller, at det kunne være interessant for at se om den ser ud som den forestilles at se ud, fordi informanten ikke selv har været vågen nok til at registrere omgivelserne omkring sig. At se de ydre omgivelser på intensivt afsnit kan tilsyneladende tyde på, at klarhed over ydre omstændigheder er væsentlige efterfølgende.

Fælles for informant 1 og 3 er, at de ikke på nuværende tidspunkt kan definere, hvad der er galt eller føles forkert. Informant 1 udtaler eksempelvis, at det ”ER en traumatisk oplevelse, at ligge i respirator på intensiv afdelingen...” og informant 3 siger, at ”jeg har været lidt nede”. De kan beskrive, at de har det svært, men de kan ikke konkretisere eller præcisere følelserne for nuværende. Det ser således ud til at være væsentligt for informanterne, at der tages vare på deres behov for at drøfte oplevelserne med en professionel. Selvom informant 3 umiddelbart har en aversion mod at tale med en

psykolog ser det alligevel ud til at netop en psykolog er den rette professionelle til at varetage forløbet, hvor de uafklarede følelser, tanker og oplevelser bearbejdes.

5.5 Sammenfatning af undersøgelsens resultater

Intentionen med følgende afsnit er at tydeliggøre resultaternes umiddelbare sammenhæng i forbindelse med, hvorvidt oplevelser omkring krænkelse af værdighed kan italesættes direkte eller indirekte. Opmærksomheden har gennem hele analyseprocessen været rettet herimod, men er som, tidligere beskrevet og begrundet, ikke italesat herunder. Derfor er der i følgende sammenfatning fokus på, hvilke begyndende mønstre, der er fremkommet i forhold hertil.

Informanterne beskriver, hvordan en følelse af magtesløshed og total afhængighed opleves i forbindelse med ikke at kunne tale og ved ikke at have kontrol over situationen, hvorfor det tyder på, at informanterne oplever dette krænkende for deres følelse af værdighed. Følelsen af magtesløshed og afhængighed ser ud til ikke at have sammenhæng med sygeplejersken eller andres opførsel og tilstedeværelse – om end informanterne beskriver, at det er væsentligt at føle sig ”taget af”, når man ikke selv kan. Informanterne oplever den personlige hygiejne positivt, og således opleves dette ikke tilsyneladende som krænkende for værdigheden. I lighed hermed opleves menneskelig nærvær i form af fysisk berøring og kontakt som væsentlig, idet det ser ud til, at informanterne finder det betydningsfuldt, når nogen bekymrer sig om dem, hvorfor værdighedsfølelsen ser ud til at være positivt i spil.

I forbindelse med, at informanterne ønsker at føle sig inddraget i samspillet med de professionelle, tegner der sig et billede af, hvordan dette forhold har en positiv og negativ betydning. Den positive betydning består i, at informanterne oplever det positivt at blive direkte talt samt at blive involveret i en samtale omkring et vedkommende emne, hvorfor det kan se ud til, at følelser omkring værdighed i denne forbindelse ikke umiddelbart er på spil. Den negative betydning består i, at informanterne oplever det negativt, når de ikke informeres om deres tilstand og, når der tales henover hovedet på dem, hvilket ser ud til at påvirke følelsen af krænkelse værdigheden. Denne dikotomi mellem positive og negative oplevelser medfører tilsyneladende ambivalente følelser og

disse følelser synes ubearbejdede og tyngende for informanterne, således det fremstår problematisk for følelsen af værdighed. Endvidere synes disse følelser at have betydning for forløbet efter intensivt afsnit, idet de negative oplevelser søges fortrængt, fordi de opfattes som ”farlige” at bearbejde på én gang, hvorfor det er nærliggende at antage, at værdighedsfølelsen opleves krænket. I den forbindelse finder informanterne det nødvendigt at tale om oplevelserne med en professionel og således tyder det på, at informanterne finder nogle af oplevelserne krænkende i en grad, som de ikke selv kan bearbejde.

6 Diskussion

I følgende diskussionsafsnit søges der mod at anskueliggøre, hvordan informanternes oplevelser har betydning for dem og, hvorledes denne betydning kan forstås i forhold til følelsen af værdighed. Opmærksomheden på oplevelser vedrørende værdighed har, som tidligere beskrevet, været skubbet lidt ud i periferien under analyseprocessen, men opmærksomheden rettes i følgende diskussion på, hvordan de beskrevne oplevelser kan ses i forhold til informanternes værdighedsfølelse. Intentionen er således italesættelse af de betydende forholds betydning i relation til, hvordan informanterne oplever følelsen af værdighed påvirket under indlæggelse på intensivt afsnit.

På baggrund af analyseprocessen er forhold, som informanterne har beskrevet i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit kommet til syne og disse forhold findes at være betydende. I diskussionen tages der derfor udgangspunkt i de betydende forhold, som er struktureret under fire overordnede områder, og disse områder er således sammenfaldende med de fire områder, som er beskrevet i afsnit 5. De fire betydende forhold er således: At føle sig afhængig og magtesløs, At være i de professionelles hænder, Ambivalente følelser i relation til intensivt afsnit og Psykologiske følgevirkninger. De to sidste forhold diskuteres under et, idet disse forhold findes at være tæt forbundet. For at kvalificere diskussionen vendes der heri tilbage til artiklerne fra litteraturgennemgangen samt forforståelsen med udgangspunkt i Eriksson, ligesom anden relevant litteratur inddrages og diskuteres i forhold til undersøgelsesspørgsmålet.

6.1 Afhængighed og magtesløshed medfører oplevelse af krænkelse af værdigheden

Informanternes beskrivelse af at have følt sig afhængig og magtesløs i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit kan overordnet ses som et udtryk for, at informanterne enten har *følt* sig krænkelse eller at de *er* blevet krænkelse, fordi følelsen af magtesløshed og afhængighed eksisterer i krænkelsen. Løgstrup (1956) argumenterer for, at mennesker grundlæggende er afhængige af hinanden og, at denne afhængighed determinerer magtforhold, som det enkelte menneske fordres at forvalte. Løgstrup fremfører i den forbindelse, at mennesker også må være selvstændige, fordi det forholder sig sådan at eksempelvis afhængighed og selvstændighed gives og forstås i modsætningen (Løgstrup 1982). Det påpeges, at selvstændighed hos et menneske medvirker til at betinge autoritet hos et andet. Forstået på den måde, at så længe et menneske bevarer sin selvstændighed og besidder initiativ til handlen og således vælger, hvem autoriteten påhviler, så længe er autoritet af det gode. Fjernes derimod menneskets selvstændighed og dermed initiativ, bliver autoriteten autoritær og et onde (Ibid).

Det er således naturligt at være afhængig af andre mennesker og det er derfor nærliggende at antage, at det er en følelse, som mennesker ikke normalt spekulerer på. Når informanterne derfor fremhæver netop den følelse, så tyder det på, at noget i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit er anderledes end vanligt i forhold hertil, og at det bevirker, at det er en følelse som informanterne gøres negativt opmærksom på. Informanternes oplevelser af ikke at kunne tale og ikke at føle kontrol over situationen kan, med udgangspunkt i Løgstrup, forstås sådan, at informanterne ikke oplever deres selvstændighed intakt, fordi initiativet i situationen er faldet væk, trods vedblivende forsøg på at fastholde det. Informanterne har således ikke haft mulighed for at vælge, hvem autoriteten gives til, fordi de ikke kunne tale, hvorfor autoriteten i stedet kan opleves autoritær og således medvirke til, at informanterne oplever afhængighed til de professionelle som et problem og ikke et naturligt magtforhold. Informanternes tillid til de professionelle er således ikke "afgivet" under vanlige betingelser og informanterne bliver ufrivilligt afhængige af de professionelle og deres forvaltning af magtforholdet. Det kan betyde, at informanterne oplever deres ansvar og autonomi tilsidesat. Informanterne beskriver på forskellig vis, hvordan de har kæmpet for at

bevare indflydelse og initiativ under indlæggelsen, men uden, at de har følt det lykkedes. De beskriver, at de blev ved med at forsøge at formidle deres behov, men at de professionelle ikke kunne forstå det. Selvom informanterne vedbliver at søge selvstændighed og initiativ i situationen under indlæggelsen, ser det alligevel ud til, at en generel følelse af magtesløshed er til stede, fordi det ikke er muligt for informanterne at formidle deres ønsker og behov. Informanterne udtrykker dette på forskellig vis. Informant 1 siger, at vedkommende ikke kan fortsætte med at være deltager eller tilskuer, at informant 2 følte sig så magtesløs og, informant 3 havde en truende fornemmelse. Det er således sandsynligt, at informanterne oplever følelsen af afhængighed på en ubehagelig måde, fordi de ikke kan sige til og fra, når de ønsker det og at det medfører en diffus fornemmelse af at være magtesløs. Magtesløsheden ser endvidere ud til at forstærkes af, at de fysiske udfoldelsesmuligheder er indskrænkede, idet informant 1 og 2 fremhæver netop denne kombination og beskriver, at det var frygteligt og pinefuldt. I relation hertil findes det, at ikke nok med, at informanterne ikke kan formidle ønsker og behov gennem talen og herved få dem efterkommet, men informanterne har heller ikke kontrol med, hvad der ellers sker rundt omkring dem og kan heller ikke styre, hvad der gøres hvordan og af hvem. Det kan således være en forstærkende faktor af magtesløsheden og afhængigheden til de professionelle er åbenbar. Lignende sammenhæng påpeger Lillestø (1998) i en norsk doktorafhandling, hvor hun interviewer 16 mennesker med funktionshæmninger i relation til, hvordan de oplever deres forhold til det personale, som kommer i deres hjem for at pleje dem. Lillestø ønsker beskrivelser af den levede erfaring, således fænomenologisk inspireret, og har strategisk udvalgt 7 af de 16 informanter i undersøgelsen. Lillestø beskriver, hvordan de funktionshæmmede mennesker oplever deres urørlighedszone krænket i forbindelse med at være afhængig af blandt andet hjemmehjælpere og hjemmesygeplejersker. Lillestø konkluderer blandt andet, at krænkelsen blandt andet opstår i forbindelse med, at andre mennesker har magt over dem i forhold til invasion af intimsfæren samt kontrol over, hvordan relationen prioriteres (Lillestø 1998). Det er derfor sandsynligt, at følelsen af magtesløshed opstår som konsekvens af at være ufrivillig afhængig af de professionelle, fordi informanternes urørlighedszone krænkes af de professionelle og den magt, som de ubetinget besidder.

Når informanterne ufrivilligt blottes i tillid og afhængighed fordrer det således til, at de professionelle tager imod udleveringen på bedste vis. Imidlertid besværliggøres dette, fordi informanterne kan formodes som udgangspunkt at opfatte magtforholdet autoritært, hvorfor betingelserne for et befordrende samspil er begrænsede. I lighed hermed beskriver den finske sygeplejeforsker Katie Eriksson (1995), at lidelse er en uundgåelig følelse for mennesket og, at den ofte påføres af et andet menneske bevidst eller ubevidst. Uanset, hvordan lidelsen påføres mennesket, så medfører lidelsen altid en krænkelse af værdighedsfølelsen og ved at søge efter en mening med lidelsen, søger mennesket samtidig en bekræftelse af værdigheden (Ibid). Det kan have som konsekvens for informanterne i nærværende undersøgelse, at det autoritære magtforhold medfører lidelse i form af magtesløshed og, at den udprægede afhængighed og magtesløshed opleves som en krænkelse af deres værdighed. Det har derfor betydning for informanternes samlede oplevelser af indlæggelse på intensivt afsnit, når der uundgåeligt og uafhængigt af de professionelle er tale om en krænkelse af værdigheden overordnet set.

Eriksson finder i sin forskning, at lindring for patienten bliver at finde mening med lidelsen, og at få bekræftet sin værdighed gennem anerkendelse af den enkeltes værdi som menneske (Eriksson 1995). Det kan se ud til, at informanternes værdighed bekræftes gennem forholdet ”at være i de professionelles hænder” i forhold til at opleve menneskelig nærvær. Herigennem bekræftes informanternes værdi som menneske af de professionelle, fordi informanterne oplever tryghed og interesse. Imidlertid kan det se ud til, at denne bekræftelse ikke er tilstrækkelig for at modvirke følelsen af magtesløshed, fordi informanterne, som tidligere beskrevet, fyldes af en overordnet følelse af magtesløshed. På den anden side kan det tænkes, at der findes en mening i lidelsen gennem accept af tingenes tilstand, fordi informant 3 eksempelvis udtaler, at vedkommende var glad for at blive taget hånd om, når nu situationen var som den var. Derfor er det i undersøgelsen ikke muligt at konkludere entydigt, hvordan følelsen af værdighed tillægges betydning i forhold til afhængighed og magtesløshed. Der kan være tale om på den ene side, at følelsen af magtesløshed ikke kan ændres under indlæggelsen, fordi informanterne ikke har mulighed for at bevare deres selvstændighed og initiativ, hvorfor lidelse opstår med krænkelse af værdigheden som følge. Dertil

kommer, at det kan forholde sig således, at værdigheden bekræftes gennem menneskelig nærvær fra de professionelle. På den anden side kan der være tale om, at magtesløsheden afløses af accept af tingenes tilstand, således lidelse ikke opstår og krænkelser på dette punkt udebliver. Denne problematik kan også anskues således, at lidelsen opstår med krænkelser til følge og, at accepten heraf fungerer som mening med lidelsen, hvorefter informanternes værdighed bekræftes. Det virker imidlertid mest sandsynligt, at informanterne føler værdigheden krænket, fordi en diffus følelse af magtesløshed ser ud til at bestå i informanternes beskrivelse af deres oplevelser, fordi alle tre beskriver en generel følelse af magtesløshed i forbindelse med indlæggelsens forløb, og at krænkelser udelukkende kan lindres.

En generel eller diffus følelse af magtesløshed menes at kunne genfindes i andre undersøgelser, idet det heri blandt andet beskrives, hvordan patienterne oplever det problematisk og ubehageligt, når det ikke er muligt at kommunikere gennem talens brug (Bergbom-Engberg & Haljamäe 1988; Rotondi et al 2002; Russell 1999; Happ 2001; Wojnicki-Johansson 2001). Happ (2001) undersøger i et litteraturstudie 13 undersøgelses (kvantitative og kvalitative) resultater i forhold til, hvordan patienter oplever indlæggelse på intensivt afsnit i forhold til kommunikation og vanskeligheder hermed. Happ vurderer endvidere anvendte metoder i praksis til at facilitere kommunikation med respiratorbehandlede patienter. Det findes, at der kan være sammenhæng mellem alvorligheden og kompleksiteten i patienternes sygdom og problemer relateret til kommunikation mellem patient og sygeplejerske, idet det tyder på, at de alvorligste syge patienter oplever en højere grad af angst omkring ikke at kunne tale. Det udvides til også at inkludere frygt og bekymring, således det har negativ indflydelse på patienternes oplevelse af ikke at kunne tale. I forhold til nærværende undersøgelse synes det, at informanternes oplevelse af ikke at kunne tale og magtesløshed som konsekvens heraf, kan genfindes i Happs fund, idet mangel på talens brug førte til bekymring og angst, hvoraf magtesløshed kan formodes at opstå. Rotondi et al. (2002) konkluderer, at det ikke at kunne tale og ikke at have kontrol over situationen opleves af patienterne moderat til meget generende, og at patienterne bedst husker oplevelser, som har været moderat til meget generende. Det synes derfor sandsynligt, at informanterne i nærværende undersøgelse udtrykker lignende oplevelser,

som fører til en diffus følelse af magtesløshed, fordi det er forhold, som informanterne ikke kan ændre på under indlæggelsen. Wojnicki-Johansson (2001) finder ligeledes, at patienterne oplever angst og bekymring ved ikke at kunne tale, men også at patienterne har behov for at blive bekræftet i at talen vender tilbage, når de er blevet extuberet, fordi det synes at have betydning for intensiteten af angst og bekymring. Det kan således være udtryk for, at det optager megen tankeaktivitet hos patienterne ikke at kunne tale, og ikke at vide om eller, hvornår talen vender tilbage. Det er i nærværende undersøgelse ikke muligt at klarlægge, hvorvidt dette forhold har betydning for informanterne, fordi de ikke fortæller noget herom. Imidlertid fortæller informanterne, at de ønsker at blive informeret om pleje og behandling (Jf. afsnit 6.2), hvorfor det er nærliggende at antage at dette forhold kan medvirke til at lindre den diffuse følelse af magtesløshed ved ikke at kunne tale og have kontrol.

6.2 At være i de professionelles hænder er såvel bekræftende som krænkende af værdigheden

Dette forhold indeholder, for informanterne, både positive og negative oplevelser ved at være i de professionelles hænder, hvoraf de positive oplevelser kommer positivt i spil i forhold til følelser omkring værdighed, mens de negative oplevelser medfører en oplevelse af krænket værdighed. Dette betydende forhold indeholder, som beskrevet i afsnit 5.2, at få god pleje, at opleve menneskelig nærvær og at føle sig inddraget i spillet med de professionelle. For overskuelighedens skyld overføres disse overskrifter til dette afsnit.

6.2.1 At få god pleje

Informant 1 beskriver, hvordan konkrete aktiviteter i forhold til personlig hygiejne findes rare og bevirker en efterfølgende velvære, og at der sættes pris på det gøres, når man ikke selv kan. Afhængigheden til de professionelle skaber således rammen for, at sådanne intime aktiviteter overlades til og overtages af de professionelle. I det betydende forhold omkring afhængighed og magtesløshed opfattes disse følelser problematiske, fordi informanterne ikke selv havde kontrol over hvem og hvordan afhængigheden tilfaldt. Imidlertid ser det ud til, at denne problematik ikke eksisterer i forhold til at være afhængig af de professionelle til personlig hygiejne. Informant 1

oplever at føle velvære i relation til mangeartede opgaver, som varetages under den personlige hygiejne, og således ser afhængigheden forbundet hertil ud til at blive overskygget af følelsen af velvære. Det genfindes i informantens udtalelse om, at vedkommende ikke har fundet det ydmygende, fordi det var informanten for dårlig til, og at det kun var rart, når noget blev gjort. Det er på baggrund heraf sandsynligt, at informanten ikke føler sig krænket, fordi vedkommende accepterer afhængigheden i denne forbindelse og således overordnet ubevidst eller bevidst ufrivilligt har affundet sig med, at en indlæggelse på intensivt afsnit medfører en række forhold, som ikke står til at ændre. Informant 2 og 3 fortæller begge på forskellig vis, at de har fået god pleje, men de uddyber ikke hvad god pleje er. Informant 3 siger dog, at vedkommende var glad for de ting, der blev gjort. Fælles for de tre informanter ser således ud til at være, at de finder det væsentligt at den gode pleje gøres, og at eventuelle følelser omkring krænkelser af værdighed skubbes væk i forbindelse hermed, fordi en følelse af velvære bliver vigtigere.

Lawler (1996) har i en sociologisk undersøgelse i Australien dels observeret og dels foretaget semistrukturerede interviews med 32 sygeplejersker og 2 sygeplejestuderende. Det vurderes at styrke validiteten i undersøgelsen, at Lawler anvender metodetriangulering qua observation forud for interviewene, således sygeplejerskernes udsagn ikke står alene i forhold til, hvordan patienterne agerer under indlæggelse. Formålet med undersøgelsen var beskrivelse af, hvordan sygeplejersken og patient interagerer i forbindelse med kropslige sygeplejeaktiviteter. Lawler beskriver, hvordan patienter automatisk affinder sig med at lade sygeplejerskerne varetage personlig kropspleje under en indlæggelse, men beskriver i relation hertil, at der er regler, som både patient og sygeplejerske forventes at følge, for at situationen ikke skal blive pinlig for parterne. Reglerne vedrører, hvordan patienten eksempelvis forventes at udvise en tilpas mængde blufærdighed og overlade kontrollen omkring blandt andet den personlige hygiejne til sygeplejersken. Sygeplejersken afvæbner patientens blufærdighed ved at anerkende tilstedeværelsen heraf gennem rolig og professionel opførsel, som givetvis kan komme til udtryk på mange måder (Ibid). Lawler (1996) påpeger, at patienternes forlegenhed synes at være styret af alvorligheden i sygdom og tilstand, idet der ikke findes forlegenhed, når patienterne er meget dårlige, hvor velvære

i forbindelse med kropspleje træder i stedet. Det synes derfor, at informanterne i nærværende undersøgelse ikke føler værdigheden krænket i forbindelse med personlig hygiejne, fordi de alle var meget dårlige i en periode under indlæggelsen på intensivt afsnit, hvorfor opmærksomheden ikke har været rettet mod den potentielt værdighedskrænkende situation. I stedet rettes opmærksomheden mod, at den personlige hygiejne medfører velvære. Russell (1999) finder en modstridende beskrivelse heraf, idet én af Russells informanter beretter, at hun føler, hendes værdighed er krænket så meget, at hun ønsker sig død. Informanten har oplevet at ligge nøgen i sengen mens hun blev vasket samtidig med sygeplejerskerne talte og jokede sammen indbyrdes om noget, som ikke vedrørte den pågældende patient. Imidlertid er det uklart, om patienten oplevede det krænkende at blive vasket i sengen eller at sygeplejerskerne talte sammen samtidig. En konsekvens heraf kan således være, at det er nødvendigt at undersøge, hvilke konkrete forhold, som patienterne oplever betydende i forhold til personlig hygiejne, således patienterne ikke oplever værdigheden krænket.

6.2.2 At opleve menneskelig nærvær

Informanterne i undersøgelsen oplever det betydende, at føle sygeplejerskens nærvær. Oplevelsen af nærvær kan komme til udtryk gennem menneskelig interesse ved at sygeplejersken viser, at hun er interesseret i mennesket bag patienten eller det kan komme til udtryk gennem fysisk berøring, som opleves trygt. Det ser således ud til at informanterne, trods ufrivillig afhængighed til de professionelle, søger samspillet med sygeplejerskerne. Løgstrup argumenterer for, at den uundgåelige afhængighed til hinanden medfører, at tillid mellem mennesker er et grundvilkår eller en livsbetingelse – det som Løgstrup definerer som en spontan livsytring (Løgstrup 1956; Løgstrup 1982). Tilliden er således begrundet i sig selv og fungerer derfor udtalt og det betyder, at der ikke er tale om bevidst at udlevere tilliden til andre mennesker – mennesket er på forhånd udleveret (Løgstrup 1956). Når et menneske viser et andet menneske tillid, så blottes man således ubevidst i håbet og forventningen om imødekommenhed af fordringen. Det er derpå op til den anden part at tage imod, men det betyder ikke, at der er kongruens mellem fordringen og gensvaret, idet det påhviler den enkelte at vurdere, hvad der er det bedste for den udleverede – dog uden at fratage dennes ansvar (Ibid). Informanternes oplevelse af sygeplejerskens nærvær er således betydende på den måde,

at informanterne er udleveret til sygeplejersken, som har ansvar for at forvalte udleveringen på bedste vis til den enkelte patient. På trods af, at udleveringen sker uden informanternes "samtykke", og med deraf rimelighed ved, at informanterne ikke ønsker sygeplejersken, så findes det, at informanterne oplever det som betydende under indlæggelsen på intensivt afsnit, idet de gerne tager imod sygeplejerskens nærvær og fysiske berøring. Informanterne må derfor have oplevet, at deres udlevering af tillid er taget alvorlig og mødt med fordringen om, at tage vare på dem på bedste vis i situationen.

Eriksson (1995) beskriver således, hvordan sygeplejersken må bekræfte patienternes værdighedsfølelse gennem individuel tilpasset sygepleje, således patienterne oplever deres værdi som menneske respekteret. I den forbindelse synes det at forholde sig sådan, at informanterne oplever sygeplejerskens nærvær og fysisk berøring, som bekræftelse af værdighedsfølelsen, hvorfor nærvær og fysisk berøring kan være medvirkende til at neutralisere den diffuse følelse af magtesløshed eller krænkede værdighedsfølelse, som beskrevet tidligere. Oplevelsen af nærvær og fysisk berøring findes derfor at være betydningsfuld for informanternes samlede oplevelse af indlæggelsen, idet sygeplejerskens nærvær og fysiske berøring kan medvirke til at reducere følelsen af krænkelser af værdigheden.

Betydningen af nærvær og fysisk berøring bekræftes i andre undersøgelser. (Russell 1999; Wählin et al. 2006; Bergbom-Engberg & Haljamäe 1988; Estabrooks 1989; Verity 1996) Russell og Wählin et al. finder, at patienterne oplever plejepersonalet som betydningsfulde for den samlede oplevelse af indlæggelse i intensivt regi, og at det betydningsfulde består i, at plejepersonalet er opmærksomme på patienten, og bruger fysisk berøring til at berolige med og sikre tryghed (Russell 1999; Wählin et al. 2006). Bergbom-Engberg & Haljamäe beskriver i deres undersøgelse ligeledes, at patienterne som den næstvigtigste årsag til at føle tryghed var nærvær af en plejepersonale og gerne kombineret med fysisk berøring i form af eksempelvis at holde i hånd. Det findes, at nærvær og berøring medvirker til, at patienterne oplever en form for kontrol med situationen, som bidrager til følelsen af tryghed. Det synes endvidere, at det vigtigste for patienterne er at opleve, at plejepersonalet bryder sig om dem (Bergbom-Engberg &

Haljamäe 1988). Estabrooks (1989) undersøger i en canadisk kvalitativ undersøgelse med observation og interviews af 8 sygeplejersker, hvordan og hvilken berøring af intensive patienter, som kan anvendes som en strategi til at modvirke stress og medføre tryghed. Det konkluderes, at der overordnet eksisterer 3 strategier for berøring, som har hver deres formål i sygeplejen til de intensive patienter. Strategierne vedrører berøring i forhold til at signalere omsorg og nærvær for patienten, berøring i forhold til definerede og afgrænsede opgaver samt berøring i forhold til at kontrollere patientens handlinger, eksempelvis ved at holde patienten, således uhensigtsmæssig extubation undgås (Ibid). Estabrooks konkluderer endvidere, at særligt strategien vedrørende omsorg og nærvær opfattes væsentlig af sygeplejerskerne, idet denne strategi er en intention om at patienterne oplever emotionel tryghed og balance i sind. Verity (1996) undersøger, gennem et litteraturstudie, betydningen af fysisk berøring, som en strategi til kommunikation med respiratorbehandlede patienter på intensivt afsnit. Verity konkluderer at fysisk berøring kan anvendes som en strategi til forbedring af gældende intensiv praksis, fordi det vurderes at have en positiv psykologisk effekt for patienterne. Følelser omkring værdighed er ikke direkte undersøgt i disse undersøgelser, men indirekte fremgår det, at denne følelse er på spil, idet resultaterne viser, at sygeplejerskerne oplever, at patienterne finder det væsentligt at blive omsorgsfuldt berørt og det antages at kunne begrundes i, at deres værdi som menneske anerkendes. Sygeplejerskerne er opmærksomme, nærværende og oprigtigt interesseret i patienterne samt evner en beroligende og tryghedsskabende fysisk relation, hvilket kan medføre indre tryghed og balance, hvorved værdigheden ikke opleves krænket.

6.2.3 Inddragelse i samspillet

Informanterne i undersøgelsen beskriver forhold, som vedrører inddragelse i samspillet med de professionelle. Informanterne oplever det betydende at blive eller føle sig involveret i egen situation. Informanterne beretter, at det kan ske gennem direkte tiltale og information om sygdomstilstand eller tale om emner, som informant og professionel finder vedkommende. På den anden side findes det, at det opleves krænkende, når informanterne oplever, at der tales eller handles hen over hovedet på dem, fordi der synes at opstå en følelse af umyndiggørelse eller tingsliggørelse. Kemp (2001) argumenterer for, at patienters ret til selvbestemmelse kan tilgodeses dels gennem

information om deres tilstand og dels gennem respekt og interesse for patienten. Kemp argumenterer for, at menneskets selvbestemmelsesret, værdighed og integritet er tæt forbundet og, at det betyder, at disse begreber fungerer samhörigt. Forstået på den måde, at i samspillet mellem patient og professionel vurderes begreberne individuelt, således begreberne udfoldes i den udstrækning, som patienten bedst respekteres som menneske i forhold til vedkommendes forudsætninger og nuværende ressourcer. Kemp fremfører, at patienter således løbende skal holdes orienteret om behandling og pleje, men at det ikke er nok for at tilgodese ovennævnte begreber. Ydermere skal patienternes livshistorie, vurdering af og ønsker for situationen medtages, samt opmærksomhed på behov for menneskelig nærvær og interesse ved eksempelvis at tale om emner, som ikke er relateret til behandling og pleje (Ibid). Eriksson (1995) påpeger samme sammenhæng, idet Eriksson beskriver, hvordan det at fratage patienten retten til selvbestemmelse ved at gøre noget, som patienten ikke selv ville vælge, ikke at tage patienten alvorligt eller ikke "se" patienten er magtudøvelse, som medfører lidelse for patienten. Patienten oplever derved ikke sin fulde værdi som menneske og følelsen af magtesløshed og krænkelser kan opstå (Ibid) Informanterne oplever det derfor betydningsfuldt at blive inddraget gennem direkte tiltale eller talen om konkrete emner, som informant 3 fremhæver. Informanterne føler sig derigennem respekteret som menneske med ret til at blive hørt og set. Omvendt bliver det modsatte tilfældet, hvis informanterne ikke oplever at føle sig inddraget. Det udtrykkes på forskellig vis ved eksempelvis, at informant 1 siger, at samtale kan ske henover hovedet på patienten og, at det giver anledning til undren eller, at informant 3 siger, at vedkommende blev påtvunget at få børstet tænder. Her findes at være tale om en krænkelser af informanternes værdighed, fordi deres mening ikke regnes og fordi de ikke ses eller tages alvorligt. Informant 3 beskriver en situation, hvor retten til selvbestemmelse er blevet krænket, fordi vedkommende følte sig tvunget til at få børstet tænder. Informant 1 oplever sig overset og derfor krænket ved, at der tales og handles udenom vedkommende.

Det findes i andre undersøgelser, at patienterne oplever det betydende at blive informeret om egen tilstand løbende og blive involveret i det omfang det er muligt (Wojnicki-Johansson 2001; Wählin et al. 2006; Russell 1999; Bergbom-Engberg &

Haljamäe 1988; Happ 2001). Russell (1999) påpeger, at patienterne oplever det stressende og oprivende, når personalet taler hen over hovedet på patienten med hinanden og ikke sørger for at fortælle patienten, hvordan det går med vedkommende. Russell konkluderer, at patienterne i yderste konsekvens kan få psykiske problemer på baggrund heraf, og det tyder på, at patienterne oplever det værdighedskrænkende. Happ (2001) finder, at respiratorbehandlede patienter indlagt på intensivt afsnit efterspørger inddragelse i beslutningsprocesser, men at denne inddragelse ofte udebliver, grundet patienternes fysiske og psykiske tilstand. Informant 1 beskriver, i lighed med Happs fund, at vedkommende er klar over, at det kan være svært at kommunikere med en patient som ikke umiddelbart reagerer på det, der siges. Alligevel er det væsentligt for informanten, at det gøres, hvilket er sammenfaldende med de anførte ovenstående undersøgelsers konklusioner. Bergbom-Engberg & Haljamäe (1988) konkluderer forsigtigt, at den mest betydningsfulde årsag til, at patienterne oplever tryk eller utryk af afgøres af relationen og kommunikationen mellem patient og sygeplejerske. Det er derfor sandsynligt, at manglende inddragelse opleves krænkende af værdighedsfølelsen, mens det opleves bekræftende på værdighedsfølelsen at føle sig inddraget.

6.3 Ambivalente følelser medfører behov for hjælp til bearbejdning

Dette betydende forhold omfatter informanternes beskrivelse af ambivalente oplevelser i forbindelse med indlæggelsen på intensivt afsnit og de ambivalente følelsers betydning for forløbet efter udskrivelsen. Fælles for informanterne er, at de beskriver i generelle vendinger, hvordan de har oplevet indlæggelsen mere eller mindre positiv, selvom de langt overvejende beretter om de negative oplevelser. Informant 1 giver som forklaring hertil, at vedkommende mener at have fortrængt de negative oplevelser. Imidlertid tyder det på, at det kun er sandt et stykke af vejen, netop fordi informanten selv er inde på, at de negative oplevelser snarere er fortrængt end ikke-eksisterende, samtidig med at de beskrevne oplevelser under interviewet ikke har karakter af at være positive oplevelser. Årsagen til denne fortrængning kan findes i, at det opleves voldsomt, når menneskets selvfølelse eller værdi som menneske påvirkes, hvorfor menneskets forsvarsmekanismer sætter ind. Cullberg (1999) beskriver forsvarsmekanismerne som ”jeg’ets” ubevidste forsvar og at denne funktion kan være mere eller mindre hensigtsmæssig. Fortrængning

er en af de højere forsvarsmekanismer, som fungerer for at regulere konflikter, således menneskets følelse af ligevægt ikke påvirkes ved at jeg'et konfronteres med truende oplevelser (Ibid). Fortrængning fungerer således, at personen udelukker eller "glemmer" en bestemt følelse og indholdet heraf fra bevidstheden, som personen dermed ikke skal forholde sig til. Personen slipper på den måde for, at binde energi til at holde følelsen på afstand, og til at forene følelsen med de vilkår, der er til stede indtil det er passende at tage frem (Ibid). Informanterne findes derfor, at have brug for at gemme nogle af oplevelserne væk fra indlæggelsen, fordi de under indlæggelsen har oplevelser, som af jeg'et opfattes truende for deres følelse af ligevægt. Der synes derfor at være mening i, at informanterne beskriver ambivalente følelser, fordi de på den ene side har positive oplevelser, men på den anden side oplever eksempelvis, at føle sig udenfor og magtesløs, som opleves truende og derfor i en periode ikke kan fylde for meget i tankerne. Det findes derfor at være normal adfærd, at informanterne beskriver, hvordan de fortrænger de krænkende oplevelser i en periode, og således bringer dem frem i bevidstheden i mindre dele for at blive bearbejdet. Cullberg påpeger i lighed hermed, at indlæggelse på sygehus med, hvad det indebærer, af mange vil opfattes som "yderst krænkende" og medføre en følelse af "magtesløshed". Cullberg finder, at dette kan være årsag til, at der opstår en traumatisk krise, fordi mennesket oplever en trussel mod sin "sociale identitet og tryghed". Det synes derfor at være forenelig med, at informanterne har oplevelser fra indlæggelsen på intensivt afsnit, som opleves værdighedskrænkende og som kan medføre en krisetilstand, som informanterne er nødt til at forholde sig til. Det er på baggrund af interviewmaterialet ikke muligt at sandsynliggøre entydigt, hvorvidt informanterne kommer i krise, men det findes, at elementer fra Cullbergs beskrivelse af den traumatiske krise kan genfindes hos informanternes beskrivelser. Det ses ved, at informanterne beskriver forskellige former for krænkelser, som synes at være betydende for informanternes oplevelse af indlæggelse på intensivt afsnit, og som informanterne tilsyneladende ikke har overblik over, idet der beskrives ambivalente følelser. Endvidere kan informanternes eksplicite behov for at tale forløbet igennem med en professionel samt behovet for at gense det intensive afsnit ses som udtryk for, at indlæggelsen medfører følelser og oplevelser, som de ikke selv kan bearbejde, fordi oplevelserne har påvirket deres ligevægt, sociale identitet og generelle tryghedsfølelse til sig selv og livet. De ambivalente følelser

kan derfor være et udtryk for ubearbejdede følelser, indeholdt i et kriseforløb. Uanset om de ambivalente følelser er en del af et kriseforløb eller ej, så er de betydningsfulde for informanterne, og er således udtryk for, at informanterne har fortrængte og ubearbejdede oplevelser fra indlæggelsen, som opleves ubehageligt og krænkende for deres værdighed på forskellig vis. De ambivalente følelser kan således opfattes som en naturlig konsekvens af indlæggelsen, idet indlæggelsen medfører elementer som ikke kan ændres – eksempelvis afhængighed og heraf krænkelse af værdigheden – og elementer, hvis betydning for informanterne afgøres af de professionelle – eksempelvis formen og graden af inddragelse.

Russell (1999) finder, om end ikke i samme grad, at patienterne beskriver ambivalente følelser på den måde, at nogle oplevelser huskes som positive og andre som negative og, at det medfører en uoverskuelig samlet oplevelse af indlæggelse på intensivt afsnit. Russell beskriver således, hvordan en af hendes informanter ikke kan finde sammenhæng mellem oplevelsen af tryghedsskabende og imødekommende sygeplejersker og oplevelsen af, at de har været ude efter vedkommende ved flere lejligheder (Ibid). Problematikken omkring betydningen af ambivalente følelser har imidlertid som konsekvens, at der bør iværksættes undersøgelser, således der genereres viden om på hvilken måde de ambivalente følelser og oplevelser bedst bearbejdes.

7 Konklusion

I denne undersøgelse er patienters oplevelse af indlæggelse på intensivt afsnit med særlig fokus på deres oplevelse af følelser omkring værdighed udforsket. Undersøgelsens design er kvalitative forskningsinterview og tre tidligere intensive patienter er interviewet. Formålet med undersøgelsen har været at udlede, hvilke betydende forhold, som informanterne oplever i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit – set i forhold til oplevelser vedrørende følelser omkring værdighed. Undersøgelsen er således deskriptiv samt fokuseret på patientperspektivet.

Det kan forsigtigt konkluderes, at informanterne overordnet set oplever en krænkelse af værdigheden, fordi de oplever en diffus følelse af magtesløshed betinget af, at informanterne ufrivilligt er afhængige af de professionelle under indlæggelsen på

intensivt afsnit. Informanterne har ikke talens brug og føler ikke kontrol over situationen, hvilket medfører en følelse af magtesløshed og heraf krænkelser. Informanternes selvstændighed og initiativ er sat ud af drift og autoritet opfattes derfor autoritær, hvilket findes at begrunde informanternes oplevelse af en overordnet krænkelser af værdigheden, som er uafhængig af de professionelle. Et forbehold for konklusionen kan være, at informanterne beskriver, hvordan de tilsyneladende udvikler accept af tingenes tilstand og stiller sig tilfreds med de professionelle hjælp, når det ikke kan være anderledes. Imidlertid beskriver informanterne, hvordan en diffus følelse af magtesløshed karakteriserer indlæggelsen, hvorfor det tyder på at være sandsynligt, at informanterne føler en overordnet krænkelser af værdigheden alene begrundet i at være uden talens brug og uden kontrol under indlæggelsen på intensivt afsnit.

Informanternes beskrivelse af at være i de professionelle hænder kan konkluderes under to dele, idet dette betydende forhold særligt beskriver variationer af samme forhold. Det kan således konkluderes at informanterne ikke oplever sygeplejerskens hjælp til personlig hygiejne som krænkelser af værdigheden, hvilket er et område, som mennesker normalt ønsker at varetage selv, fordi det opleves privat og intimt. Informanterne beskriver imidlertid, at personlig hygiejne, som ikke defineres nærmere, medfører en følelse af velvære, hvorfor opmærksomheden rettes herpå og vendes væk fra den potentielt værdighedskrænkelser situation. Dette findes at være i lighed med Lawlers fund i forhold til, hvordan sygeplejersker og patienter interagerer i forhold til kropspleje.

Ligeledes kan det konkluderes, at informanterne ønsker og sætter pris på samspillet med de professionelle, idet informanterne beskriver, hvordan det at føle nærvær og fysisk omsorgsfuld berøring er betydende. Det synes at bekræfte informanternes værdighedsfølelse, samt oplevelsen af, at de professionelle bryder sig om dem, som mennesket bag patienten.

I forhold til at være i de professionelle hænder kan det endvidere konkluderes, at informanterne finder det betydningsfuldt at føle sig inddraget i samspillet med de professionelle. Informanterne beskriver, hvordan direkte taltale og ”tillempet” samtale

medfører en følelse af at være respekteret, set og inddraget. Det kan dernæst konkluderes, at informanterne oplever det krænkende af værdigheden, når det opleves, at der tales eller handles hen over hovedet på dem eller, at de ikke holdes informeret om deres tilstand. Årsagen hertil findes i de samme begrundelser som førnævnt – bare modsat - manglende respekt af deres meninger og følelsen af ikke at blive set.

I relation til ambivalente følelser og psykologiske følgevirkninger konkluderes det, at disse følelser opstår som en naturlig konsekvens af at have været udsat for en voldsom og krænkende oplevelse, fordi informanterne beskriver, hvordan de har fortrængt de negative oplevelser og trækker dem gradvist frem til bearbejdelse. Informanterne udtrykker i den forbindelse, at oplevelserne fylder meget, hvorfor det beskrives, hvordan der er brug for udefrakommende hjælp til at bearbejde oplevelser og til at få hold på følelserne. Der findes at være ligheder mellem informanternes beskrivelse af deres forløb og Cullbergs beskrivelse af den traumatiske krise, men uanset disse ligheder, findes informanterne at have fortrængte og ubearbejdede følelser, som bør bearbejdes.

Overordnet set konkluderes det derfor, at informanterne uafhængigt af de professionelle oplever en krænkelse af værdighed i forbindelse med en indlæggelse på intensivt afsnit, fordi de er ufrivilligt afhængige og ikke har den sædvanlige selvstændighed og initiativ. Dernæst konkluderes det, at følelser omkring krænkelse af værdighed ikke er på spil, når informanterne oplever velvære i forbindelse med personlig hygiejne eller oplever relationen til de professionelle nærværende og omfattet af omsorgsfuld berøring samt tiltale. Modsat konkluderes det, at manglende inddragelse i relationen ved ikke at blive informeret og ved at blive talt eller handlet hen over hovedet på medfører en følelse af krænkelse af værdighed. Afslutningsvist betyder det, at en indlæggelse på intensivt afsnit medfører følelser af krænkelse af værdighed, som opstår uafhængigt af de professionelles ageren, mens andre oplevelser findes at opstå som negativ konsekvens af de professionelles ageren med krænkelse af værdighed til følge.

8 Vurdering af undersøgelsens validitet og metodekritiske overvejelser

I afsnit 4.2.2, med udgangspunkt i Kvale (1997), beskrives validitet forstået som håndværksmæssig validitet, som inddeles i kommunikativ og pragmatisk validitet, hvilket overordnet kan karakteriseres som henholdsvis intern og ekstern validitet i forhold til en kvalitativ interviewundersøgelse. I afsnit 4 er beskrevet og begrundet, hvordan og hvorfor der er valgt at bruge en kvalitativ interviewundersøgelse med udgangspunkt i Kvales metode. Dette medvirker til gennemskuelse og mulighed for at vurdere, hvorvidt der findes metodisk stringens gennem undersøgelsens forskellige dele, således den interne eller kommunikative validitet imødekommes. Den kommunikative validitet styrkes under interviewet ved, at jeg har stillet uddybende eller afklarende spørgsmål, som medvirker til at undgå at misforstå informanterne. Dernæst menes den kommunikative validitet i transkriptionsprocessen at være styrket, fordi jeg selv har forestået transskriberingen, hvorved det bedre kan sikres at nedskrive det talte ord ordret. Ligeledes har jeg under analyseprocessen været opmærksom på eventuelle gentagelser og pausers betydning for tolkningen, ligesom jeg har været opmærksom på, hvilken stemning der var under de pågældende passager i selve interviewsituationen, således meningen af informanternes udsagn er vurderet i sammenhæng med det talte ord og nonverbale betydninger. Således har jeg fungeret som instrument for undersøgelsen, hvilket både Fog (1994) og Kvale (1997) fremhæver som væsentligt for validiteten i kvalitativ forskning.

Under den kommunikative validitet hører også, om formidlingen af undersøgelsesresultaterne er troværdig, forstået på den måde om resultaterne er velargumenterede og dermed kan opfattes som sandsynlige. I nærværende undersøgelse er dette tilgodeset ved at medtage citater, som kan ses som eksemplariske i forhold til den sammenhæng de anvendes i. Der er endvidere i undersøgelsens analyseproces og efterfølgende diskussion anvendt en konstant sammenlignende metode mellem interviewmaterialet og resultaterne, hvorved der søges konsistens mellem undersøgelsens forskellige dele og resultater. Endvidere er undersøgelsens resultater i diskussionsafsnittet understøttet af og suppleret med resultater fra andre undersøgelser, hvilket medvirker til at sandsynliggøre resultaternes interne validitet, idet der findes at være overensstemmelse mellem undersøgelsens resultater og andre undersøgelser

resultater. Et kritikpunkt af kvalitative interviewundersøgelser er imidlertid, at der ikke kan udledes sand eller objektiv viden (Kvale 1997). Denne form for viden har sin berettigelse i kvantitative undersøgelser, mens der i kvalitative undersøgelser er fokus på sandsynlige tolkninger i forhold til den undersøgte kontekst (Ibid). I nærværende undersøgelse er informanternes oplevelser i centrum og det giver således ikke mening at diskutere, hvorvidt disse oplevelser er sande, fordi oplevelser af natur er at betragte som subjektive og er sande for dem, hvis oplevelser der er tale om. Formålet er derfor heller ikke at udlede en objektiv sandhed vedrørende informanternes oplevelser, men derimod at udlede sandsynlige og velargumenterede tolkninger i forhold til det undersøgte område, hvilket således menes at være opfyldt.

Den eksterne validitet eller pragmatiske validitet i nærværende undersøgelse afhænger af resultaternes relevans for og anvendelighed i praksis og er derfor også en vurdering af, hvorvidt undersøgelsen har bidraget med ny viden. Undersøgelsens resultater menes at bidrage med ny viden, idet betydende forhold omkring patienters oplevelser af værdighed under indlæggelse på intensivt afsnit er italesat og beskrevet, hvilket ikke tidligere er gjort. Resultaterne kan derfor ses at være valide under de givne omstændigheder. Resultaterne er derfor relevante for praksis, idet patienternes oplevelser særligt omkring følelsen af værdighed er blevet beskrevet og fundet betydningsfulde for informanterne – om end resultaterne ikke kan anvendes direkte i praksis. Eftersom formålet med undersøgelsen har været deskriptiv og haft fokus på patienters oplevelser og derfor ikke søger mod at konkludere handlingsanvisende eller generere viden, som kan overføres direkte til anden kontekst, er det på baggrund af resultaterne ikke muligt at påvise tiltag til forbedring af nuværende praksis, såfremt dette kunne være tilfældet. Det vil kræve en anden form for undersøgelse – eksempelvis en interventionsundersøgelse, hvor det er muligt at afprøve eksempelvis, hvorvidt kontinuérlig information i en given mængde hindrer, at patienterne oplever værdigheden krænket. En større undersøgelse end den nærværende undersøgelse kan imidlertid også medvirke til opmærksomhed på tiltag, som findes betydningsfulde at indføre i gældende praksis. På baggrund heraf kan det indvendes, at der ikke findes pragmatisk validitet i undersøgelsen. Alligevel opfattes resultaterne valide, og med relevans for praksis, men at konkrete undersøgelser kan sættes i værk med henblik på, at udvikle viden, som kan

implementeres i praksis, således forbedrede handlingsmønstre kan opstå, hvorved patienternes oplevelse af krænkelse af værdighed formindskes mest muligt. Dog kan det bemærkes, at den enkelte sygeplejerske kan være opmærksom på eksempelvis ikke at tale hen over hovedet på patienten, at informere om tilstanden og vise nærvær gennem fysisk berøring og tiltale/samtale, når muligt. Herigennem kan sygeplejersken fungere i overensstemmelse med nærværende undersøgelses resultater.

8.1 Metodekritiske overvejelser

Metodekritisk kan indvendes, at jeg er vidende om, at nærværende undersøgelse er af beskedent omfang, idet undersøgelsens resultater er udledt på baggrund af 3 informanter og som alle repræsenterer det gastroenterologiske kirurgiske speciale. Eftersom undersøgelsen er gennemført med metodisk stringens og gennemskuelse samt argumentation for de fremkomne resultater opfattes undersøgelsens resultater valide – med undersøgelsens størrelse som begrænsning.

Metodekritisk kan det ligeledes indvendes, at afholdelse af flere interviews med informanterne kunne bibringe en dybere forståelse af det undersøgte, idet det herigennem muliggøres at tjekke de svar informanterne giver igen, således eventuelle modsigelser opfanges. Imidlertid er der flere årsager til, at dette ikke er gjort. Begrænsningen i, at dette er en eksamensopgave medfører en begrænsning i tid og ressourcer i forhold til, hvor mange informanter og interviews der kan afholdes. Herunder hører således, at der er taget etiske hensyn til informanterne, idet flere interviews på kort tid antages at være forbundet med en forcering af deres bearbejdningsproces efter indlæggelsen. Imidlertid findes det, at der gennem de afholdte interviews er fremkommet brugbart interviewmateriale, som der kan udledes valide konklusioner på baggrund af – vurderet i forhold til overensstemmelsen med andre undersøgelses resultater.

Imidlertid kunne undersøgelsens resultater nuanceres ved eksempelvis observationsstudier eller interviews med intensive sygeplejersker. Herigennem kunne det muliggøres gennem observationsstudier at kvalificere interviewspørgsmål, idet observationer af aktiviteter af forskellig karakter kan medvirke til at tydeliggøre, hvilke

spørgsmål der med fordel kan vægtlægges i en interviewsituation. Imidlertid kræver denne metode en række etiske hensyn i forhold til patienten, idet patienten ikke på forhånd kan give samtykke til sådanne observationer. Endvidere kunne kvalitative interviews med intensive sygeplejersker i forlængelse af interviews med patienter belyse, hvordan sygeplejersker beskriver varetagelsen af patienternes værdighed. Efterfølgende analyse og diskussion mellem patienternes og sygeplejerskernes beskrivelser kan antageligvis medføre nuancering af de muligheder og begrænsninger, som kan identificeres i forhold til patienternes følelse af værdighed i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit. Imidlertid kan det bemærkes, at patienternes *oplevelse* af krænkelse af værdigheden i visse situationer forbliver, fordi indlæggelse på intensivt afsnit er potentielt krænkende af værdigheden.

Ligeledes er jeg opmærksom på, at der ved henvisning til dele af eksempelvis Løgstrups, Erikssons og Cullbergs arbejde ikke er tale om, at deres værker eller blot de beskrevne begreber er beskrevet udtømmende. De udvalgte dele findes alligevel at være troværdigt beskrevet og anvendt. Slutteligt skal det bemærkes, at jeg er bevidst om at være uerfaren udi videnskabeligt arbejde, hvilket kan være en begrænsning i forhold til undersøgelsens validitet.

9 Perspektivering

Undersøgelsens resultater giver anledning til at udforske patienters oplevelse af indlæggelse på intensivt afsnit i forhold til følelser omkring værdighed i større undersøgelser. Det begrundes med, at resultaterne i nærværende undersøgelse er baseret på 3 informanter fra samme speciale, som alle har været patient på samme intensive afsnit. Det kan derfor være problematisk at overføre og anvende resultaterne i praksis i forhold til at vide, om oplevelserne kan betragtes som generelle eller, om de er et resultat af indlæggelse på netop det valgte intensive afsnit. I det følgende beskrives derfor, hvilke uddybende undersøgelser, som i diskussionen kort er beskrevet, i forhold til, hvad relevant fokus i disse undersøgelser kunne være. Det skal endvidere bemærkes, at fremtidige undersøgelser udover at være større også bør tage stilling til, hvorvidt informanterne skal repræsentere samme speciale eller i stedet bør findes repræsentativt. Fordelen herved kan være, at den pragmatiske validitet styrkes.

I diskussionsafsnittet fremkommer to områder, som især giver anledning til at blive udforsket nærmere. I afsnit 6.2.1 beskrives, hvordan informanterne oplever ”*at få god pleje*”, men at de ikke kan konkretisere, hvad god pleje er. Informant 1 beskriver, som den eneste, at aktiviteter forbundet med personlig hygiejne medfører velvære, og at vedkommende synes, det er rart når nogen tager sig af det, når man ikke selv kan. Informant 3 beskriver, at det var rart at blive taget af, når man ikke selv kan. Imidlertid findes diskrepans mellem disse oplevelser og et udsagn som Russell (1999) fremfører fra sin undersøgelse, idet én informant beskriver, at det oplevedes som krænkende at blive vasket i sengen, mens sygeplejersker talte indbyrdes sammen. Det kan derfor være væsentligt at undersøge, hvilke tiltag der findes betydende og som ikke krænker værdigheden, og hvilke tiltag der opleves krænkende af værdigheden i forbindelse med personlig hygiejne. I interviews kunne fokus blandt andet være, hvad der opleves rart og medførende velvære i forbindelse med personlig hygiejne og kropspleje på intensivt afsnit og hvorfor det opleves sådan og om der er noget, som kan medføre, at aktiviteterne i stedet ville opleves ubehageligt og negativt. Ligeledes kunne det undersøges, hvilke oplevelser i forbindelse med personlig hygiejne, som findes ubehagelige og negative, og om noget kan påvirke disse aktiviteter, således oplevelsen i stedet bliver tålelig eller i bedste fald positiv. Såfremt informanterne interviewes mere end én gang kunne det være interessant at spørge direkte, hvorvidt oplevelserne føles krænkende og ydmygende, samt hvilke oplevelser det drejer sig om. Informant 1 fortæller uopfordret, at vedkommende *ikke* oplever det *ydmygende*, hvilket kan tyde på, at aktiviteter vedrørende personlig hygiejne er potentielt ydmygende for patienterne. Resultaterne heraf kan medvirke til belysning af, hvordan sygeplejerskerne kan tilrettelægge og udføre personlig hygiejne på patienternes præmisser på en måde, hvor værdigheden ikke krænkes eller krænkes mindst muligt.

I afsnit 6.3 i diskussionen beskrives, hvordan informanterne har ambivalente følelser omkring indlæggelse på intensivt afsnit, og at det giver anledning til psykologiske følgevirkninger, som informanterne har behov for at bearbejde. Ovenfor beskrevne begrænsning i forhold til undersøgelsens størrelse gør sig ligeledes gældende i relation til, hvorvidt ambivalente følelser og psykologiske følgevirkninger er en generel problematik. Det er derfor relevant at undersøge, hvorvidt de beskrevne ambivalente

følelser er en generel problematik på intensive afsnit, og hvilke faktorer der kan identificeres i forhold til at de opstår eller ikke opstår. Ligeledes er det relevant at undersøge, hvordan de ambivalente følelser opleves som betydningsfulde for efterforløbet og i bekræftende fald, så hvorledes de bedst kan afhjælpes. Löf et al (2006) har foretaget en undersøgelse, som belyser i hvilket omfang patienternes beskrivelse og hukommelse af deres oplevelser fra intensivt afsnit ændres over tid og dermed om oplevelserne med tiden opleves mindre voldsomme og tyngende. I undersøgelsen konkluderes det blandt andet, at oplevelserne gradvist opleves mindre voldsomme 12 måneder efter udskrivelsen sammenlignet med 3 måneder efter udskrivelse fra intensivt afsnit. Imidlertid opfordres det til, på baggrund af den pågældende og andre undersøgelses resultater, at patienterne følges efter udskrivelsen med henblik på at optimere den psykiske rekonvalescens. Russell (1999); Rotondi et al.(2002); og Wojnicki-Johansson (2001) påpeger samme problematik, men uddyber ikke, hvordan denne opfølgning kan iværksættes mest hensigtsmæssigt. Informanterne i nærværende undersøgelse påpeger i lighed hermed behovet for opfølgning efter udskrivelsen fra intensivt afsnit, men fortæller, at de selv har taget initiativ til at tale med henholdsvis en psykolog og egen læge, og at betaling af en eventuel psykolog må betales for egen regning. Imidlertid findes det i undersøgelsen, at informanterne oplever de ambivalente følelser tyngende og, at de derfor har brug for at bearbejde dem hen ad vejen. Undersøgelser, der kan underbygge betydningen af, at ambivalente følelser udgør et problem for patienterne efter indlæggelse på intensivt afsnit kan derfor medvirke til anskueliggørelse af betydningen af, at patienterne får bearbejdet oplevelserne, og at dette foranlediges af det behandlende sygehus og ikke patienten selv. Såfremt patienterne selv skal betale kan man forestille sig, at ikke alle patienter har ressourcer til at betale selv eller ikke ønsker at vedkende sig behovet for at tale med eksempelvis en psykolog – som informant 3 er inde på. Undersøgelsen af ambivalente følelser og deres betydning for intensive patienters efterforløb kan tydeliggøres ved at spørge ind til, hvilke oplevelser informanterne har – interviewguiden på bilag 6 kan følges indledningsvist. Herefter kan informanten uddybe de modsatrettede følelser, som kommer frem, således beskrivelser af den levede erfaring vedrørende psykologiske følgevirkninger identificeres samt tydeliggør betydningen for informanterne. Informanterne kan ligeledes spørges til behovet for at tale forløbet igennem og, hvem de

opfatter som den/de rette til det. I den forbindelse kan det anskueliggøres, hvorvidt ambivalente følelser opstår som en generel problematik samt, hvorvidt der eksisterer et behov for professionel opfølgning efter udskrivelsen.

Referenceliste

Adam, SK., Osborne, S., 2000, *Intensiv Sygepleje – Viden og Praksis*. København, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

Bergbom-Engberg, I., Haljamäe, H., 1988, A retrospective study of patients' recall of respirator treatment (2): Nursing care factors and feelings of security/insecurity. *Intensive Care Nursing*, Vol. 4(3), pp. 95-101

Capuzzo, M., Pinamonti, A., Cingolani, E. et al., 2001, Analgesia, Sedation, and Memory of Intensive Care. *Journal of Critical Care*. Vol. 16(3), pp. 83-89

Cullberg, J., 1999, *Dynamisk Psykiatri – i teori og praksis*. København, Hans Reitzels Forlag, 5. udgave

Damgaard, SF., 1994, Intensiv Delirium – set ud fra en sygeplejesynsvinkel. *Dråben*, 9.årgang, nr. 1, s. 42 – 50

Dansk Selskab for Intensiv Terapi; hentet den 20/3 – 2007 på: [http://www.dadlnet.dk/master/kunder/dokument/m742/u723/intensiv_medicinsk_terapi_\(rev_jul04\).doc](http://www.dadlnet.dk/master/kunder/dokument/m742/u723/intensiv_medicinsk_terapi_(rev_jul04).doc)

Eriksson, K., 1995, *Det lidende menneske*. København, Munksgaard

Estabrooks, C, 1989, Touch: a nursing strategy in the intensive care unit. *Heart and Lung*. Vol. 18(4), pp 392-401

Fog, J., 1994, *Med samtalen som udgangspunkt – Det kvalitative forskningsinterview*. København, Akademisk Forlag. 2. udgave

Happ, ME., 2001, Communication with Mechanically Ventilated Patients: State of the Science. *AACN Clinical Issues*, 21(2), pp 247-258

Houngaard, L., 2004. *Potentiel sygdom sætter spor – Kvinders oplevelse af sygdom i et forløb med celleforandringer efter screening for livmoderhalskræft*. Ph.d.-afhandling, Aarhus Universitet, Det sundhedsvidenskabelige Fakultet

Kemp, P., 2001, Principper for omsorg, I: Bjerrum, M., Christiansen, KL.(red.) *Filosof-, Etik-Videnskabsteori*. Akademisk Forlag

Knizek, BL., 1998, Interview – design og perspektiv, I: Lorensen, M. (red.) *Spørrsmålet bestemmer metoden -Forskningsmetoder i sygepleie og andre helsefag*. Oslo, Universitetsforlaget A/S

Kvale, S., 1997, *Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København, Hans Reitzels Forlag a/s

Launsøe, L., Rieper, O., 1997. *Forskning om og med mennesker – Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskningen*. København, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 3. udgave

Lawler, J., 1996. *Bak skjerm Brettene – Sykepleie, somologi og kroppslige problemer*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Leininger, M., 1994, "Evaluation Criteria and Critique of Qualitative Research Studies", I. Morse, JM (red.). *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. SAGE Publications, Inc.

Lillestø, B., 1998, *Når omsorgen oppleves krenkende – En studie av hvordan mennesker med fysiske funksjonshemninger opplever sitt forhold til helsetjenesten*. Dr. Polit-avhandling, Tromsø Universitet, Nordland Research Institute, Rapport nr. 22

(LOP) List of Publications ; hentet den 27/3 – 2007 på:
<http://www.vasa.abo.fi/svf/vv/dokument/Eriksson.htm>

Lorensen, M., 1998, "Kontrolleret eksperiment", I: Lorensen, M. *Spørsmålet bestemmer metoden -Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo, Universitetsforlaget A/S

Lorensen, M., 2003, Et historisk perspektiv på vidensudvikling, sygeplejens gendstandsfelt og forskningsmetoder i sygeplejen. I: *Forskning i klinisk sygepleje 2 – metoder og vidensudvikling*. Lorensen, M.; Hounsgaard, L.; Østergaard-Nielsen, G. (red.), Akademisk Forlag A/S

Lund, T., 1998, "Kvasi-eksperimentelle design", I: Lorensen, M. *Spørsmålet bestemmer metoden -Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo, Universitetsforlaget A/S

Löf, L., Berggren, L., Ahlström, G., 2006, Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay – 3 and 12 months after discharge. *Intensive and Critical Care Nursing*, Vol. 22(3), pp. 154-166

Løgstrup, KE., 1956(1991), *"Den etiske fordring"*. København, Gyldendal – Nordisk Forlag A/S, 2. udgave

Løgstrup, KE., 1982(1997), *"System og Symbol"* . København, Gyldendal – Nordisk Forlag A/S, 2. udgave

Maaløe, E., 1996, *Casestudier – af og om mennesker i organisationer*. Akademisk Forlag A/S

Meiniche, A., 2003, *To kaffe og en stoveplade*. København, People´s Press, 3. udgave

Olsen, H., 2003, Veje til kvalitativ kvalitet - Om kvalitetssikring af kvalitativ interviewforskning. *Nordisk Pedagogik*, vol. 23(1), pp 1-20

- Olsen, J., Overvad, K., Juul, S., 1998, *Analytisk Epidemiologi – En introduktion*. København, Munksgaard, 2. udgave
- Overgaard, AE., 1997, Katie Eriksson lidelsen i fokus. *Sygeplejersken*, nr. 8, pp. 32-35, 44
- Polit, DF., Beck, CT., 2006. *Essentials of Nursing Research – Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins, 6. udgave
- Repstad, P., 1993, *Mellom nærhet og distanse*. Universitetsforlaget Oslo, 2. udgave
- Ricoeur, P., 2002, *En hermeneutisk brobygger – tekster af Paul Ricoeur*. Hermansen, M., Rendtorff, JD. (red.) Århus, Forlaget Klim
- Rotondi, AJ., Chelluri, L., Sirio, C. et al, 2002, Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical Care medicine*, Vol. 30(4), pp. 746-752
- Russell, S., 1999, An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 29(4), pp. 783-791
- SSN – Sykepleiernes Samarbeid i Norden, 2003, *Etiske retningslinier for sygeplejeforskning i Norden*
- Verity, S., 1996, Communicating with sedated ventilated patients in intensive care: focusing on the use of touch. *Intensive and Critical Care Nursing*, Vol. 12(6), pp. 354-358
- Wadel, C., 1991. *Feltarbeid i egen kultur – en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. SEEK a/s, Flekkefjord, Norge.
- Wojnicki-Johansson, G., 2001, Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations. *Intensive and Critical Care Nursing*, Vol. 17, pp. 29-39
- Wåhlin, I., Ek, AC., Idwall, E., 2006, Patient empowerment in intensive care – An interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, Vol. 22, pp. 370-377

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Opgørelse fra anæsthesisektoren vedrørende indlæggelser på afsnit X

Bilag 2: Datatilsynet – Forhåndsgodkendelse


Bilag 3: Datatilsynet – Endelig godkendelse

Bilag 4: Skriftlig information til patienter

Bilag 5: Samtykkeerklæring

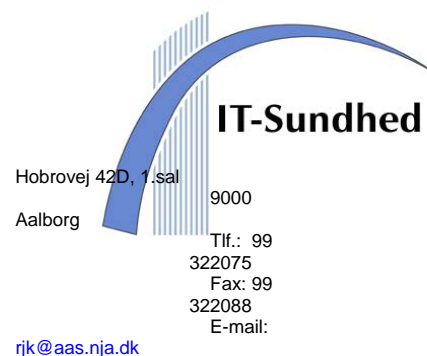
Bilag 6: Interviewguide

Bilag 1: Opgørelse fra anæsthesisektoren vedrørende indlæggelser på afsnit X

A		B	D	F
2		Opgørelse X for 2005		
3	Anæsthesisektor Nordjylland			
4		Antal patienter	Antal timer	Liggetid
5	Afdelinger	Afd. X	Afd. X	timer
6	Afd. S	44	3.192	73
7	Med. Nord			0
8	Afd. B	19	1.707	90
9	Afd. A	179	33.314	186
10	Afd. E	16	2.309	144
11	Afd. C	58	8.418	145
12	Afd. N	4	92	23
13	Afd. O	16	1.548	97
14	Afd. H	7	259	37
15	Børn			0
16	Afd. D	2	556	278
17	Afd. T	2	307	154
18	Med. Syd	32	2.826	88
19	Afd. K	7	340	49
20	Urol. Nord			0
21	Afd. V	26	3.041	117
22	Afd. Inse			0
23	Geriatrisk			0
24	Gyn.nord			0
25	Øjen			0
26	104			0
27	G113			0
28	Rheu 112			0
29	F1	19	2.588	136
30	BA1	1	2	2
31	Kæk 3510			0
32	Medicinsk afd., Hjørring	1	0	0
33	Kir. afd., Hjørring	1	1	1
34	Øvrige afd., Hjørring			0
35	Medicinsk afd., Hobro			0
36	Kirurgisk afd., Hobro			0
37	Ialt	434	60.500	139

Korrespondancen med anæsthesisektoren har pågået gennem en længere periode og har involveret 2 personer. Jeg har forgæves forsøgt at indhente alle data vedrørende år 2006, fordi den første person jeg talte med ikke længere var ansat og efterfølgeren kunne ikke finde de ønskede oplysninger. Jeg har gennem telefonen fået oplyst, at 533 patienter i år 2006 var indlagt på afsnit X, men har ikke kunnet få oplyst hverken fra hvilke afsnit eller i hvor mange timer de var indlagt på afsnit X. De statistiske data i afsnittet om incidens er derfor mangelfulde på enkelte områder.

Bilag 2 : Datatilsynet - Forhåndsgodkendelse



Sygeplejerske Rikke Rishøj Mølgaard
Afsnit R, Almen Intensiv
Aalborg Sygehus Syd

d. 14. februar, 2006

Godkendelse af Kandidatspeciale ”ukendt titel”

Projektet udgør Kandidatspeciale i Kandidatuddannelsen i Sygepleje (Cand. Jur.) ved Institut for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.

Projektet indeholder en kvalitativ interviewundersøgelse med 4-5 patienter udvalgt af afdelingssygeplejerske _____

Jeg har set på din projektbeskrivelse og vurderer, at projektet kan opfattes som et offentligt projekt, da det alt andet lige er et projekt til gavn for afdeling og patienter.

Ud fra de udtalelser, som du har oplyst omkring dit projekt, har jeg vurderet, at der ikke skal foretages en ny anmeldelse til Datatilsynet. Projektet kan falde ind under en af Nordjyllands Amts generelle anmeldelser ”Forskning og Statistik i Nordjyllands Amts regi (Se:<http://www.it-sundhed.dk/For+Personale/Anmeldelse+af+projekter/Regler+og+betingelser+-+Forskning+og+Statistik.htm>). Jeg vedhæfter sikkerhedsreglerne for denne anmeldelse for en god ordens skyld. I henhold til disse sikkerhedsregler lever projektet op til reglerne, da der ikke indgår cpr-numre i projektet, og der derfor ikke skal foretages logning, og jeg formoder, at det kun er dig, der bearbejder dataene fra interviewene.

Anonymisering af datamaterialet:

Patienten bliver informeret om, hvad det drejer sig om, og at det er frivilligt, at deltage og at det til en hver tid er muligt at trække sig. Deltagerne i projektet er anonyme i den videre bearbejdning. Patientens rigtige navn vil ikke på noget tidspunkt fremgå, da de vil blive interviewet som informant fra nr. 1 til 5. Listen med patienternes oplysninger opbevares separat. Når projektet er afsluttet vil alt interview materiale og ovennævnte liste blive tilintetgjort.

Det er aftalt, at datamaterialet destrueres når projektet er bestået, hvilket forventes december 2006.

Det er ligeledes aftalt, at "titlen" på projektet fremsendes til undertegnede når denne kendes, og at undertegnede i den forbindelse fremsender en endelig godkendelse af projektet.

Jeg ønsker held og lykke med projektet samt god arbejdslyst.

Med venlig hilsen

Rikke J. Kristensen
IT-Konsulent

IT-Sundhed
Hobrovej 42d
9000 Aalborg
Tlf.: 99322090
Mobil: 40313617
rjk@aes.nja.dk

Bilag 3: Datatilsynet - Endelig godkendelse

Rikke Rishøj Mølgaard
 Telefon: 98 12 22 46

ma@rn.dk kvalitativ interviewundersøgelse af patienters oplevelse af værdighed i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit.

Projektet udgør Kandidatspeciale i Kandidatuddannelsen i Sygepleje (Cand. Cur.) ved Institut for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.

Projektet indeholder en kvalitativ interviewundersøgelse med 4-5 patienter udvalgt af afdelingssygeplejerske

Jeg har set på din projektbeskrivelse og vurderer, at projektet kan opfattes som et offentligt projekt, da det alt andet lige er et projekt til gavn for afdeling og patienter.

Ud fra de udtalelser, som du har oplyst omkring dit projekt, har jeg vurderet, at der ikke skal foretages en ny anmeldelse til Datatilsynet. Projektet kan falde ind under en af Nordjyllands Amts generelle anmeldelser "Forskning og Statistik i Nordjyllands Amts regi (Se: <http://www.it-afdelingen.rn.dk/For+Fagfolk/Anmeldelse+af+projekter/Regler+og+betingelser++Forskning+og+Statistik.htm>). Jeg vedhæfter sikkerhedsreglerne for denne anmeldelse for en god ordens skyld. I henhold til disse sikkerhedsregler lever projektet op til reglerne, da der ikke indgår cpr-numre i projektet, og der derfor ikke skal foretages logning, og jeg formoder, at det kun er dig, der bearbejder dataene fra interviewene. Det skal oplyses, at der vil komme nogle nye og tilpassede retningslinjer, som gælder for Regionen, men indtil disse er færdiggjorte. Vil det være de vedhæftede der gælder.

Anonymisering af datamaterialet:

Patienten bliver informeret om, hvad det drejer sig om, og at det er frivilligt, at deltage og at det til en hver tid er muligt at trække sig. Deltagerne i projektet er anonyme i den videre bearbejdning. Patientens rigtige navn vil ikke på noget tidspunkt fremgå, da de vil blive interviewet som informant fra nr. 1 til 5. Listen med patienternes oplysninger opbevares separat. Når projektet er afsluttet vil alt interview materiale og ovennævnte liste blive tilintetgjort.

IT-Afdelingen
 Sekretariatet

Niels Bohrs Vej 30
 Postboks 8300
 9220 Aalborg Øst
 Tlf.: 96 35 10 00
 Fax. 98 15 20 09
www.rn.dk

IT-Konsulent
 Rikke J. Kristensen
 Direkte: 96351212
rjk@rn.dk

Ref.:

Journalnummer

25. maj, 2007

Projektet er påbegyndt januar 2006 og afsluttes juni 2007. Jeg forventer derfor at kunne slette lydfilerne senest med udgangen af august 2007.

Jeg ønsker held og lykke med projektet samt god arbejdslyst.

Med venlig hilsen

**Rikke J. Kristensen
IT-Konsulent**

**IT-Afdelingen
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Øst
Tlf.: 96351212
Mobil: 40313617
rjk@rn.dk**

Bilag 4: Skriftlig information til patienter

September 2006

Patientinformation om frivillig deltagelse i undersøgelse af respiratorbehandlede patienters følelse omkring værdighed i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit

Det har vist sig gennem forskning, at en indlæggelse på intensivt afsnit kan opleves voldsomt og somme tider have følgevirkninger efter udskrivelse, fordi nogle kan føle at de blandt andet næsten mister deres værdighed som menneske. Formålet med denne undersøgelse er derfor at få øget forståelse for, hvordan indlæggelse på intensivt afsnit opleves af patienter i forhold hertil.

Gennem interview vil jeg medvirke til beskrivelse af disse følelser og det forventes, at undersøgelsens resultater kan bidrage til fremtidig udvikling indenfor området.

Såfremt du indvilger i at deltage i undersøgelsen vil jeg gerne interviewe dig 1 gang i dit hjem på et tidspunkt, som passer dig. Samtalen vil blive optaget på lydfil og forventes en varighed på cirka 1 time. Du kontaktes af mig pr. telefon for at høre om du ønsker at deltage i undersøgelsen, og vi kan så aftale tidspunkt for samtalen, hvis du har lyst til at deltage.

Du sikres anonymitet og når undersøgelsen er tilendebragt destrueres den lydfil, som vores samtale er optaget på.

Undersøgelsen udgør mit afsluttende speciale ved Kandidatuddannelsen i Sygepleje på Aarhus Universitet, og undersøgelsen har således ikke forbindelse til Aalborg Sygehus.

Såfremt du deltager i undersøgelsen, men senere ønsker at trække din deltagelse tilbage, så kan du på et hvilket som helst tidspunkt i undersøgelsens forløb gøre det ved at meddele det til mig. Herefter slettes de data, som jeg har fra din medvirken.

Venlig Hilsen

Rikke Rishøj Mølgaard

Sygeplejerske og Kandidatstuderende, Aarhus Universitet

Bilag 5: Samtykkeerklæring

September 2006

Samtykkeerklæring

Jeg bekræfter hermed, at jeg har modtaget mundtlig og skriftlig information samt at jeg efterfølgende indvilger i at deltage i sygeplejerske, kandidatstuderende Rikke Rishøj Mølgaards undersøgelse af, hvordan det opleves at være patient på et intensivt afsnit i forhold til følelser omkring værdighed.

Ligeledes er jeg informeret om, at jeg når som helst i undersøgelsens forløb kan trække mit tilsagn om deltagelse tilbage, hvis jeg ønsker det.

Dato _____

Underskrift _____

Interviewguide

Kan du fortælle mig om, hvad du husker ved at være indlagt på intensiv?

- Hvad oplevede du?
- Hvad følte du?
- Hvad tænkte du?
- Hvordan følte du dig?

Er der noget du tænker særligt over her bagefter?

Hvad tænker du om det at være patient på intensiv i det hele taget?

Resumé

Baggrunden for undersøgelsen er identifikation af, at patienter oplever indlæggelse på intensivt afsnit voldsomt og forskningslitteraturen peger i retning af, at patienternes værdighed til tider krænkes. Dette aspekt er ikke tidligere undersøgt. Hensigten med undersøgelsen er således, at beskrive patienternes levede erfaring i forbindelse med indlæggelse på intensivt afsnit – særligt med fokus på patienternes følelse af værdighed.

Undersøgelsen er gennemført med kvalitative forskningsinterviews med udgangspunkt i Steinar Kvaales metode. I undersøgelsen indgår tre tidligere intensive patienter. Interviewene er gennemført som semistrukturerede interviews, idet det er vægtlagt at informanterne fortæller mest muligt om deres oplevelser uden at blive styret i bestemte retninger, men stadig med åbne spørgsmål til at forblive indenfor den givne ramme.

Resultaterne i undersøgelsen viser, at fire betydende forhold gør sig gældende i relation til, at informanterne på den ene side oplever værdigheden krænket og på den anden side oplever at deres menneskelige værdighed bekræftes. De betydende forhold vedrører 1) At føle sig afhængig og magtesløs, 2) At være i de professionelle hænder, 3) Ambivalente følelser i relation til intensivt afsnit og 4) Psykologiske følgevirkninger.

Konklusionen bliver, at informanterne finder det betydende at blive inddraget i samspillet med de professionelle ved at blive tiltalt og ved at samtale, når muligt, og ved at blive omsorgsfuldt berørt. Ligeledes findes det, at personlig hygiejne opleves positivt, trods den potentielt krænkende situation, fordi personlig hygiejne medfører velvære. Modsat opleves indlæggelsen i sig selv på intensivt afsnit at være krænkende for værdigheden, fordi informanterne oplever at miste talens brug og ikke føler kontrol over egen situation. Informanterne oplever deres selvstændighed og initiativ sat ud af spillet, hvilket medfører en diffus følelse af magtesløshed, som opleves krænkende af værdigheden – uafhængig af de professionelle ageren. Informanterne oplever det ligeledes krænkende, når der tales eller handles hen over hovedet på dem samt, når de ikke føler at blive informeret om deres tilstand. Det konkluderes afslutningsvist, at informanternes ambivalente følelser kan være udtryk for ubearbejdede oplevelser, som opfattes krænkende og som informanterne beskriver et behov for at tale med andre om.

Summary in English

“IN THE POWER OF OTHERS”

- **A survey carried out with qualitative research interviews of intensive care patients’ experiences of hospitalization at intensive care units**

This survey is motivated of that patients at intensive care units have bad experiences with the hospitalization. Furthermore research literature indicates that the patients’ dignity is sometimes offended and the aim of this survey is to describe the patients’ experiences at intensive care units; focusing particularly on the patients’ sense of dignity.

The survey is completed with qualitative research interviews based on the method of Steinar Kvale. In the survey 3 former intensive care patients take part. The interviews have been carried out as semi-structured interviews and the informants tell about their experiences to the extent possible without being guided in a specific direction, but still with open questions in order to stay within the given framework.

The results of the survey show that 4 significant factors apply in relation to the fact that the informants on the one hand experience a violation of dignity, and on the other hand experience a confirmation of dignity. The significant factors concern 1) feeling dependant and powerless, 2) being in the hands of professionals, 3) ambivalent feelings in relation to the intensive care unit and 4) psychological consequences.

It is concluded that the informants find it significant to be involved in relation to the professionals by being spoken to, by participating in conversation when possible, and by being touched carefully. Furthermore personal hygiene is experienced positively despite the potential offending situation, because personal hygiene results in a feeling of well-being. It is rather the hospitalization itself that is perceived as being offending to the feeling of dignity, because the informants experience the loss of speech and feel a lack of control of their own situation. The informants see their own independence and initiative disabled which results in a blurred feeling of powerlessness, which is

offending to the feeling of dignity – despite the actions of the professionals. The informants also feel violated when others speak and act in their presence as if they are not present, and when they feel that they are not being informed of their condition. In closing it is concluded that the informants' ambivalent feelings can be seen as an expression of unresolved experiences which are perceived as being offending, and which the informants describe a need to talk to others about.