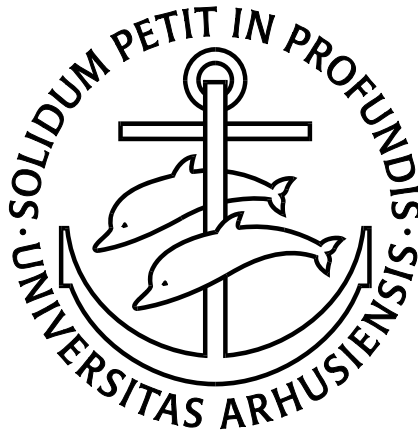


Kandidatspeciale



En kvalitativ metasyntese af patientoplevelser i forbindelse med indlæggelse på ITA

af

Annette Sommer

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Annette Sommer
Modul: Speciale
Måned og år: Juni 2008
Vejleder: Vibeke Zoffmann
Anslag: 119.634

En kvalitativ metasyntese af patientoplevelser i forbindelse med indlæggelse på ITA

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

Copyright © Annette Sommer og Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
Elektronisk udgivelse på <http://www.folkesundhed.au.dk/kandidatspecialer>
ISSN 1602-1541. ISBN 978-87-92261-50-2

Dette kandidatspeciale har i 2008 udgjort grundlaget for tildeling af kandidatgraden i sygepleje (cand.cur.) ved Aarhus Universitet

Resumé

Formål: Formålet med dette speciale var at opnå en øget forståelse af patientoplevelser i forbindelse med akut kritisk sygdom samt hvordan disse oplevelser efterfølgende påvirkede patientens livssituation.

Baggrund: Nuværende praksis synes ikke på tilstrækkelig vis, at tilgodese patienters behov for rehabilitering efter akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA. For at kunne vurdere om patienter har behov for rehabilitering, er det vigtigt at have viden om deres oplevelser ud fra forskellige tidsperspektiver.

Metode: Der blev udført en metasyntese af kvalitative fund fra 24 artikler.

Resultater. Der er udviklet en ITA-faseteori, der formidler en forståelse af, hvordan ITA patienten opfatter virkeligheden og viser, at patienter typisk synes at gennemgå et forløb bestående af 3 forskellige faser.

Konklusion: At der sker en forsinket erkendelse af akut kritisk sygdom, samt at erkendelsen typisk først fremtræder, når patienter er blevet udskrevet fra hospitalet. Ligeledes findes, at patienter oplever at mangle støtte og information fra de sundhedsprofessionelle efter udskrivelsen og at de derfor har behov for udvikling af rehabiliteringsforløb.

Abstract

Aim: The aim of this thesis was to reach a better understanding of patient's experiences during critical illness and how these experiences afterwards influenced at the patient's life.

Background: Existing practice seems not to fulfil the patient's needs for rehabilitation after critical illness at ICU. To be able to evaluate patient's needs for rehabilitation it is important to archive knowledge about their experiences from different periods after critically illness.

Methodology: A metasynthesis of 24 qualitative studies was performed.

Findings: Development of an ICU phase theory which facilitates an understanding of how ICU patient's opinion of the situation. It shows that patient's typically seems to be moving through three different phases.

Conclusion: The patient has a delayed perception of critical illness and the perception does usually first occurs when the patient has left hospital. It is also found that patient feels a lack of support and information from the health care professionals after the patient has left hospital. Therefore there is a need for development of a rehabilitation program.

Indholdsfortegnelse

	Side
1. Indledning.....	4
1.1. Baggrund.....	5
1.1.1. ITA patientens indlæggelsesforløb	5
1.1.2. Rehabilitering.....	7
1.2. Problemafgrænsning og problemformulering.....	10
2. Metode	11
2.1. Metodologisk tilgang	11
2.2. Dataindsamling og empiri.....	15
2.2.1. Søgning i CINAHL	19
2.2.2. Søgning i PubMed	21
2.2.3. Søgning i SveMed.....	22
2.2.4. Håndøgninger	23
2.3. Vurdering af de potentielt relevante artikler.....	24
2.4. Analysemetode/metasyntesen.....	26
3. Resultater.....	28
3.1. Oversigt over valgte artikler	28
3.2. Resultat af analysen/syntesen	34
3.2.1. Fase 1: Tiden på ITA	35
3.2.2. Fase 2: Tiden på den almindelige afdeling	36
3.2.3. Fase 3: Tiden efter udskrivelsen fra hospitalet	37
3.2.4. Detaljeret beskrivelse af fase 1	38
3.2.5. Detaljeret beskrivelse af fase 2	41
3.2.6. Detaljeret beskrivelse af fase 3	43
4. Diskussion.....	45
4.1. Diskussion af resultater	46
4.2. Metodediskussion	56
5. Konklusion.....	57
6. Perspektivering	60
7. Litteraturliste	62

1. Indledning

Dette speciale handler om patientoplevelser i forbindelse med kritisk sygdom, der medfører indlæggelse på en intensivafdeling (herefter ITA), og hvordan disse oplevelser efterfølgende påvirker patientens liv.

Interessen for dette felt er fremkommet ved, at jeg, med mange års erfaringer indenfor intensivterapi, har været vidne til en hastig medicinsk og teknologisk udvikling. Denne udvikling har gjort det muligt at opdage og behandle flere sygdomme, hvilket betyder, at patientforløbene i dag er længere og mere komplekse end tidligere (Porter 2001). En konsekvens af denne udvikling synes derfor at være en ændring af miljøet i ITA, hvor de sundhedsprofessionelle via tekniske hjælpemidler langsomt kan overtage patientens normale kropsfunktioner, hvorfor sygeplejen præges af stadig flere instrumentelle og teknologiske opgaver. Plejepersonalet på ITA består af mange faggrupper. Derfor anvendes i dette speciale betegnelsen de sundhedsprofessionelle og det inkluderer alle de faggrupper, der varetager behandling og pleje af ITA-patienter. Når tilstanden stabiliseres, overflyttes patienten til genoptræning på en anden afdeling, ofte uden at patienten har talt med personalet omkring deres oplevelser af tiden på ITA. Dette er i overensstemmelse med litteraturen, der viser, at kun få intensive sygeplejersker har talt med patienterne omkring deres oplevelse af at være indlagt på ITA (Griffiths, Jones 2001 og 2002). Dette har medført en undren over, hvordan patienter oplever et indlæggelsesforløb på ITA i forbindelse med akut kritisk sygdom, samt hvilken betydning, disse oplevelser efterfølgende har på patientens livssituation.

Ifølge Lazarus's (2006) teori om stress og følelser, synes akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA at være en så traumatisk oplevelse, at personen ikke kan fungere medmindre, at han/hun får omfattende hjælp. Det er min antagelse, at nuværende praksis ikke på tilstrækkelig vis tilgodeser patienters behov for rehabilitering efter kritisk sygdom og indlæggelse på ITA. Formålet med denne undersøgelse er, via integration og fortolkning af kvalitative forskningsresultater, at opnå en øget forståelse af, hvordan patienter oplever indlæggelsen på ITA, samt en øget forståelse af, hvordan disse oplevelser indvirker på patientens livssituation efter udskrivelsen. Dette søges undersøgt med henblik på at kunne vurdere patienters behov for rehabilitering efter kritisk sygdom og indlæggelse på ITA.

1.1. Baggrund

For at give indblik i ITA-patientens livssituation og forståelse af problematikken omkring denne patientkategori, vil dette afsnit indeholde en beskrivelse af ITA-patientens indlæggelsesforløb efterfulgt af et afsnit om rehabilitering efter et ITA-forløb. Hvert afsnit afsluttes med en fokuseret litteratursøgning med henblik på at klarlægge hvad vi ved på området, samt hvad der mangler at blive undersøgt.

1.1.1. ITA patientens indlæggelsesforløb

I løbet af 1950erne blev den første mekaniske respirator udviklet, den såkaldte ”jernlunge”. Denne udvikling blev starten på oprettelsen af de første ITA-afdelinger (Adam & Osborne 2000). Medicinens og teknologiens hastige udvikling har specielt fra begyndelsen af 1990erne og frem til i dag betydet en markant udvikling indenfor behandlingen af den intensive patient. Denne udvikling har gjort det muligt, at opdage og behandle flere sygdomme, hvilket betyder, at flere patienter i dag end tidligere overlever kritisk sygdom, men også at patientforløbene er længere og mere komplekse (Daffurn et al 1994, Porter 2001). En konsekvens af denne udvikling synes derfor at være en ændring af miljøet i ITA, hvor sundhedspersonalet via tekniske hjælpemidler langsomt kan støtte eller overtage patientens normale kropsfunktioner, hvorfor sygeplejen præges af stadig flere instrumentelle og teknologiske opgaver (Gjengedal 2001, Storli et al 2004).

Sundhedsstyrelsen definerer intensiv medicinsk terapi ”som observation, diagnostik, behandling og pleje af patienter med potentielt reversible svigt af et eller flere organsystemer, som er af en sådan sværhedsgrad, at behandlingen ikke kan gennemføres på en almindelig sengeafdeling” (Sundhedsstyrelsen 2006 s.6). Det betyder, at ITA modtager kirurgiske og medicinske patienter fra alle specialer. Derfor er ITA-patienter karakteriseret ved at være en heterogengruppe med hensyn til indlæggelsesdiagnose, alder, køn, erhverv og nationalitet, med det tilføjes, at deres sygdom ofte er livstruende og at deres overlevelse afhænger af, at en eller flere svigtende organfunktioner understøttes via tekniske hjælpemidler. Dermed synes kritisk sygdom og indlæggelse på ITA at betyde, at patienterne bliver afhængige af tekniske hjælpemidler og afhængige af de sundheds-

professionelles viden og handlinger. De mange teknologiske opgaver synes at ændre fokus fra hele patienten til patientens symptomer, hvilket betyder et mere behandlingsorienteret fokus, hvor den personlige omsorg ikke fremkommer så tydeligt (Gjengedal 2001). Som en konsekvens af den teknologiske dominans i ITA, ses at flere sygeplejersker retter opmærksomheden mod pleje og behandling for den intensive patient, hvor opmærksomheden især er rettet mod at vise, at mere end blot teknisk udstyr og medicamenter har betydning for patienters overlevelse og helbredelse (Storli et al 2004).

Siden 1960'erne har det været kendt, at kritisk sygdom, behandlingen og miljøet i ITA har været medvirkende til at patienterne udvikler psykologiske forandringer. Denne tilstand kaldes for "intensiv syndrom" og kan ses ved at patienterne udvikler rastløshed, angst, frygt, træthed, konfusion, delirium, hallucinationer og desorientering (McKegney 1966, Dyer 1995).

Via en litteratursøgning på internationale databaser ses, at flere studier igennem tiden har forsøgt at identificere de faktorer, der kan bidrage til stress igennem et ITA-forløb, med det formål at forhindre eller reducere dem. Der ses, at der er flere faktorer, der kan medføre angst og stress under indlæggelse på ITA:

- Søvnmangel (Mcgonigal 1986, Gries & Fernsler 1988, Dyer 1995 og Cornock 1998).
- Omgivelserne i ITA er meget fremmedartede (McKegney 1966, McGonigal 1986, Dyer 1995).
- Smerter og ubehag i forbindelse med forskellige procedurer (ibid).
- Konstante baggrundslyde fra apparater, alarmer og personalet samt talrige procedurer i forbindelse med pleje og behandling synes at medføre at patienterne overloads med stimuli der synes at blokerer for meningsfulde stimuli (McGonigal 1986 og Dyer 1995).
- Kommunikationsbesvær (Bergbom-Engberg & Haljamae 1989, Gries & Fernsler 1988, Pennock et al 1994).

- Forskningsresultater synes at pege på, at brugen af sederende og smertestillende medicin bidrager til at patienterne kan blive yderligere konfuse og hallucinerede (Turnock 1997, Jones et al 2003).

Undersøgelser viser, at patienters og sygeplejerskers opfattelse af hvad der er angst og stressfremkaldende i ITA, ikke på alle områder er identiske (Cochran & Ganong 1989, Cornock 1998, Granberg, Bergbom-Engberg et al 1996, Wong et al 2000). Hermed synes forskning at pege på, at det også er vigtigt at have kendskab til, hvordan patienter oplever indlæggelsen på ITA, samt at denne viden skal medinddrages i vurderingen af behovet for at ændre og udvikle praksis.

Sammenfattende kan siges, at kritisk sygdom og indlæggelse på ITA synes at være en stor omvæltning i patientens liv, hvor mange faktorer bidrager til angst og stress. Det skønnes muligt at ændre praksis i ITA således, at stressfaktorerne minimeres, men stress og angst kan ikke helt undgås. Hermed synes meget at pege på, at kritisk sygdom og indlæggelse på ITA er en så traumatisk oplevelse, at patienterne behøver hjælp og støtte for at kunne mestre tiden efter ITA (Lazarus 2006).

1.1.2. Rehabilitering

Med udgangspunkt i foregående afsnit synes det relevant med rehabilitering efter kritisk sygdom og indlæggelse på ITA. Derfor vil jeg i dette afsnit først redegøre for hvad rehabilitering er og derefter se det i forhold til kritisk syge patienter, der har været indlagt på ITA.

Rehabilitering defineres som ”En målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på baggrund af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats” (Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet 2004 s 16). Endvidere fremgår det, at rehabilitering er en proces, der starter når patienten indlægges på hospitalet. Ifølge Sundhedsstyrelsen (2005) indeholder rehabilitering ele-

menter af både forebyggelse og sundhedsfremme. Hermed synes rehabilitering at rette sig mod at hindre yderligere sygdom med udgangspunkt i eksperterens viden. Samtidig med at eksperter via samarbejde med patient/borger sætter fokus på ressourcer og handlemuligheder, således at denne opnår tillid og kontrol og dermed mest mulig livskvalitet. Derfor synes meget at pege på, at rehabilitering er relevant i forbindelse med at ITA-patienter skal forstå, acceptere og leve med en ændret livssituation.

Via e-mail til sundhedsstyrelsens enhed for sundhedsstatistik findes, at ITA-patienter på nuværende tidspunkt ikke bliver registreret særskilt i landspatientregistret, men statistisk er fordelt på mange forskellige afdelinger. Derfor har det ikke været muligt at finde frem til det nøjagtige antal patienter, der årligt indlægges på landets ITA-afdelinger. Men landets ITA-afdelinger har en daglig kapacitet på 324 sengepladser, hvilket kan give et billede af, hvor stor en gruppe denne patientkategori udgør (Lippert et al 2007).

Medicinens og teknologiens udvikling har betydet, at flere patienter overlever kritisk sygdom. En konsekvens af dette synes at være, at der siden slutningen af 1990'erne er sket et skift i fokus, fra hvordan patienterne overlever kritisk sygdom til hvordan patienternes livskvalitet bliver efter kritisk sygdom og indlæggelse på ITA (Jones 2007). Dette er i overensstemmelse med litteraturen, da en litteratursøgning på internationale databaser viser en global interesse for, at opnå viden om hvordan kritisk sygdom påvirker patientens liv på kort såvel som på langt sigt. Dette med henblik på at kunne forbedre pleje og behandling i forbindelse med indlæggelsen på ITA men også hvordan patienter bedst hjælpes og støttes i tiden efter indlæggelsen på ITA. Forskningsresultater viser at op til 75 % af ITA – patienter har fysiske og psykiske mén, der kan medføre nedsat livskvalitet i flere år efter udskrivelsen (Griffith & Jones 2002).

Forskningsresultater synes at pege på, at patienter efter kritisk sygdom og indlæggelse på ITA har nedsat muskelkraft, øget træthed og reduceret energi (Jones et al 2000, Storli et al 2004). Ligeledes ses det, at 25-55 % stadig har brug for hjælp til daglige gøremål et år efter udskrivelsen (Chaboyer & Grace 2003).

Litteraturen viser ligeledes, at ca. 50 % synes at have psykosociale problemer, og at de fortsatte længe efter udskrivelsen. Ca. 30 % kan efter udskrivelsen fra ITA udvikle post

traumatisk stress symptomer (PTSD) i form af vrangforestillinger, kropslig uro, søvnbesvær, mareridt, koncentrationsbesvær og irritabilitet (Griffith & Jones 2002, Jones 2003, Robert & Chaboyer 2004, Cultberson et al 2004 & Pattison 2005). Disse symptomer kan, hvis patienten ikke får hjælp, udvikle sig til kroniske stress symptomer, der er sundhedsskadelige. Da forskningsresultaterne ikke peger på bestemte udsatte kategorier, er alle ITA-patienter potentielt i fare for at udvikle PTSD.

Det kunne derfor tyde på, at patienter har behov for et rehabiliteringsforløb efter ITA. Dette synes at være i overensstemmelse med litteraturen, da udenlandske forskningsresultater peger på flere muligheder for rehabilitering efter indlæggelse på ITA. Meget tyder på at, at patientdagbøger, opfølgningssamtaler, patientundervisning og oprettelse af follow-up klinikker, vil kunne hjælpe patienter med at mestre efterforløbet (Bäckman & Walther 2001, Griffith & Jones 2001, 2002, Bromhead & Brett 2002, Kvåle et al 2003). Dog synes forskningsresultater også at vise, at det kun er en lille gruppe af ITA-patienter der modtager tilstrækkelig hjælp og støtte til, at de kan komme overens med deres oplevelser (Jones 2007). Desuden findes at rehabilitering til denne patientgruppe meget sjældent forekommer i Danmark. Der findes tilsyneladende ikke formelle rehabiliteringsforløb, og det er meget tilfældigt hvilket tilbud, der gives til patienter efter udskrivelsen fra ITA (Bagger 2006, Kancir & Fonsmark 2007, Egerod et al 2007). Det er på baggrund heraf relevant med yderligere undersøgelser af, om rehabilitering efter kritisk sygdom på ITA vil medvirke til, at patienter bedre kan mestre tiden efter og dermed opnå mest muligt livskvalitet.

At vurdere patienters livskvalitet efter indlæggelse på ITA har vist sig at være meget vanskeligt, synes begrundet ud fra følgende. Livskvalitet refererer til fysiske, psykiske og sociale domæner, som det er vurderet, erfaret og forventet af personen selv (Teste & Simonsen 1996). Det betyder, at livskvalitet er en subjektiv oplevelse og vil betyde, at forskellige patienter har forskellige forventninger. Det kan derfor tyde på, at undersøgelser med baggrund i patientoplevelser i forbindelse med ITA også kan bidrage med brugbar viden i forbindelse med vurdering af patienters behov for rehabilitering (Russell 1999, Corrigan et al 2007). Idet effektive deltagercentrerede interventioner synes at

afhænge af den slags viden, som kun kvalitative spørgsmål giver (Lauver et al 2002, Sandelowski & Barroso 2007).

Af litteraturen synes det også at fremgå, at for at kunne vurdere patienters behov for rehabilitering, er det vigtigt at se kritisk sygdom i sin helhed. Det vil sige tiden på ITA, tiden på den almindelige sengeafdeling og tiden efter udskrivelsen (Benzer 1983). Den indledende litteratursøgning synes at vise, at der mangler undersøgelser, der ser på patientoplevelser i forbindelse med kritisk sygdom og indlæggelse på ITA ud fra dette helhedsperspektiv. Ligeledes ses, at der fra 1990 ses et skift i studierne, idet flere studier tager udgangspunkt i patientoplevelser i forbindelse med kritisk sygdom og indlæggelse på ITA samt hvordan de oplever tiden efter udskrivelsen (Stein-Parbury & KcKinley 2000). Derfor synes det relevant med en undersøgelse, der ved at integrere og fortolke kvalitative forskningsresultater, kan bidrage til en øget forståelse af hvordan patienter oplever kritisk sygdom og indlæggelse på ITA samt hvordan disse oplevelser efterfølgende påvirker patients liv (Sandelowski & Barroso 2007).

1.2. Problemafgrænsning og problemformulering

Med afsæt i baggrundsafsnittet synes det at fremgå, at behovet for etablering af rehabilitering efter ITA skal begrundes i eksperterens viden om kritisk sygdom og stressfaktorer under ITA, viden fra studier af fysiske og psyko-sociale vurderinger af kort og langtids-påvirkninger af kritisk sygdom. Men også fra forskningsresultater med baggrund i patientoplevelser af tiden fra ITA og hvordan disse oplevelser efterfølgende påvirker patienters liv. Selvom alle aspekter synes at være vigtige for at kunne vurdere patienters behov for rehabilitering efter kritisk sygdom, har det af hensyn til opgavens tidsmæssige omfang været nødvendigt at afgrænse undersøgelsen til at omhandle forskningsresultater med baggrund i patienters oplevelser. Det betyder, at dette speciale belyser problematikken ud fra et patientperspektiv.

Valget af patientperspektivet er sket ud fra, at deres oplevelser kan bidrage med brugbar viden i forbindelse med vurdering af behovet for rehabilitering efter kritisk sygdom (Russel 1999 og Corigan et al 2007). Men også i erkendelse af, at udviklingen indenfor intensivterapi også skal ske med udgangspunkt i patienters erfaringer med kritisk syg-

dom og indlæggelse på ITA (Lauver et al 2002, Sandelowski & Barroso 2007, Bondas & Hall 2007).

Af baggrundsafsnittet fremgår det ligeledes, at ITA modtager kirurgiske og medicinske patienter fra alle specialer (Sundhedsstyrelsen 2006). Endvidere ses via sundhedsstyrelsens hjemmeside, at ITA modtager patienter i alle aldre og derfor også børn under 18 år, samt at de også modtager patienter hvor indlæggelsen på ITA er planlagt (www.sst.dk). Det betyder at ITA- patienter er en heterogengruppe, og at det af hensyn til opgavens tidsmæssige omfang har været nødvendigt at afgrænse denne undersøgelse til at omhandle patienter over 18 år der efter akut kritisk sygdom indlægges på ITA. Valget af afgrænsningen af patientgruppen er sket ud fra følgende. Problematikken omkring børn er formentlig en anden end med voksne (Gjengedal 2001). Planlagt indlæggelse på ITA betyder at patienter ser indlæggelsen som et skridt i retning af forbedring (Barrio et al 2004), hvorfor deres behov synes at være anderledes end dem, der indlægges på ITA i forbindelse med akut kritisk sygdom.

Dette fører frem til følgende problemformulering:

Hvilken viden kan der udledes af kvalitative forskningsresultater, der er baseret på patienter over 18 års oplevelser i forbindelse med indlæggelse på ITA efter akut kritisk sygdom? Og hvordan disse oplevelser efterfølgende påvirker patientens livssituation?

2. Metode

I dette afsnit vil jeg beskrive opgavens opbygning, redegøre for metodologiske overvejelser i forbindelse med undersøgelsen samt beskrive og begrunde valg af dataindsamlingsmetode, empirisk materiale og analysemetode/syntese.

2.1. Metodologisk tilgang

Problemformuleringen er belyst ved at anvende en kvalitativ metasyntese. Dette valg er taget, fordi kvalitative undersøgelser anvendes, når der søges efter meninger og betyd-

ninger til forståelse af mennesker og fænomener (Schmidt, Dyhr 2006). En kvalitativ metasyntese giver mulighed for en sammenhængende beskrivelse og/eller forklaring indenfor et bestemt område, da den via integrering og fortolkning af primære forskningsresultater tilbyder en større forståelse i dybden og bredden end resultater fra individuelle studier (Bondas & Hall 2007, Sandelowski & Barroso 2007). Da en metasyntese er forskning af forskningsresultater, kræves det, at der eksisterer tilstrækkelige forskningsartikler indenfor det undersøgte området (ibid). Af den indledende litteratursøgning ses, at der tilsyneladende eksisterer kvalitative studier med udgangspunkt i patientoplevelser af tiden på ITA, tiden på den almindelige afdeling samt tiden efter udskrivelsen fra hospitalet. Derfor synes det muligt at foretage en kvalitativ metasyntese. Formålet med dette speciale er at opnå en øget forståelse af patientoplevelser i forbindelse med indlæggelse på ITA efter akut kritisk sygdom samt hvilken betydning, oplevelserne efterfølgende har på patientens livssituation via integrering og fortolkning af primære forskningsresultater. Derfor synes denne metode velegnet.

Denne undersøgelse tager udgangspunkt i en menneskeopfattelse, der er baseret på teorier omkring livsverden. Denne grundantagelse bygger på fænomenologien, hvis klassiske elementer er bevidsthed, verden, sprog og krop og deres indbyrdes forhold. Husserl grundlagte fænomenologien som en modreaktion til den dualistiske kropsofattelse, da han mente, at mennesket er et subjekt, hvor kroppen er en kompleks enhed af sjæl og legeme, der kun kan forstås som en del af den verden, mennesker lever i (Rendtoft 2004). Ifølge Merleau-Ponty (1994) er det med den levende krop, vi er til stede i verden og oplever både os selv og andre, hvorfor objektive ting får mening igennem vores krop. En konsekvens af dette synes i denne undersøgelse at være, at ITA-patienter er et subjekt, der kun kan forstås som en del af den verden han/hun lever i, samt at de rummer flere oplysninger end dem, der kan ses, måles, høres osv. Desuden synes ITA-patienters erfaringer ikke kun at være dem, patienten husker, men også erfaringer der er indlejret i kroppen i form af tavs viden. Patientoplevelser kan gøres tilgængelige igen gennem fortolkning af fortællinger, der er skriftlige og/eller mundtlige, ved at de giver indblik i det subjektivt levende liv samt de betydninger, patienten tillægger erfaringen (Gjengedal 2001). Derfor synes kvalitative undersøgelser med baggrund i patientoplevelser af tiden på ITA såvel som tiden efter, at kunne medvirke til at skabe en øget for-

ståelse af patienters oplevelser i forbindelse med indlæggelse på ITA samt hvordan disse oplevelser efterfølgende påvirker patientens livssituation.

Ifølge Gadamer (2004) sker forståelse via en horisontsammensmeltning ud fra princippet om den hermeneutiske cirkel, der handler om en vekselvirkning mellem del og helhed, og at mening skabes i den sammenhæng, de tilsammen udgør. En konsekvens af dette synes at være, at det er umuligt at fortolke en tekst uden selv at være en del af fortolkningen, fordi vi er historiske væsner. Det betyder, at min teoretiske forståelse/fordom er en forudsætning for forståelsesprocessen, samt at den skal tydeliggøres og sættes på spil. Idet jeg har arbejdet mange år indenfor det intensive speciale, betyder det, at jeg som specialeskriver og forsker allerede har en for-forståelse af de fænomener, der undersøges. Det kunne synes problematisk, men ifølge Sandelowski og Barroso (2007) er det en fordel at være kendt med det felt, som metasyntesen omhandler.

Sammenfattende kan siges, at det er muligt at foretage en kvalitativ metasyntese samt at den synes at være velegnet til at besvare problemformuleringen. Herefter følger først en kort beskrivelse af hvad, en kvalitativ metasyntese er og derefter hvordan metoden er blevet anvendt i min undersøgelse.

Kvalitativ metasyntese som metode indenfor sygeplejeforskning synes at være relateret til udviklingen indenfor sygeplejen samt den generelle udvikling i samfundet. Den teknologiske udvikling og den stigende anvendelse af informationsteknologi har bevirket, at der gennem de sidste 20 år er produceret en markant øget mængde af forskning indenfor det sundhedsfaglige område. Den nyeste og bedste viden kommer tilsyneladende ikke patienterne til gode på grund af det store gab, der eksisterer mellem forskning og praksis (Melnik og Fineout-Overholt 2005). En af konsekvenserne af denne udvikling synes at være et ønske om at reducere dette gab, hvorfor der i løbet af 1990'erne internationalt og nationalt er iagttaget et skift i fokus i retning af evidensbaseret sygepleje (Sandelowski, Barroso 2007, Egerod 2004). Evidensbaseret sygeplejepsikis er ifølge Melnik og Fineout-Overholt (2005) at anvende den bedste kliniske forskning, klinisk ekspertise samt patientens præferencer. Evidensbaseret sygepleje synes derfor at give

mulighed for at anvende den bedste og nyeste forskningsbaserede viden indenfor et problemfelt, da man systematisk kan finde, vurdere og kvalitetsbedømme relevant litteratur (Willman et al 2007). Kvalitativ forskning synes at have bidraget til en selvstændig viden indenfor sygeplejen, på trods af dette, synes denne viden sjældent at blive brugt i praksis (Kearney 2001). Det skyldes formentlig, at kvalitativ forskning ikke er entydig, men at det dækker over mange forskellige metodologiske tilgange. Da kvalitative studier også anses for at være vigtige og nødvendige bidrag til såvel at fremme sygeplejeforskningen som til at fremme sygeplejepraksis, har man forsøgt at udvikle metoder, der giver mulighed for vurderinger, evalueringer og sammenligninger på tværs af forskellige metodologiske tilgange (Bondas & Hall 2007, Sandelowski & Barroso 2003, 2007). Der findes flere forskellige tilgange til kvalitative metasynteser (Noblit & Hare 1988, Patterson 2001, Bondas & Hall 2007, Sandelowski & Barroso 2007). Jeg har i denne undersøgelse valgt Sandelowski og Barrosos (2007) tilgang til kvalitativ metasyntese, fordi deres metode er en systematisk integration af fund på tværs af forskellige metodologiske tilgange, som tilbyder en ny fortolkning, der er mere end summen af delene. Det synes at give en øget forståelse, idet deres metode giver mulighed for at fortolke og integrere fund med udgangspunkt i patientoplevelser i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA ud fra forskellige tidsperspektiver (ibid). Målet med metasyntesen er derfor, at skabe en overordnet fortolkning af alle inkluderede studiers fund, samtidigt med at man forbliver tro mod de fortolkende udførelser i hver enkelt studie (Sandelowski, Barroso 2003 & 2007). Det betyder, at der skal foregå en systematisk integration af resultater på tværs af forskellige studier, samtidig med at man bevarer integriteten i de oprindelige forskningsundersøgelser. Sandelowski og Barroso skriver "Qualitative metasynthesis is an interpretive integration of qualitative findings that are themselves interpretive syntheses of data, including the phenomenologies, ethnographies, grounded theories, and other integrated and coherent descriptions or explanations of phenomena, events, or cases that are the hallmarks of qualitative research" (Sandelowski & Barroso 2007 s151).

En kvalitativ metasyntese omfatter både en analytisk proces og et fortolkningsprodukt. Hvor den analytiske proces referer til metoden, der er blevet anvendt for at kunne nå frem til produktet af metasyntesen. Det er en dynamisk proces, forstået som en metodologisk værktøjskasse, der har til hensigt at give systematik og synlighed, men også at stimulere

til tænkning og kreativitet under udførelsen. Synligheden i denne undersøgelse er foregået ved at anvende en trail audit. Det er en logbog, hvori jeg skriver nøjagtige og omfattende notater gennem hele processen af min undersøgelse. Logbogen giver dokumentation for ændringer i processen, redegørelser og begrundelser for valg og fravalg, samt de logiske tanker der ligger bag disse valg. Ved at fungere som en "tænke højt proces" synes den også at kunne medvirke til at give sammenhæng og stimulere til spontane tanker igennem processen (Rodgers & Cowels 1993, Sandelowski & Barroso 2007). Herved synes en logbog at kunne øge troværdigheden af min undersøgelse samt at kunne medvirke til, at der opnås en større forståelse gennem hele undersøgelsen. Metoden er tilpasset problemformuleringen, men ifølge Sandelowski & Barroso (2007) er det et ufravigeligt krav, at metoden indeholder en systematisk litteratursøgning, systematisk vurdering af potentielt relevante referencer, integration og fortolkning. Den anvendte metode vil nu blive uddybet.

2.2. Dataindsamling og empiri

Med afsæt i problemformuleringen og ovenstående teoretiske perspektiv, synes det relevant at foretage en litteratursøgning, med henblik på at finde data, der indeholder kvalitative forskningsresultater omkring patientoplevelser i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA, samt hvordan disse oplevelser efterfølgende påvirker patientens livssituation. Jeg udførte en systematisk litteratursøgning, fordi det synes at give mulighed for at rette søgningen specifik mod problemformuleringen, at sikre en udtømmende søgning og synlighed gennem søgeprocessen. Jeg udarbejdede en søgeprofil, søgestrategi og noteret i logbogen om de tanker og overvejelser jeg havde gennem søgeprocessen (Sandelowski & Barroso 2007, Willmann et al 2007). Herefter følger beskrivelsen af den systematiske litteratursøgning samt redegørelser for valg og fravalg taget igennem processen.

I planlægningen var det nødvendigt at tage hensyn til den tidsperiode, der var til rådighed for litteratursøgningen og samtidig sikre at søgningen blev udtømmende (Sandelowski & Barroso 2007). Disse hensyn synes at være hinandens modsætninger, og har i denne undersøgelse betydet, at det har været nødvendigt at træffe valg og fravalg. Som en konsekvens heraf, blev litteratursøgningen afgrænsede til at omhandle forskningsartikler. Antallet af kilder og databaser blev valgt med henblik på at afdække mest muligt relevant litte-

ratur indenfor den givne tidsrammen fra 05-02-2008 til 31-03-2008, samtidig med at det skulle være muligt at foretage disse søgninger udtømmende (ibid).

Jeg udførte en systematisk litteratursøgning i de internationale sundhedsvidenskabelige databaser: CINAHL og PubMed. Valget af disse databaser skete ud fra, at de afdækker mange forskellige tidsskrifter indenfor det sundhedsvidenskabelige område, og at de indeholder referencer på videnskabelige referee-vurderede artikler. Begge databaser er valgt, fordi PubMed indeholder referencer indenfor hele det sundhedsvidenskabelige område, hvorimod CINAHL i højere grad retter sig mod sygeplejevidenskabelige referencer (Willman et al 2007).

Derudover udførte jeg en systematisk litteratursøgning i SveMed+, der er en svensk database med referencer til nordiske artikler indenfor det medicinske område (ibid). Denne database blev valgt med henblik på at finde yderligere potentielt relevante referencer indenfor det nordiske område, fordi det fremgik af den indledende litteraturgennemgang, at især svenske sygeplejersker har forsket en del i, hvordan patienter oplever indlæggelsen på ITA.

For at sikre en udtømmende litteratursøgning, var det vigtigt at søge data fra forskellige kilder. Derfor supplerede jeg søgningen i databaserne med en gennemgang af indholdsfortegnelserne fra to internationale sygeplejetidsskrifter indenfor området (Sandelowski & Barroso 2007). Jeg valgte det elektroniske tidsskrift: "Connect: The World and Critical Care", fordi det er det officielle tidsskrift for intensivsygeplejersker fra hele verden (www.dsr.dk/fs3) samt det elektroniske tidsskrift. "Intensive and Critical Care Nursing". Det sidste blev valgt, fordi jeg ved den indledende litteraturgennemgang fandt flere henvisninger til artikler i dette tidsskrift omkring sygepleje, udvikling og forskning indenfor intensivterapi (www.statsbiblioteket.dk).

Der blev udarbejdede inklusions og eksklusionskriterier med henblik på at kunne vurdere, om de fundne referencer kunne medvirke til at svare på problemformuleringen (Sandelowski & Barroso 2007, Willmann et al 2007).

Inklusionskriterier:

- På grund af opgavens tidsmæssige begrænsning og mine sproglige begrænsninger, medtages kun referencer på dansk, norsk, svensk og engelsk.
- Referencer, der indeholdt kvalitative forskningsresultater om patientoplevelser i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA.
- Referencer, der indeholdt kvalitative forskningsresultater om hvilken betydning disse oplevelser efterfølgende har for patientens livssituation.
- Referencer, hvor data stammede fra patienter med forskellige diagnoser, alder, køn, erhverv og nationaliteter.

Eksklusionskriterier:

- Referencer, der ikke indeholdte kvalitative forskningsresultater eller hvor de kvalitative resultater ikke klart kunne adskilles fra de kvantitative (Sandelowski, Barroso 2007).
- Kvalitative studier, hvor der ikke var sket en fortolkning af data (ibid).
- Via sundhedsstyrelsens hjemmeside ses, at ITA modtager patienter i alle aldre (www.sst.dk), hvorfor referencer der kun indeholdte data af børns oplevelser af ITA eller hvor disse data ikke klart kunne adskilles fra data der stammede fra voksne, ikke blev medtaget i denne undersøgelse.
- Via sundhedsstyrelsens hjemmeside ses, at ITA også modtager patienter hvor indlæggelsen er planlagt (ibid), men deres situation syntes at være en anden (Barrio et al 2004). Derfor inddrages der ikke referencer med data fra patienter, hvor indlæggelsen på ITA var planlagt, eller hvor disse data ikke klart kunne adskilles fra data, som stammede fra patienter, der blev indlagt i forbindelse med akut kritisk sygdom.
- Da denne undersøgelse omhandler oplevelser fra et patientperspektiv, fravælges referencer der kun indeholdte data fra pårørende eller fra et sygeplejersperspektiv, eller hvor data fra patienter ikke klart kunne adskilles fra de øvrige data.

Søgningerne i de valgte databaser foregik som en proces, bestående af en systematisk bloksøgning og usystematisk kædesøgning. I den systematiske søgning anvendte jeg de kontrollerede emneord kaldet MesH-termer. MesH-termer er de medicinske emneord,

med hvilket databaserne har sorteret de mange referencer. Dette gav en mere præcist søgning, fordi den kunne rettes specifikt mod problemformuleringen (Willman et al 2007 & Sandelowski, Barroso 2007).

Grundlaget for valget af de indledende MesH-termer skete ved først at strukturere problemformuleringen i 2 områder/blokke (ibid):

1. Den gruppe, der ønskes data fra, dvs. patienter over 18 år der i forbindelse med akut kritisk sygdom indlægges på ITA.
2. Det fænomen, der ønskes data om, dvs. hvilke oplevelser eller erfaringer patienter havde i forbindelse med indlæggelse på ITA og hvordan disse oplevelser efterfølgende påvirkede patientens livssituation.

Via MesH-databasen fandt jeg termen ”Intensive Care Units”. Under ”scope” ses, at det dækkede en afdeling med specialiseret pleje til kirurgiske og medicinske patienter, hvor behandlingen var livsnødvendig og krævede konstant monitorering. Beskrivelsen synes at være overensstemmende med sundhedsstyrelsens (2006) definition af en ITA i Danmark. Jeg valgte denne term som udgangspunkt for søgningen i blok 1, fordi det netop var sådan en afdeling, der ønskes referencer fra, og fordi det synes at være muligt at sammenligne patientoplevelser på trods af forskellige nationaliteter. Under MesH-databasen fandt jeg ”Life experiences” og ”Life change events” som indledende emneord for blok 2.

Ved at anvende den booleske term ”and” blev de kontrollerede emneord fra de to blokke kombineret på forskellig vis, for at opnå en mere afgrænset og fokuseret søgning. Med afsæt i de udarbejdede inklusions og eksklusionskriterier og via læsning af abstracts fra-sorteres referencer, der ikke havde relevans for undersøgelsens problemformulering (Willman et al 2007). I flere studier fremgik metoden, informantsammensætningen eller resultaterne ikke klart ud fra læsning af abstracts. Disse referencer blev valgt som potentielt relevante, og den endelige vurdering blev foretaget efter læsning af hele artiklen (Sandelowski, Barroso 2007).

Databaserne har forskellige måder at indekserede emneord på, hvorfor alle termer ikke var identiske (Willman et al 2007). Derfor præsenteres og beskrives de udførte søgninger enkeltvis senere i dette afsnit.

I den systematiske litteratursøgning valgte jeg ikke at medtage kvalitative studier som et kontrollerede emneord for ikke at komme til at udelukke potentielt relevante studier. Dette valg blev taget ud fra, at ikke alle forskningsartikler var indekseret i databaserne som kvalitative, og tendensen i dag synes at være, at flere og flere studier indeholder en blanding af kvalitative og kvantitative forskningsresultater (Sandelowski, Barroso 2007). Desuden var det i denne undersøgelse praktisk muligt, idet der fremkom et rimeligt overskueligt antal hits ved forskellige kombinationer af emneord fra de to blokke.

Den systematiske søgning blev kombineret med en usystematisk kædesøgning for at sikre, at litteratursøgningen var udtømmende (ibid). For at indfange referencer, der omhandlede nærliggende eller sammen problemstilling, blev funktionen ”related articles” anvendt. I den usystematiske kædesøgning blev der fundet yderligere relevante emneord, som blev anvendt ved nye systematiske litteratursøgninger. Søgeprocessen med at kombinere den systematiske søgning med en usystematisk kædesøgning foregik i alle databaserne løbende i perioden 05-02-2008 til 31-03-2008. For at sikre at søgningen var udtømmende, gennemgik jeg endvidere litteraturlisterne på de for problemformuleringen potentielt relevante referencer (ibid).

2.2.1. Søgning i CINAHL

Først blev de indledende termer oversat via CINAHL’s kontrollerede emneord (CINAHL Heading-MH). Gennem søgeprocessen bestående af den systematiske bloksøgning og den usystematiske kædesøgning blev der fundet yderligere termer. Derfor er følgende emneord blevet anvendt:

- Blok 1: Intensive care units, critically ill patients, critical illness, mechanical ventilators.
- Blok 2: Life experiences, life change events, memory, stress-disorders traumatic.

For at give overblik har jeg valgt at fremstille søgeprocessen i tabel 1. Den indeholder udførte søgninger, antal hits samt antal af potentielt relevante referencer. Ligeledes fremgår det, hvor mange artikler der blev valgt til metasyntesen. Vurderingen af de potentielt relevante artikler beskrives i det efterfølgende afsnit.

Emneord/søgeord	Antal hits	Potentielt relevante	Valgte
(MH "Intensive Care Units")	6993		
(MH "Critically Ill Patients")	3466		
(MH "Critical Illness")	1724		
(MH "Mechanical ventilators")	4840		
(MH "Life experiences")	3668		
(MH "Life Charge Events")	1858		
(MH "Memory")	4227		
(MH "Stress-disorders, traumatic")	3635		
(MH "Intensive CareUnits") AND (MH "Life experiences)	30	4	2
(MH "Intensive Care Units") and (MH "Memory")	28	7	4
(MH "Intensive Care Units") and (MH "Life Charge Events2)	3	0	
(MH "Life experiences") and (MH "Critically Ill Patients")	33	6	4
(MH "Critically Ill Patients") and (MH "Memory")	27	6	3
(MH "Mechanical ventilators") and (MH "Memory")	10	0	
(MH "Mechanical ventilators") and (MH "Life experiences")	7	0	
(MH "Critical Illness") and (MH "Life experiences")	14	0	
(MH "Critical Illness") and (MH "Memory")	4	0	
(MH "Intensive care Units") and (MH "Stress-disorders, traumatic")	24	0	

Tabel 1: Søgning i CINAHL

Først udførte jeg søgninger på de enkelte MeSH-termer. Resultaterne af disse søgninger blev ikke gennemgåede på grund af det høje antal hits. Derefter gjorde jeg søgningen mere fokuseret og begrænset ved at kombinere emneord fra blok 1 med emneord fra blok 2. Idet "Intensive Care Units" var central for søgningen, startede jeg med at kombinerer dette emneord fra blok 1 med et emneord fra blok 2. Hvis kombinationen ikke gav potentielt relevante referencer, blev der ikke foretaget yderligere søgninger med emneordet fra blok

2. F.eks. gav ”Intensive Care Unit” AND ”Stress-disordes, traumatic” ingen potentielt relevante referencer. Derfor foretog jeg ikke yderligere søgninger i CINAHL med dette emneord. Søgprocessen med at kombinere et emneord fra blok 1 AND et emneord fra blok 2, fortsatte indtil samtlige kombinationer var blevet anvendt. Resultaterne af samtlige kombinationer blev gennemgået ved at læse abstracts. Dette gav 23 potentielt relevante referencer. Resultatet af den usystematiske kædesøgning var, at der blev fundet 3 potentielt relevante referencer via litteraturlisterne og 1 via ”related articles”. Derfor blev resultatet af denne søgning, at der var 27 potentielt relevante artikler.

2.2.2. Søgning i PubMed

Først blev de indledende termer oversat i PubMed via Thesaurus til kontrollerede emneord. Ved termen ”Intensive Care Units” anvendte jeg funktionen ”do not explore this term”, fordi jeg herved kunne undgå at søge på de underordnede termer og derved kun få referencer, der omhandlede ITA. Igennem søgeprocessen blev der fundet yderligere emneord. De anvendte MesH-termer var:

- Blok 1: Intensive Care Units, Critical Illness, Respiratory mechanics.
- Blok 2: Life change events, stress-disorderes traumatic, memory.

Herved ses, at der i denne søgning blev anvendt andre MesH-termer, men den øvrige søgeproces forgik som i CINAHL. Søgningen og resultaterne af de forskellige kombinationer fremgår af tabel 2.

Emneord/søgeord	Antal hits	Potentielt relevante	Valgte
(MesH) ”Intensive care units” (No Exp)	22416		
(MesH) ”Critical illness”	8478		
(MesH) ”Respiratory mechanics”	15992		
(MesH) ”Life change events”	13496		
(MesH) ”Stress-Disorders, Traumatic”	13226		
(MesH) ”Memory”	63891		
(MesH) ”Intensive care units” (No Exp) AND (MesH) ”Life change	16	2	1

events”	44	4	1
(MesH) “Intensive care units” (No Exp) AND (MesH) “Memory”	40	3	0
(MesH) “Intensive care units” (No Exp) AND(MesH) “Stress-Disorders, Traumatic”	23	2	1
(MesH) “Critical illness” AND (MesH) “Life change events”	20	1	1
(MesH) “Critical illness” AND (MesH) “Memory”	31	0	
(MesH) “Critical illness” AND (MesH) “Stress-Disorders, Traumatic”	1	0	
(MesH) “Respiratory mechanics” AND (MesH) “Life change event”	1	0	
(MesH) “Respiratory mechanics” AND (MesH) “Memory”	1	0	
(MesH) “Respiratory mechanics” AND (MesH) “Stress-Disorders, Traumatic”			

Tabel 2: Søgning i PubMed

Resultaterne af samtlige kombinationer blev gennemgået ved at læse abstracts. Dette gav 12 potentielt relevante referencer. Via den usystematiske kædesøgning blev der fundet yderligere 4 potentielt relevante referencer. Sammenlagt var der derfor 16 potentielt relevante referencer.

2.2.3. Søgning i SveMed

Først blev de indledende termer oversat i SveMed til kontrollerede emneord. Gennem søgeprocessen bestående af den systematiske bloksøgning og den usystematiske kædesøgning, blev der fundet yderligere emneord. De anvendte termer var:

- Blok 1:”Intensive care units”, ”critical illness”, ”ventilators mechanical”.
- Blok 2:”Life change events”, “memory”, “mental recall”

Den øvrige søgning foregik som i CINAHL og PubMed. Resultatet og de forskellige søgekombinationer fremgår af tabel 3.

Emneord/søgeord	Antal hits	Potentielt relevante	Valgte
(MesH) “Intensive care units” (Explode)	430		
(MesH) “Critical illness”(Explode)	162		

(MesH) "Ventilators mechanical" (Explode)	50		
(MesH) "Life change events" (Explode)	227		
(MesH) "memory" (Explode)	182		
(MesH) "Mental recall" (Explode)	47		
(MesH) "Intensive care units" (Explode) AND (MesH) "Life change event"	0		
(MesH) "Intensive care units" (Explode) AND (MesH) "Memory" (Explode)	7	2	0
(MesH) "Intensive care units" (Explode) AND (MesH) "Mental recall" (Explode)	4	0	
(MesH) "Critical illness" (Explode) AND (MesH) "Memory" (Explode)	5	1	0
(MesH) "Ventilators mechanical" (Explode) AND (MesH) "Memory" (Explode)	0		

Tabel 3: Søgning i SveMed

Resultatet af denne søgning gav 3 potentielt relevante referencer, idet der ikke blev fundet yderligere referencer via den usystematiske kædesøgning.

Sammenfattende kan siges at der via søgningerne i de tre valgte databaser blev fundet 46 potentielt relevante referencer. Flere af referencerne blev fundet i alle de valgte databaser og ved forskellige kombinationer af emneord. Det synes at indikere, at de anvendte emneord i bloksøgningen var relevante.

2.2.4. Håndøgninger

Søgningen i databaserne blev supplerede ved at jeg gennemgik indholdsfortegnelserne fra to internationale sygeplejetidsskrifter. Begge søgninger foregik elektronisk d 15-02-2008 og blev gentaget den 31-03-2008. Jeg valgte at gennemgå indholdsfortegnelserne fra samtlige tilgængelige nummer. Årgange samt antallet af potentielt relevante artikler fremgår af tabellerne 4 og 5.

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
0	0	1	0	0	1	1	0

Tabel 4: Connect: The World and Critical Care

Dette elektroniske tidsskrift er kun tilgængeligt for medlemmer af den faglige sammenlutning for anæstesi, intensiv og opvågnings-sygeplejersker (FSAIO). Ved denne gennemgang fandt jeg 3 potentielt relevante artikler (www.dsr.dk/fs3).

1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
0	0	3	1	2	0	0	0	1	3	0	0	0	0	1	0	3

Tabel 5: Intensive and Critical Care Nursing

Dette elektroniske tidsskrift var tilgængeligt via statsbiblioteket. Ved denne gennemgang fandt jeg yderligere 14 potentielt relevante reference.

2.3. Vurdering af de potentielt relevante artikler

Herefter blev de 63 potentielt relevante artikler vurderet med henblik på deres relevans for den efterfølgende metasyntese. For at kunne foretage en nøjagtig og retfærdig vurdering, blev den foretaget enkeltvis og systematisk med inspiration fra Sandelowski og Barrosos (2007) læseguide. Først blev artiklen læst flere gange, og undervejs blev der skrevet i logbogen om de tanker og overvejelser, jeg havde gennem processen.

Vurderingen af de måske relevante artikler tog udgangspunkt i min problemformulering samt de udarbejdede inklusions og eksklusionskriterier. Nøgleparametre såsom titel, forfatter og dato blev noteret. Derefter blev artiklen vurderet med henblik på forskningsspørgsmål, formål, metode for indsamling af data, analysemetode samt sammensætningen af informanterne (ibid). Til sidst blev det vurderet, om artiklen indeholdt kvalitative forskningsresultater/fund. Ifølge Sandelowski og Barroso (2002, 2007) er fund grundet i data, men forskeren har igennem processen foretaget en fortolkning af data. En konsekvens heraf var, at alle forskningsartikler, der indeholdt fortolkende kvalitative fund, kunne anvendes. En anden konsekvens synes at være, at fundene var at finde alle steder i artiklen og ikke kun i resultatafsnittet (ibid). Derfor var denne del af processen lidt besværlig, idet alle relevante fund først skulle identificeres og dernæst vurderes med henblik på, om der igennem forskningsprocessen var sket en fortolkning af data. Som en konsekvens af vurderingen blev 37 referencer frasorteret ud fra følgende begrundelser:

- 12 artikler fordi de ikke indeholdte kvalitative fund, fordi der ikke var sket en fortolkning af data, eller fordi de kvalitative data ikke kunne adskilles fra de kvantitative data.
- 2 artikler hvor det ikke var muligt at skelne data fra patienter med data fra pårørende.
- 7 artikler fordi patienterne ikke var blevet indlagt akut på ITA.
- 3 artikler fordi de omhandlede patientoplevelser i forbindelse med indlæggelse på ITA fra et sygeplejersperspektiv.
- 7 artikler fordi de omhandlede patientoplevelser i forbindelse med indlæggelsen på ITA med udgangspunkt i litteraturen.
- 1 artikel fordi jeg ikke kunne fremskaffe den indenfor d 15-04-2008.
- 3 artikler hvor patienternes alder ikke var oplyst, og hvor det ikke var muligt at fremskaffe denne viden. Det medførte en tvivl om hvorvidt data kunne stamme fra patienter under 18 år.
- 4 artikler fordi der indgik data fra patienter under 18 år, og det ikke var muligt at adskille disse data fra de øvrige.

Efter vurderingen var der 24 forskningsartikler med relevante fund fordelt på 13 fundet i CINAHL, 4 i PubMed, 1 via litteraturlisten og 6 fra ICCN. Fund fra de 24 artikler blev undersøgelsens empiriske materiale. Med afsæt i problemformuleringen blev alle relevante fund identificerede og udtrukket fra de 24 forskningsartikler. Dette synes muligt ud fra Sandelowski og Barrosos typologi, der siger, at resultatet af et spørgsmål kan ses som at være støttende og derfor muligt at skelne fra data (ibid). I overensstemmelse hermed blev relevante fund fra de 24 artikler adskilt fra data, importerede data og resultater fra andre studier samt teori.

Den samlede vurdering af de 24 artikler fremgår af tabel 6 til 9 i afsnit 3.1. Jeg har valgt at fremstille nøgleelementerne fra den samlede vurdering i tabeller, fordi det kan medvirke til at give et overblik over hvilket materiale, der dannede baggrund for metasyntesen. Tabellerne indeholder oplysninger om titel, forfattere, dato, indsamling og analysemetode, hvornår data var indsamlet, informantsammensætning og relevante fund. (ibid).

2.4. Analysemetode/metasyntesen

Først blev de 24 artikler inddelt i 4 grupper:

- Gruppe 1 var artikler, hvor de relevante fund kunne relateres til ITA-tiden.
- Gruppe 2 var artikler, hvor de relevante fund kunne relateres til tiden på den almindelige sengeafdeling.
- Gruppe 3 var artikler, hvor de relevante fund kunne relateres til tiden efter udskrivelsen fra hospitalet.
- Gruppe 4 var artikler, hvor de relevante fund kunne relateres til flere af de foregående tidsperioder.

Inddelingen skete ikke ud fra interviewtidspunktet, men ud fra i hvilken periode artiklens fund kunne relateres til. Resultatet af denne inddeling fremgår af tabel 6 til 9 i afsnit 3.1. I denne del af analysen var de relevante fund stadig kontekstbundne, hvilket synes at medvirke til at bevare integriteten af hver enkelt studie (Sandelowski, Barroso 2007). I den efterfølgende analyse og metasyntese refereres der til det nr. som står ud for hver artikel i tabellerne.

Herefter blev alle relevante fund integrerede på tværs af studierne indenfor tre områder: tiden på ITA, tiden på den almindelige afdeling og tiden efter udskrivelsen fra hospitalet. Artiklerne fra gruppe 4 blev anvendt ved at integrerer deres fund til den tidsperiode de kunne relateres til.

De integrerede fund indenfor hvert område blev fortolkede ved hjælp af konstant komparativ analyse. Da jeg havde alle mine fund, inden jeg startede analysen/metasyntesen, var metoden ikke grounded theory, men den var inspireret heraf (Hartman 2005). Jeg valgte denne analysemetode til min metasyntese, fordi den synes at være egnet til at ordne det uoverskuelige antal fund, jeg havde. Men også fordi den ved at finde ligheder mellem forskellige grupper af iagttagelser, gav mulighed for at forstå hvordan ITA-patienter oplevede deres nuværende situation og de ændringer der var sket i forhold til deres tidligere situation (Hartman 2005, Sandelowski, Barroso 2007). Jeg sammenlignede konstant fund fra de forskellige artikler indenfor hvert område. Det foregik ved at jeg konstant så på

forskelle og ligheder ud fra forskellige perspektiver om det centrale spørgsmål, hvorved det var muligt at danne over og underkategorier. Kategorier er ifølge Hartman (2005) et fænomen, der havde en bestemt mening for ITA-patienterne. De vigtigste kategorier blev de overordnede kategorier. Det var dem, der forekom hyppigst i fundene, og som de andre kategorier hyppigst kunne relateres til.

Kodningen af fund foregik som en proces indenfor hvert af de 3 områder. Den bestod af tre faser og fremtrådte ikke så lineært, som den er beskrevet her, da det af og til var nødvendigt at gå tilbage i processen. Med afsæt i de integrerede fund blev der fundet kategorier indenfor hvert af de 3 områder. Det foregik ved at jeg stillede alle relevante fund op i kolonner indenfor emnerne fysisk, psykisk og social. F.eks. fandt jeg kategorien angst, som også dækkede, at patienterne oplevede frygt, lidelse, panik og kaos fordi situationen på ITA var livstruende og skræmmende. Efter at alle kategorierne var fundet, kunne jeg opdage relationerne mellem kategorierne, ved at sammenligne de forskellige fænomener med hinanden. Det medførte, at jeg kunne beskrive kategoriernes egenskaber. Herefter blev kategorierne relaterede med hinanden, således at de overordnede kategorier kunne findes. Det synes muligt, fordi jeg ved konstant at foretage sammenligninger af kategorierne, kunne se hvad der var vigtigt i de indsamlede fund (ibid). Systematikken og synligheden blev sikret ved, at jeg skrev noter i logbogen om de tanker og overvejelser, jeg havde gennem processen (Sandelowski & Barroso 2007).

Resultatet af metasyntesen blev fundet ved at jeg til sidst foretog konstante sammenligninger af kategorierne på tværs af de 3 områder. Resultatet af metasyntesen, var mere end summen af delene, idet den gav en forståelse af akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA ud fra forskellige tidsperspektiver (Sandelowski, Barroso 2003 og 2007). Med denne viden, var det muligt at formulere en teori, der formidlede en forståelse af, hvordan ITA-patienterne opfattede virkeligheden i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA.

For at skabe en øget forståelse af hvordan ITA-patienterne opfattede virkeligheden i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA, blev resultatet af metasyntesen

diskuterede ved at inddrage relevant teori og anden relevante litteratur. Diskussionen efterfølges af en metodediskussion samt en konklusion og perspektivering af resultaterne.

3. Resultater

3.1. Oversigt over valgte artikler

På de følgende sider findes tabeller over de valgte artikler:

- Tabel 6: Artikler fra gruppe 1, hvor de relevante fund kunne relateres til ITA-tiden. Tabel 6 fylder to side.
- Tabel 7: Artikler fra gruppe 2, hvor de relevante fund kunne relateres til tiden på den almindelige sengeafdeling.
- Tabel 8: Artikler fra gruppe 3, hvor de relevante fund kunne relateres til tiden efter udskrivelsen fra hospitalet.
- Tabel 9: Artikler fra gruppe 4, hvor de relevante fund kunne relateres til flere af de foregående tidsperioder.

Nr	Årstal	Forfatter	Titel	Land	Metode	analyse- metode	Informant- sammensætning	tidspunkt for indsamling af data	væsentligste resultater	Kommentar
1	1990	Kathleen A Puntillo	Pain experiences of intensive care unit patients	USA	Kvalitativ. Interview	Indholds analyse	12 mænd/12 kvinder fra 31-79 år	ca 5 uger efter udskrivelsen fra ITA.	De fleste patienter husker dele af opholdet på ITA (-1 pt). Flere oplever smerter på ITA i forbindelse med div. behandlingsprocedure, ekstubation og nedsat kommunikationsbæver. Smerteoplevelser er individuel og forårsaget af mange forskellige faktorer. De oplever smertelindring ved tilstedeværelse af pårørende og/eller personalet. Patienterne har følelsesmæssige oplevelser i form af hallucinationer, lyde, kulde men også velbehag.	
2	1994	Marie Louise Hall-Lord, Gerry Larsson & Inger Boström	Elderly patients experiences of pain and distress in intensive care: a grounded theory study	Sverige	Grounded Theory. Observation og åbne interview.	Konstant komparativ analyse efter Strauss og Corbin.	11 mænd og 7 kvinder fra 70-85	18 interviews blev udført mens de var på ITA, 6 blev gentaget efter udskrivelsen	Der blev fundet 16 kategorier af patientoplevelser i forbindelse med smerter og ubehag igennem et ITA-forløb. Kategorierne blev inddelt i 4 dimensioner. Sanselig dimension: Fysisk smerte, fysisk ubehag, træthed og vejrtrækningsproblemer. Intellektuel dimension: Ikke at vide (besvær med at udtrykke sig, ikke at blive forstået samt forvirret erkendelse af virkeligheden. Følelsedimension: Plage, frygt, resignation, bitterhed, angst/irritation samt afhængighed. Eksistentiel dimension: Fortvivlelse, håbløshed/håb, trussel på livet og dødsaccept.	Alle patienterne blev indlagt efter akut kritisk sygdom.
3	1998	Annetth Granberg, Ingegerd Bergbom Engberg & Dag Lundberg	Patients experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I	Sverige	Hermeneutik. Interview.	Ricoeurs hermeneutisk/fænomenologisk. At veksle mellem forklaring og forståelse.	13 mænd og 6 kvinder fra 25 til 82 år.	1 interview: 6-10 dage efter udskrivelsen fra ITA. 2 interview 4-8 uger efter 1 interview.	Patienterne oplever at have klare erindringer om uvirkelige oplevelser (hallucinationer, drømme, mareridt). De starter i perioder hvor patienter oplever en følelse af kaos, angst og frygt. F.eks i forbindelse med nedat bevidsthedsniveau og ekstubation. De oplever at miste orienteringen om tid og sted. De har kun få faktiske erindringer eller oplever ITA som i brudstykker. De har virkelige erindringer om de pårørende, de giver beroligelse, håb og er en livsline til den virkelige verden. Patienters første følelse efter genvundet bevidsthed er en følelse af tomhed i sind og krop. De oplever en ændret kropserkendelse, en fremmedgørelse og at miste kontrol. Patienter oplever frygt og håb på samme tid, at være følelsesmæssig ustabil, forsvarsløse og meget sårbar overfor små ændringer (positiv/negativ). Anvendelse af teknisk apparatur giver patienterne en følelse af at være bundet, kontrolleret og angst. Efter få dage oplever de at de kan leve med dem.	
4	2000	Ingegerd bergbom & Ann Askwall.	The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients	Sverige	Hermeneutik. Interview.	Gadamers hermeneutiske metode til analyse af tekster.	3 mænd og 2 kvinder fra 39 til 67 år		Patienter oplever på ITA at føle sig magtesløse, usikker og udsatte. De oplever at nære pårørende giver dem en følelse af sikkerhed, beskyttelse, indre ro, afslappelse og mindre angst. Pårørende giver patienter en følelse af stadig at være en del af samfundet og at være et menneske. De afledte patienters tanker om døden, giver energi, styrke og opmunter til overlevelse idet de følte sig behøvet, savnet og elsket. patienter oplever en følelse af opgiveness når de pårørende ikke er til stede. De pårørende har værdi i behandling og plejeprocessen ved at fungere som kommunikationsled mellem patienten og de sundhedspersonelle samt ved at bidrage med viden om patientens behov og vaner. Besøg fra ikke nære pårørende oplever patienten som belastende. Nogle patienter ønsker selv at vurdere af hvem og hvor ofte de ønsker besøg. Andre overlader tryk denne beslutning til de sundhedspersonelle.	
5	2003	Cynthia Arslanian-Engoren & Linda D. Scott	The lived experience of survivors of prolonged mechanical ventilation: A Phenomenological Study	USA	Fænomenologisk. Interview	Fænomenologisk analyse efter Giorgi 4 trins analysemetode.	7 deltager fra 22 til 69 år.	op til 2 år efter udskrivelsen	Patienter oplever indlæggelsen på ITA som traumatisk. De oplever depression, frustration, panik, angst og vrede. Kommunikationsbesvær medførte at de følte sig hjælpeløse. At stole på sig selv i forbindelse med kritisk sygdom er kun muligt pga støtte og opmuntninger fra de pårørende. De oplever at finde trøst gennem religion og bønner. Kompetent, professionel og venlig pleje giver patienter en følelse af at kunne slappe af og ikke længere bekymre sig over hvad der sker. De oplever at visioner om og samtaler med feds afdøde personer (hallucinationer/drømme) giver beroligelse gennem traumatiske oplevelser.	Del af et større studie, men disse resultater er adskilt fra de øvrige der er kvantitative. Respiratorbehandlet i 7 eller flere dage
6	2005	Judith M. Magarey & Helen H. McCutcheon	Fishing with the dead- Recall of memories from the ICU	Australien	design i 2 dele. 1 del spørgeskema, 2 del semistruktureret interview	Tematisk analyse	6 mænd og 2 kvinder fra 34 til 84 år	Fra 6 md til 2 år efter udskrivelsen fra ITA	Deltager har erindringer om virkelige og uvirkelige oplevelser. De kæmper for at opretholde det klare og virkelige. Har klare erindringer om skrækelige, skøre og mærkelige vrangforestillinger/drømme. Har ingen tydelig erindring om ITA-forløbet, kun at sygeplejeskerne taler til dem og nogle har erindringer om smerter. Ikke at vide medfører angst. Interaktion med de sundhedspersonelle giver beroligelse, trøst og tiltro. De pårørende hjælpe dem med at vende tilbage til realiteterne. Deltagerene oplever at befinde sig mellem sorthed og farvet. Hvor sorthed er frygt og isolation og det farvet er fred og lys. De oplever at være magtesløse pga manglende kontrol med situationen og fordi de er omgivet af og bundet af tekniske hjælpemidler. Magtesløshed og kommunikationsbesvær medfører isolation der medfører øget angst. Flytning af magtesløshed til en følelse af formål og accept skete for nogle via det åndelige. Andre flygter fra situationen via vrangforestillinger/hallucinationer. De oplever mareridt/drømme hvori afdøde personer optræder hvilket medfører angst.	Del 2 indgår i syntesen, da disse data kan adskilles fra de kvantitative data

Tabel 6: Artikler omhandlende tiden på ITA. Tabellen fortsættes på næste side

Nr	Årstal	Forfatter	Titel	Land	Metode	analyse- metode	Informant- sammensætning	tidspunkt for indsamling af data	væsentligste resultater	Kommentar
7	2006	Nancy Ballard, Lois Robley, Darcy Barrett & Danielle Fraser	Patients Recollection of therapeutic Paralysis in the Intensive Care Unit	USA	Fænomenologisk. Ustruktureret interview	Konstant komparativ analyse	4 mænd og 7 kvinder fra 19 til 66år	48 til 72 timer efter extubationen	Patienterne oplever at veksle mellem at være bevidst og ubevidst. Det medfører lidelse, forvirring, en særdrømmelig tilstand, en følelse af at være frigjort fra deres legeme samt en følelse af at være næsten død indeni. De oplever særlige drømme, har kun erindringer om flygtige øjeblikke og de oplever at den kronologiske rækkefølge er tabt. Patienter oplever at miste kontrol, det giver en følelse af at miste sin eksistens og de har svært ved at forstå information. De ønsker at flygte fra situationen, men føler at de bliver holdt nede, det medfører øget angst. Patienter har positive oplevelser i forbindelse med pleje, behandling og de sundhedsprofessionelle.	
8	2006	Patricia Johnson, Winsome St. John & Wendy Moyle	Long-term mechanical ventilation in a critical care unit: existing in an uneveryday world	Austra- lien	Fænomenologisk. Ustruktureret interview.	Van Manen tematiske analyse	6 mænd og 3 kvinder fra 21 til 69år	Fra 2 uger til 2 md efter udskrivelsen fra hospitalet.	Patienter oplever indlæggelsen på ITA som at eksistere i en uvrkelig verden. De oplever forskellige niveauer af bevidsthed, det medfører at de har svært ved at forstå ITA-forløbet i sin helhed. De oplever hallucinationer, mareridt og en følelse af at leve i en ukendt krop. De oplever anvendelse af teknologien som ubehagelig, overraskende, skræmmende samt oplever kommunikationsbesvær. Det medfører en oplevelse af sårbarhed og en følelse af afhængighed af teknologi og sundhedspersonalets viden, hjælp og støtte.	Patienterne har været i respiratorbehandling på ITA i 7 eller flere dage.
9	2006	Ingrid Wåhlin, Anna-Christina EK & Ewa Idvall	Patients empowerment in intensive care- An interview study	Sverige	Fænomenologisk. Åbne interview	Husserl fænomenologis- ke filosofi, fra meningsenhed er til meningskonstr- uktion.	6 mænd og 5 kvinder fra 28 til 83 år	fra 4 til 30 dage efter udskrivelsen fra ITA (når pt, tilstand tillod det)	Patienter oplever indlæggelsen på ITA som delt i 2 perioder. 1 periode er karakteriseret ved en tilstand af ikke at være helt bevidst, dag og nat flyder sammen. De oplever kommunikationsbesvær, en følelse af at være forsvarsløse og afhængig af personalet. Patienter har i denne periode behov for at de sundhedsprofessionelle skaber et sikkert miljø, nærhed, god individuel pleje og information. 2 periode ses efter en lille forbedring af tilstanden. Her oplever patienter en kamp mellem at give op eller fortsætte kampen for at vende tilbage til livet. I denne periode handler det om at styrke og stimulere patientens naturlige livsglæde og villighed til at kæmpe.	Empowerment er en positiv og dynamisk proces, der fokuserer på menneskets styrke, retninger og evner, og foregår under et ITA-forløb, ved at styrke og stimulere patienternes egen naturlige livsglæde og dens villighed til at kæmpe.
10	2007	Sofia Almerud, Richard J. Alapack, Bengt Fridlund & Margaretha Ekebergh	Of vigilance and invisibility- being a patient in technologically intense environments	Sverige	Kvalitativ. Ustruktureret interview.	Fænomenologi- sk analyse om at gå fra meningsenhed er til forklaringenshe- der	7 mænd og 2 kvinder fra 45 til 74 år	På den almindelige afd. Kort efter udskrivelsen fra ITA. 2 blev interviewet få dage efter udskrivelsen i deres eget hjem	Patienter oplever konfrontation med døden. Oplever svaghed og mangel på kontrol, det medfører at patienter ikke længere kæmper for bevarelse af egen autonomi. Pårørende giver støtte. Pga anvendelse af teknologi oplever patienter miljøet som ubegribelig og skræmmende. Det fremmede miljø og kommunikationsbesvær medfører en oplevelse af indre kaos, fordi det er svært at forstå hvad der sker med og omkring dem. Patienter oplever en tvunget afhængighed fordi de oplever at miste kontrol over eget liv og krop. Det medfører en følelse af sårbarhed, et ønske om at flygte, ensomhed, skræk og en blind tillid til de sundhedsprofessionelle og teknologien. Trods konstant monitorering føler patienter sig overset på deres menneskelige niveau. Da patienter føler sig usynlig som menneske giver de op og overfører kontrollen til de sundhedsprofessionelle.	
11	2008	Lone Schou & Ingrid Egerod	A qualitative study into the lived experience and post- CABG patients during mechanical ventilator weaning	Danmark	beskrivende kvalitativ design fokuseret på livserfaringer. Semi- struktureret.	Hermeneutisk/ fænomenologis- k	8 mænd og 2 kvinder fra 35 til 84år	2-5 måneder efter udskrivelsen fra hospitalet.	Patienter oplever respiratorbehandlingen som ubehagelig, ubekvem og fremmed men ikke som utåleligt. De oplever at mangle tiltro til egne evner i forbindelse med respiratoraftrapningen. Patienter oplever forvirring og lidelse pga kommunikationsbesvær. De oplever tab af kontrol, reduceret selvtillid og at de har svært ved at orientere sig i tid og sted. Patienter oplever ensomhed og ønsker mere kontakt med sygeplejepersonalet. De oplever de pårørende som deres livslinje.	

Tabel 6, fortsat: De resterende artikler omhandlende tiden på ITA

Nr	Årstal	Forfatter	Titel	Land	Metode	analyse- metode	Informant- sammensætning	tidspunkt for indsamling af data	væsentligste resultater	Kommentar
12	2000	Mandy Odell	The patients thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward	England	Fænomenologisk. Semistruktureret Interview.	Tematisk indholdanalyse	2 mænd og 4 kvinder fra 30 til 70 år	4 dage efter udskrivelsen fra ITA	Ved overflytningen til den almindelige afdeling var patienterne klare og forstår hvad der sker omkring dem. Efter 2-4 dage kan de fleste patienter ikke huske overflytningen eller anså den som ligegyldigt. Patienter oplever at de ingen andel har i beslutningen og acceptere deres skæbne i hospitalsprocessen. De har blandet følelser med hensyn til overflytningen. Nogle oplever den som tegn på bedring mens andre følte hjælpeløshed, angst, depression og stress. Patienter oplever udtalt træthed og svaghed, det medfører bekymring og frygt.	
13	2002	Aidin A. Mckinney & Pat Deeny	Leaving the intensive car unit: a phenomenological study of the patients' experience	Nord-Irland	Fænomenologisk. Interview.	Hermeneutisk analyse	6 deltager fra 42 til 75 år	1 interview lige før udskrivelsen fra ITA. 2 interview ca 1 uge efter 1 interview	På ITA er de fleste patienter glade for overflytningen til den alm afd, idet de ser den som tegn på forbedring. Patienter oplever det som negativt, at de skal opgive kontrollen fra de sundhedsprofessionelle. Overflytningen bliver betragtet som at vende tilbage til det normale. De oplever adskillelsen fra ITA-personalet som negativt, da de var en støtte. Efter overflytningen oplever få nogle patienter en langsom normalisering. Andre oplever fortvivelse over de pludselige forandringer. Patienter oplever fysiske gener i form af smerter, søvnbesvær, svaghed, nedsat mobilisation og manglende appetit. De oplever psykiske påvirkninger i form af tristhed, depression og at det er svært at skelne drømme fra realiteter. De oplever ændringer i plejeniveauet pga mindre monitorering og personale. Få er ivrige efter at tale om deres erfaringer i forbindelse med kritisk sygdom.	
14	2005	Eunice H. E. Strahan & Robert J. Brown	A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care	New-Zealand	Fænomenologisk. Ustruktureret interview.	Tematisk analyse	7 mænd og 3 kvinder fra 18 til 77år	3-4 dage efter udskrivelsen fra ITA	Patinter oplever overflytningen til alm afd forskelligt. Nogle patienter oplever overflytningen som et fremskridt. Andre oplever angst fordi de ikke føler sig parate til at blive overflyttet. Alle patienter oplever fysiske reaktioner i form af søvnbesvær, træthed, udmattelse, nedsat mobilisation samt besvær med fordøjelsen. Få patienter har ingen psykologiske/ følelsesmæssige besvær efter udskrivelsen fra ITA, men ser den som udsigt til livet og eksistens, håb, tillid og et ønske om uafhængighed. Andre oplever angst, ensomhed, depression og udmattelse, Alle oplever at de har behov for information, støtte og opmuntninger.	

Tabel 7: Artikler omhandlende tiden på den almindelige afdeling

Nr	Årstal	Forfatter	Titel	Land	Metode	analyse- metode	informant- sammensætning	tidspunkt for indsamling af data	væsentligste resultater	Kommentar
15	1999	Annetth Granberg, Ingegerd Bergbom Engberg & Dag Lundberg	Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II	Sverige	Hermeneutik. Interview.	Ricoeurs hermeneutisk/fænomenologisk. At veksle mellem forklaring og forståelse.	13 mænd og 6 kvinder fra 25 til 82 år.	1 interview: 6-10 dage efter udskrivelsen fra ITA. 2 interview 4-8 uger efter 1 interview.	Kort tid efter udskrivelsen oplever flere patienter at være desorienteret og få tilbagevendende oplevelser af uvirkelige hændelser. De forekommer når patienten er vågen eller i en tilstand mellem at være vågen og døsig ikke når de sover. Patienter kan klart skelne mellem drømme og uvirkelige hændelser. Patienter oplever en følelse af ensomhed og isolation, og de oplever at de pludselig er alene med deres frygt og tanker. De oplever at være følelsesmæssig ustabile og at svinge mellem en følelse af sikkerhed/usikkerhed, håb/opgivelse, frygt/ro. Disse følelser aktiverer til erindringer og overvejelser over hvad der reelt skete igennem ITA-forløbet. De begynder at tænke og undre sig over deres sygdom, behandling og hvor tæt på de var på at dø. Få patienter oplever ikke uvirkelige hændelser men oplever en følelse af tillid, fortrolighed og en evne til at kunne kontrollere sig selv.	Samme datamateriale som i artikel nr 4, men den indeholder også resultater af patientoplevelser efter udskrivelsen.
16	2004	Harriet Adamson, Margherita Murgio, Martin Boyle, Suzie Kerr, Matthew	Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study	Australien	kvalitativ. Semi-struktureret interview + feltnoter	Analyseres efter Strauss og Corbins metode	4 mænd og 2 kvinder fra 57 til 83 år.	6 måneder efter udskrivelsen fra ITA	Patienter har variende erindringer om faktuelle oplevelser af ITA-forløbet (fra ingen erindringer til meget livagtige erindringer). 6 md efter udskrivelsen er de stadig plaget af hallucinationer, drømme og mareridt, men hyppigheden er aftaget. Reaktionen efter kritisk sygdom er varierende, men alle deltagere er tydeligt påvirket fysisk og/eller psykisk 6 md efter. Nogle deltagere har accepteret deres situation, mens der hos andre ses undgåelse, ængstelse, magtesløshed, angst og depression. Der ses sammenhæng mellem velvære og ubehag.	Dette studie er en del af et større studie, men resultaterne er klart adskilt fra de øvrige
17	2005	Annica Claesson, Helen Mattson & Ewa Idvall	Experiences expressed by artificially ventilated patients	Sverige	Kvalitativ. Interview	Indholds analyse	7 mænd og 1 kvinde	6 til 12 måneder efter udskrivelsen fra ITA	Patienters erindringer fra ITA er en blanding af virkelige og indbildte oplevelser	
18	2006	Lennart Löf, Lars Berggren & Gerd Ahlström	Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay - 3 and 12 months after discharge	Sverige	kvalitativ. Interview	Indholds analyse	6 mænd og 3 kvinder fra 42 til 77 år	1 gang 3 måneder efter udskrivelsen og igen efter 12 måneder	3 md efter udskrivelsen har patienter ingen eller kun brudstykkeagtige erindringer af virkelige oplevelser før og under respiratorbehandlingen, få erindringer om sundhedspersonalet og pårørende. De har klare erindringer om uvirkelige oplevelser (hallucinationer, drømme mv) og har erindringer om angst og frustration. De virkelige oplevelser er blandet sammen med uvirkelige oplevelser. 12 md efter udskrivelsen fra ITA var der kun sket få ændringer i erindringerne af ITA-forløbet. Virkelige og uvirkelige oplevelser var stadig blandet sammen, men flere patienter oplever af hallucinationerne og drømme ikke længere har samme betydning og styrke. Få patienter oplever at de uvirkelige erindringer er blevet reduceret således at de virkelige oplevelser fra ITA er mere fremtrædende.	
19	2008	Lennart Löf, Lars Berggren & Gerd Ahlström	ICU patients recall of emotional in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: Follow-ups after 3 and 12 months	Sverige	kvalitativ. Interview.	Indholds analyse	6 mænd og 2 kvinder fra 34 til 84 år	1 gang 3 måneder efter udskrivelsen og igen efter 12 måneder	3 md efter udskrivelsen er patienternes følelsesmæssige reaktioner stadig varierende og omfattende. 12md efter udskrivelsen har patienter stadig følelser fra ITA-tiden, men de er mere samlet og mindre intense. Lige efter ekstubationen og genvundet bevidsthed oplever patienter en følelse af tomhed der senere bliver efterfulgt af en følelse om kamp efter at kunne forstå og genvinde kontrol over situationen. For at gøre situationen mere begribelig forsøger patienterne at opnå informationer, i håb om at kunne forstå hvorfor og hvad der var sket på ITA. De fleste patienter forlod hospitalet uden at opnå det. Disse følelser var stærkere efter 12 md end efter 3 md. Andre forsøgte at flygte fra oplevelser fra ITA i deres drømme eller nægter at de har været kritiske syge. De oplever modløshed og fortvivelse pga tydelig mangel på fremskridt, det medfører frygt og angst. Disse følelser er uforandret efter 12md.	Samme datamateriale som i artikel nr.17

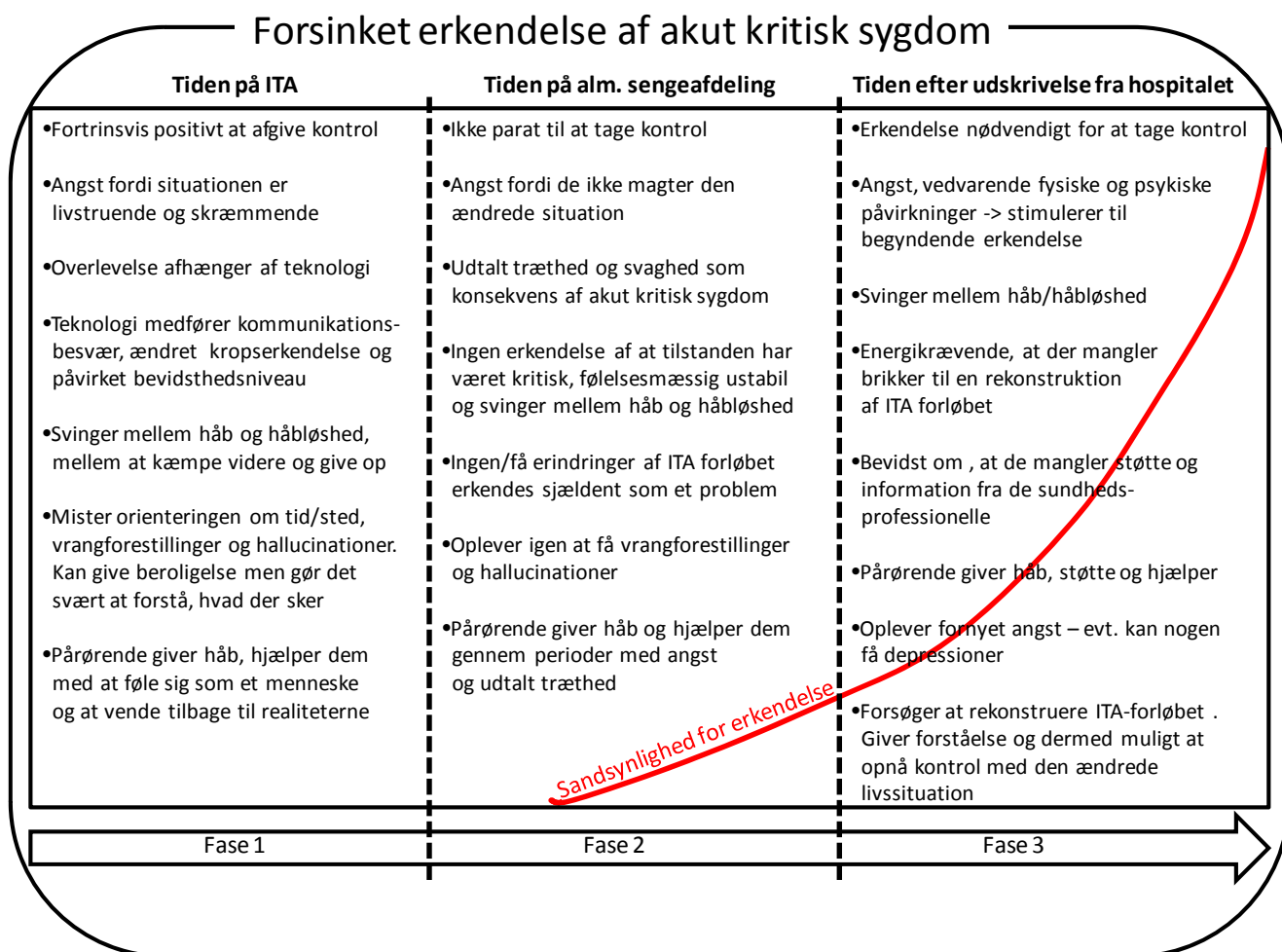
Tabel 8: Artikler omhandlende tiden efter udskrivelse fra hospitalet

Nr	Type	Årstal	Forfatter	Titel	Land	Metode	analyse-metode	Informant-sammensætning	tidspunkt for indsamling af data	væsentligste resultater	Kommentar
20		1991	Peggy Comptom	Critical Illness and Intensive care: What it Means to the client	USA	Grounded Theory. Observationsstudie og ustruktureret interview	Konstant komparativ analyse.	4mænd og 4 kvinder fra 19 til 68 år	Op til 12 måned efter udskrivelsen fra hospitalet.	Patienter husker enkelte brudstykker af træthed, pleje og behandlingsinterventioner (de var ikke smertefulde men besværlige og angstprovokerende). Få erindringer af omgivelserne og udstyr, men de kan huske respiratorbehandlingen fordi den hindrede kommunikationen. Husker interaktioner med de sundhedsprofessionelle og pårørende som meningsfyldte. Patienter oplever også et vist niveau af sikkerhed og beskyttelse således at de turde overgive kontrollen til apparatur, personalet og GUD. Efter genvundet bevidsthed på ITA oplever de sig ikke som kritisk syge. Efter ITA: Først ønsker patienter ikke at tænke på ITA-forløbet, senere og pga vedvarende træthed og smerter begynder de at indse hvor kritisk deres tilstand har været. de oplever det som svært at identificere sig med det skete hvilket medfører lidelse. De ønsker hjælp fra familemedlemmer og sundhedspersonalet til at kunne rekonstruere deres erfaringer. Efter denne erkendelse, forsøger patienter at finde logiske forklaringer på hvorfor de overlevede. det medfører at nogle føler skyld og at andre føler glæde/taknemmelighed. Men også til oplevelsen af depression, sårbarhed og fornyet angst.	
21		2005	Claire Minton & Jenny Carryer	Memories of former intensive care patients six months following discharge	New-Zealand	Kvalitativ beskrivende design. Semistruktureret interview	Tematisk analyse	6 deltager over 18 år	6 måneder efter udskrivelsen fra ITA	På ITA realiserer patienter at de er alvorlige syge og at de ingen indflydelse har på hvordan det går, derfor overlod de kontrollen til personalet og teknologien, det giver en følelse af tillid. Efter udskrivelsen oplever deltagerne fordrejet og /eller forvrænget tanker. De har svært ved at skelne mellem oplevelser på ITA, almindelig og deres drømme og mareridt. De oplever ITA som et sted af fuldstændig forvirring eller et sted de ikke kender. De har klare erindringer af deres drømme og hallucinationer og de fortsatte efter udskrivelsen fra hospitalet. Ikke at kunne erindre ITA-forløbet opfatter få deltager ikke som et problem, Mens andre følte det som en stor lidelse og forsøgte at finde ud af hvad der var sket på ITA. Deltagere oplever indringer om procedure der forårsagede smerter og/eller ubehag. Efterhånden som deltagerne erkendte det skete, føler de sig sårbare og alene. Ingen af deltagerne har efter 6 md genvundet deres tidligere funktionsniveau. De oplever tanker omkring døden, efterhånden som de i recovery perioden erfarer hvor kritisk deres tilstand har været.	
22		2007	Åsa Engstrom & Siv Soderberg	Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill	Sverige	Fænomenologisk /hermeneutisk. Interview	Ricoeurs hermeneutisk/fænomenologisk. At veksle mellem forklaring og forståelse.	8 mænd og 2 kvinder fra 22 til 73 år.	1 til 5 år efter at pt blev kritisk syg	Nære pårørende er en vigtig støtte i forbindelse med akut kritisk sygdom, indlæggelse på ITA men også efter udskrivelsen fra hospitalet. Hovedtemaet er at nære pårørende giver patienten erfaringsbekræftelse. De letter modtagelsen af forklaringer, giver patienten en oplevelse af at være forstået. Giver patienten en oplevelse af sikkerhed og en god grund til at forsætte kampen mod kritisk sygdom. De medvirker til at patienter opnår styrke, støtter patienten igennem oplevelser af smerter, depressioner og når patienten mangler evner til at udføre ting (også efter uds.). Endvidere støtter de pt i at se muligheder samt at realisere deres værdier. Nære pårørende giver også patienten en oplevelse af angst samt bekymringer over det ekstra arbejde deres sygdom har medført.	
23		2008	Veronika Karlsson & Anna Forsberg	Health is yearning- Experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit.	Sverige	Fænomenologisk /hermeneutisk. Interview	Tematisk hermeneutisk analyse	4 mænd og 4 kvinder fra 21 til 81 år	1 interview lige efter udskrivelsen fra ITA 2 interview senere i deres eget hjem.	Selvom patienter ikke er sederet under respiratorbehandlingen har de kun få erindringer af hele ITA-forløbet. Erindringerne består af forskellige plejehandlinger, ekstubation samt en oplevelse af panik i forbindelse med vejrtrækningsproblemer. De oplever ubehagelige men også behagelige drømme og hallucinationer. Informanter mester situation på ITA forskelligt enten deltagelse i plejen, kommunikation eller forsøger at flygte fra realiteterne. Efter udskrivelsen oplever de en ændret personlighed, de har svært ved at slappe af, svært ved at koncentrere sig, er mere følsomme, har svært ved at skelne drømme fra realiteter og er uheldig over egen krop. De mester situationen forskelligt enten via konfrontation, undgåelse eller ved at sætte sig ned og græde. Akut kritisk sygdom er karakteriseret ved at informanter oplever 4 forskellige former for længsel. I den akutte fase har de ingen længsel, så længsel efter smag og lugt, længsel efter at komme hjem og til sidst længsel efter at genvinde sundhed.	
24		2000	Judith E Hupcey & Helen E. Zimmerman	The Need to Know: Experiences of Critically Ill Patients	USA	Grounded Theory. Ustruktureret interview	Konstant komparativ analyse efter Glaser og Strauss metode	8 mænd og 6 kvinder fra 31 til 71 år	Når patientens tilstand var stabiliseret eller efter udskrivelsen fra ITA	Patienter har svært ved at forstå hvad der skete omkring og med dem, derfor har de behov for informationer igennem ITA-forløbet. De har behov for at personalet/pårørende taler med dem og ikke kun om dem. De oplever på ITA at miste orienteringen om tid og sted, hvilket giver en følelse af at miste kontrol. Ved at blive holdt orienteret om tid og sted kan de genvinde en følelse af kontrol. De oplever at være konfuse pga hallucinationer/vrangforestillinger, de føler at beroligende ord og nærværelse fra personalet hjælper dem igennem disse perioder. Efter udskrivelsen fra ITA oplever flere patienter at de ikke kan huske hele ITA-forløbet, det medfører en følelse af frustration og at de bruger meget energi på at samle brikkerne. Selvom familied hjælp patienten med at samle brikkerne, har alle patienter behov for at få information om hvad der skete på ITA.	

Tabel 9: Artikler omhandlende flere af perioderne

3.2. Resultat af analysen/syntesen

Resultatet af den kvalitative metasyntese er, at patienter over 18 år oplever en forsinket erkendelse efter akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA, samt at erkendelsen typisk sker efter udskrivelsen fra hospitalet. Denne viden har jeg sammenfattet i en ITA-faseteori, der viser, at patienterne i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA, typisk synes at gennemgå et forløb bestående af 3 forskellige faser. Først præsenteres resultatet af den kvalitative metasyntese i figur 1. Herefter følger en kort beskrivelse af, hvad der sker for patienterne i de enkelte faser. Denne efterfølges af en mere uddybende beskrivelse af de respektive faser, hvoraf det fremgår fra hvilket studier fundene stammer fra. I denne beskrivelse refereres der til det nr. der står ud for hver artikel i tabel 6-9.



Figur 1: Forsinket erkendelse af akut kritisk sygdom

På figur 1 ses kategorierne for de tre faser som patienter typisk gennemløber i forbindelse med akut kritisk sygdom. Den røde kurve viser sandsynligheden for den enkeltes gradvise erkendelse af, at have været kritisk syg. Ligeledes fremgår det, at det i nærværende undersøgelse ikke er alle der opnår erkendelsen.

3.2.1. Fase 1: Tiden på ITA

Starten af fase 1 er karakteriseret ved, at patienternes tilstand er yderst kritisk, at det er nødvendigt at anvende teknologi, konstant monitorering samt at udføre mange behandlings og plejeprocedurer. Som konsekvens af dette, har flere patienter kommunikationsbesvær, påvirket bevidsthedsniveau, en ændret kropserkendelse og mister orienteringen om tid og sted. Relationen med de sundhedsprofessionelle og/eller de pårørende har betydning, idet de giver patienterne tillid, således at de trygt kan overlade kontrollen til dem. Patienterne realiserer, at de er alvorlige syge, at deres liv er truet, samt at deres overlevelse synes at afhænge af teknologi og andres viden og kunnen. Dette medfører angst, en følelse af håbløshed og et ønske om at vende sig bort fra realiteterne. Flere patienter synes at vende sig bort fra den skræmmende og håbløse situation via det åndelige, vrangforestillinger/hallucinationer og/eller at overgive kontrollen til andre. At overgive kontrollen til andre, synes at give flere patienter en følelse af håb, tillid samt en følelse af, at de ikke længere behøver at bekymrer sig. Samtidig synes de at miste kontrol med deres legeme, situationen og deres liv. De har derfor svært ved at forstå, hvad der sker med og omkring dem.

Slutningen af fasen er karakteriseret ved, at flere patienter føler, at de har mistet deres eksistens som menneske, og at de eksisterer i en uvirkelig verden. De har en følelse af tomhed i krop og sind og betragter ikke længere dem selv som kritisk syge. Tilstedeværelsen af de sundhedsprofessionelle har betydning, og patienterne synes at være meget sårbar overfor deres holdninger og adfærd. Flere patienter oplever, at de sundhedsprofessionelle skaber et trykt miljø, at de giver individuel pleje, information og gradvist, hvor det er muligt, tillader de patienterne at deltage i plejen. Andre patienter føler sig overset og usynlige som menneske, fordi de sundhedsprofessionelle synes at have fokus på tekniske hjælpemidler, ikke er nærværende, og at de taler om og ikke til dem. I denne fase synes de pårørende at være patienternes livsline til den virkelige verden, idet deres tilstedeværelse

giver patienterne håb, tillid, en følelse af at være et menneske samt hjælper dem med at vende tilbage til realiteterne.

3.2.2. Fase 2: Tiden på den almindelige afdeling

Fase 2 er karakteriseret ved, at patienterne er blevet overflyttet til en almindelig afdeling, deres tilstand er mere stabil, og der er mindre monitorering og personale til stede. Få patienter har ikke psykologiske påvirkninger i forbindelse med overflytningen. De ønsker at genvinde kontrol således at de kan få deres liv og eksistens tilbage. Derfor forsøger de, ved hjælp af pårørende og de sundhedsprofessionelle at samle brikkerne, for derved at kunne forstå ITA-forløbet. Det typiske synes at være, at patienter føler håb og glæde ved at blive overflyttet til den almindelige afdeling, fordi det betyder at deres tilstand er blevet bedre. Men samtidigt har de svært ved og/eller ønsker ikke at forstå det skete, de oplever udtalt træthed og udmattelse samt at de ingen indflydelse har på overflytningen. Overflytningen synes derfor at medfører angst og en følelse af håbløshed, fordi patienterne ikke føler sig parate eller magter situationen, og de oplever adskillelsen fra ITA-personalet som negativt. De fleste patienter oplever derfor, at de efter overflytningen til den almindelige afdeling er følelsesmæssig ustabile, at de svinger mellem at føle håb og håbløshed samt at de er sårbare overfor pludselige forandringer. På den almindelige afdeling oplever de ændringer i plejeniveauet, mindre monitorering og personale. Det synes at medføre, at de oplever, at de er tvungent til at tage kontrol med situationen. Patienterne føler sig ikke parate eller magter ikke at genvinde kontrol med den ændrede situation og deres liv. Derfor oplever de angst og håbløshed, fordi de skal opgive kontrollen fra de sundhedsprofessionelle. Ved overflytningstidspunktet var patienterne klare, men efter få dage kunne de ikke huske overflytningen eller rækkefølgen af oplevelser, flere begynder igen at få vrangforestillinger/hallucinationer og de mister igen orientering om tid og sted og har derfor svært ved at skelne mellem oplevelserne på ITA, den almindelige afdeling og deres vrangforestillinger/hallucinationer. Hermed har de ingen eller sparsomme erindringer om ITA-forløbet og ingen erkendelse af, at de har været kritisk syge. Det anså nogle patienter ikke som et problem, idet de ikke ønsker at tænke på det, eller de vender sig bort fra og/eller fornægte realiteterne af deres sygdom og tiden på ITA. Andre oplever angst og håbløshed fordi de ikke kan erindre ITA-tiden, men de magter ikke eller føler sig ikke parate til at

genvinde kontrol med deres liv. Tilstedeværelse af pårørende og de sundhedsprofessionelle er vigtige, idet de giver håb, støtte og hjælper patienterne igennem perioder med angst og udtalt træthed.

3.2.3. Fase 3: Tiden efter udskrivelsen fra hospitalet

Fase 3 omhandler perioden efter udskrivelse fra hospitalet og op til 12 måneder efter. I denne fase beskrives tidligere patienter som deltager. Der ses i denne periode varierende oplevelser afhængig af deltagerens tidligere og nuværende livssituation. Få deltagere har inden udskrivelsen forstået ITA-forløbet samt accepteret og erkendt, at de har været kritisk syge, og ønsker at genvinde kontrol, således at de kan få livet og deres eksistens tilbage. De har inden udskrivelsen fået hjælp og støtte fra de sundhedsprofessionelle, og synes dermed selv at kunne mestre den ændrede livssituation. Et typisk forløb i fase 3 er karakteriseret ved, at mange deltagere forlader hospitalet uden at kunne forstå ITA-tiden og dermed uden erkendelse af, at de har været kritisk syge. Nogle er fortsat desorienteret, og flere har kun brudstykkeagtige erindringer om virkelige oplevelser fra indlæggelsen, men klare erindringer om deres vrangforestillinger/hallucinationer fra tiden på ITA og den almindelige afdeling. Deltagerne synes at fornægte eller vende sig bort fra realiteterne, og de oplever at få tilbagevendende vrangforestillinger/hallucinationer efter udskrivningen. Efter udskrivelsen er deltagerens fysiske funktionsniveau påvirket, de er følelsesmæssig ustabile, og flere bliver yderligere frustreret over at genoptræningen går meget langsomt. Efter 6 måneder har flere deltagere endnu ikke genvundet deres tidligere funktionsniveau. I løbet af fase 3 genvinder flere deltager noget af deres tidligere funktionsniveau, men de har fortsat smerter, er trætte, er følelsesmæssig ustabile og synes, det er svært at opnå kontrol med deres liv. Det synes at stimulerer til tanker og overvejelser over, hvad der reelt var sket på ITA. De begynder gradvis at erkende, at deres tilstand var kritisk, og forsøger herefter at rekonstruere tiden på ITA med henblik på at forstå det skete. Hvornår denne gradvise erkendelse forekommer synes at være individuelt, afhængig af personens tidligere og nuværende livssituation. Forståelse af ITA-forløbet oplever flere deltager som nødvendigt for at kunne genvinde kontrol med den ændrede livssituation. Behovet for at kunne forstå ITA-forløbet var stærkere 12 måneder efter udskrivelsen end efter 3 måneder. Få

deltagere synes ikke at nå til erkendelsen, idet de forsætter med at fornægte ITA-tiden og at deres tilstand var kritisk.

Erkendelsen synes at være et vigtigt, men også et kritisk tidspunkt, idet flere deltagere efterfølgende oplever fornyet angst, sårbarhed og ensomhed, fordi de har svært ved at identificere sig med det skete samt svært ved at erkende, at de var tæt på at dø. Nogle deltagere føler glæde eller taknemmelighed, mens andre føler skyld over at de overlevede. Flere får herefter tanker omkring døden. Nogle deltagere synes som konsekvens af erkendelsen at udvikle depressioner, mens andre begynder at genvinde kontrol med deres ændrede livssituation, og således stræber mod at få livet og deres eksistens tilbage. Selvom pårørende støtter og hjælper dem med at se muligheder, at realisere deres værdier og hjælper med at samle brikkerne fra ITA-forløbet, synes flere, at de mangler støtte og information fra de sundhedsprofessionelle. Dels fordi det kræver energi og er en kamp at rekonstruere deres oplevelser fra ITA-tiden, men også fordi de efter udskrivelsen føler at de er overladt til dem selv, og er alene med deres tanker og bekymringer.

3.2.4. Detaljeret beskrivelse af fase 1

Fase 1 startede ved at patienterne indlægges på ITA som følge af akut kritisk sygdom. Her oplevede patienterne, at deres sygdom var så alvorlig, at deres liv var truet (2, 9, 10), samt at deres overlevelse synes at være afhængig af teknologi og andres viden og kunnen (1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 20, 23). De oplevede situationen på ITA som angstfyldt, skræmmende og håbløs (2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 21, 23), hvilket gav dem en følelse af, at de ikke havde indflydelse på, hvordan det gik. Samtidig oplevede de tilstedeværelsen af de sundhedsprofessionelle som kompetent, professionel, venlig og nærværende (5, 6, 7, 9, 24). Derfor overlod de trygt kontrollen med deres liv til dem (4, 5, 7, 20). Hermed synes det at være hensigtsmæssigt og fortrinsvis positivt at afgive kontrol til andre i forbindelse med den akutte fase af kritisk sygdom og indlæggelse på ITA. Dette ses ved, at det at afgive kontrol, giver patienterne mulighed for at vende sig væk fra den skræmmende situation. Det giver dem en følelse af sikkerhed, tillid, håb samt en følelse af, at de ikke længere skal bekymrer sig (4, 5, 6, 10, 20, 21). Dog ses, at enkelte patienter oplevede, at de på grund af deres situation var tvungen til at afgive kontrol til de sundhedsprofessionelle (10). I slut-

ningen af fasen oplevede patienterne, at de ikke længere havde kontrol med situationen, deres krop og liv (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 20, 21, 24). Dette gav dem en følelse af håbløshed, angst, at føle sig overset/usynlig som menneske, at de mistede orienteringen om tid og sted samt at de havde svært ved at forstå information (3, 6, 7, 10, 11, 24). Pårørende gav nogle patienter en oplevelse af kontrol, idet de gav patienterne en følelse af at være et menneske og stadig at være en del af samfundet (4, 10). Desuden oplevede patienterne en følelse af kontrol ved at få gentagne informationer om pleje, behandling og tid/sted samt at få mulighed for at deltage i plejen, hvor det var muligt (4, 8, 9, 23).

Patienterne oplevede angst i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA (2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 20, 23), idet de oplevede situationen som håbløs, kaotisk, fremmede samt skræmmende. Patienterne ønskede at flygte fra den angstfyldte situation, da det ikke var muligt, flygtede de fra realiteterne via det åndelige, drømme/mareridt og/eller vrangforestillinger/hallucinationer (3, 5, 6, 7, 9, 10, 20, 21, 22, 23). Flere patienter kunne efterfølgende huske vrangforestillingerne/hallucinationerne. Det var visioner om og samtaler med afdøde personer, de var skøre, skrækkelig, mærkelige men også behagelige (5, 6, 7, 23, 24). Derfor synes de at være forbundet med håb, idet de gav patienterne beroligelse gennem traumatiske oplevelser (3, 5). Enkelte patienter oplevede, at det medførte øget angst, fordi de som konsekvens af disse oplevelser havde svært ved at forstå, hvad der skete (6). Patienterne oplevede angst i forbindelse med anvendelsen af teknologi, idet det medførte at de oplevede en følelse af at være bundne og/eller blive holdt nede (3, 6, 7, 8, 10, 20). Gennem perioden på ITA havde patienterne vænnet sig til teknologien, og stolede ikke længere på deres egen formåen. Derfor oplevede flere patienter angst i forbindelse med fjernelse af teknologien. Dette ses især i forbindelse med respiratoraftrapning og ekstubation (3, 8, 10, 11). Patienterne oplevede, at de var mindre angst, når de sundhedsprofessionelle eller de pårørende var til stede (3, 4, 7, 10).

Patienterne oplevede i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA anvendelsen af teknologi, konstant monitoring samt hyppige pleje og behandlingsprocedurer (1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 20, 23). Patienterne havde varierende oplevelser i forbindelse hermed, idet de oplevede håb, men samtidig oplevede de, at deres overlevelse var afhængig af teknologi og det medførte kommunikationsbesvær, nedsat bevidsthedsniveau samt en

ændrede kropserkendelse. Patienterne oplevede kommunikationsbesvær i forbindelse med respiratorbehandling (1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 20). Dette sammen med nedsat bevidsthedsniveau bevirkede, at de oplevede at de havde svært ved at udtrykke sig og at flere følte, at de ikke blev forstået (2), hvilket medførte en følelse af håbløshed (5, 6, 8, 9) og ensomhed (6). Nogle patienter ønskede nærværelse og mere kontakt med de sundhedsprofessionelle (10, 11, 24). Patienterne oplevede, at de pårørende ved at fungere som et kommunikationsled mellem patienten og de sundhedsprofessionelle lettede modtagelsen af forklaringer og gav patienterne en oplevelse af at være forstået (4). I forbindelse med akut kritisk sygdom og anvendelse af teknologi oplevede patienterne fysisk ubehag, træthed, svaghed, lydgener, søvnbesvær, vejrtrækningsproblemer og smerter (1, 2, 3, 6, 8, 10, 11, 22, 23). De oplevede også en fremmedgørelse overfor deres krop, en oplevelse af at eksistere i en ukendt krop samt en følelse af tomhed i kroppen (3, 4, 7, 8, 10). Dette medførte en ændret kropserkendelse (1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 20, 23), der bevirkede, at patienterne mistede kontrol med deres legeme, at de oplevede en følelse af at være næsten død indeni, at føle sig overset og usynlig som menneske, samt at de mistede orienteringen om tid/sted (3, 7, 8, 10). Tilstedeværelsen af de sundhedsprofessionelle gav nogle patienter en følelse af at være overset og usynlig som menneske, idet de mest var optaget af teknologiske opgaver samt talte om og ikke til patienterne (10, 24).

Patienterne oplevede i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA, at de mistede orienteringen om tid og sted pga. påvirket bevidsthedsniveau, den ændrede kropserkendelse samt vrangforestillinger/hallucinationer og drømme/mareridt (1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 20, 23, 24). At de mistede orientering om tid/sted bevirkede, at de oplevede, at den kronologiske rækkefølge var tabt, at dag og nat flød sammen, samt at de havde svært ved at forstå, hvad der skete med og omkring dem (3, 7, 8, 9, 23, 24). De oplevede under indlæggelsen på ITA, at deres bevidsthedsniveau var varierende samt at befinde sig i en særdrømmeagtig tilstand (7, 8). Denne tilstand skyldes ikke kun anvendelse af sederende medicin, idet patienter, der ikke havde fået sederende medicin, også havde disse oplevelser (24). Efter genvundet bevidsthed oplevede flere patienter en følelse af tomhed i sind og krop og oplevede ikke længere dem selv som kritiske syge (3, 20). De havde svært ved at forstå det skete, oplevede indlæggelsen i brudstykker og oplevede, at de havde mistede deres eksistens og levede i en uvirkelig verden (3, 6, 7, 8, 20, 23). Nogle patienter opleve-

de, at de i slutningen af denne fase kæmpede for at opretholde det klare og virkelige (8), at de kunne huske enkelte behandlingsprocedurer samt tilstedeværelsen af pårørende og de sundhedsprofessionelle (1, 3, 6, 20, 23). Patienterne oplevede, at de pårørende var deres livslinje til den virkelige verden, idet de gav dem erfaringsbekræftelse og hjalp dem til med at vende tilbage til realiteterne (4, 6, 11).

Patienterne oplevede situation på ITA som håbløs, men de oplevede også håb i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA. De oplevede håb i forbindelse med tilstedeværelsen af de sundhedsprofessionelle, idet de støttede og hjalp dem gennem traumatiske oplevelser, var nærværende, gav information og skabte et sikkert miljø (4, 5, 6, 20, 21). De pårørende gav håb, idet deres tilstedeværelse gav patienterne støtte, energi, styrke, en god grund til at forsætte kampen og oplevelsen af at være behøvet, savnet og elsket (3, 4, 5, 10, 11, 22). Nogle patienter oplevede at finde støtte og håb gennem bønner og religion (5, 6, 20), eller oplevede håb pga. deres naturlige livsglæde og villighed til at kæmpe (9). Patienterne oplevede at være følelsesmæssige ustabile, at svinge mellem følelsen af håb og håbløshed og de oplevede en indre kamp om at give op eller forsætte kampen (2, 3, 6, 9, 10, 22). Det medførte, at de oplevede at være sårbare overfor små ændringer samt sårbare overfor de sundhedsprofessionelles holdninger og adfærd (3, 6).

3.2.5. Detaljeret beskrivelse af fase 2

Fase 2 omhandler tiden på den almindelige afdeling. Få patienter havde ingen psykologiske eller følelsesmæssige oplevelser i forbindelse med overflytningen (12, 13). De oplevede et ønske om at komme hjem (23), at genvinde kontrol, at opnå uafhængighed og få deres liv og eksistens tilbage (12). De oplevede, at den vedvarende træthed stimulerede dem til erkendelse af, at deres tilstand havde været kritisk. De var ivrige efter at tale om deres erfaringer i forbindelse med kritisk sygdom og indlæggelsen på ITA, og de forsøgte ved hjælp og støtte fra pårørende og de sundhedsprofessionelle at samle brikkerne for derved at kunne forstå ITA-forløbet (20). Men det typiske var, at patienterne havde varierende oplevelser i forbindelse med udskrivningen fra ITA. Dels synes den at være forbundet med en positivitet, hvor patienterne oplevede håb og glæde, idet de betragtede overflytningen som et tegn på forbedring og som at vende tilbage til det normale (12, 13, 14).

Men samtidig oplevede patienterne håbløshed, fordi de oplevede udtalt træthed/udmattelse (12, 13, 14, 20), søvnbesvær (13), samt at de ingen kontrol eller indflydelse havde på beslutningen om overflytningen (12). Patienterne accepterede deres skæbne. På den almindelige afdeling oplevede de at svinge mellem håb og håbløshed (12, 13, 14), at være følelsesmæssigt ustabile og sårbare overfor pludselige forandringer (13). Patienterne oplevede angst, fordi de ikke følte sig parate til at blive overflyttet, og de oplevede adskillelsen fra ITA-personalet som negativt, idet de syntes, at de havde været en støtte (13). På den almindelige afdeling var kontrollen og tilstedeværelsen af de sundhedsprofessionelle mindre, hvilket medførte ændringer i plejeniveauet. Derfor oplevede patienterne, at de manglede information og støtte fra de sundhedsprofessionelle (13, 14), og at de var tvungne til at tage kontrol (13). Patienterne følte sig ikke parate eller magtede ikke at genvinde kontrollen over eget liv (14) og oplevede angst og håbløshed, fordi de skulle opgive kontrollen fra de sundhedsprofessionelle (13).

På den almindelige afdeling oplevede patienterne, at de som konsekvens af akut kritisk sygdom og indlæggelsen på ITA havde fysiske påvirkninger. Det var søvnbesvær, udmattelse og udtalt træthed, der synes at være mest fremtrædende (12, 13, 14, 20). Patienterne oplevede, at de pårørende gav håb og energi, samt at de støttede og styrkede dem igennem perioder med angst, udtalt træthed, og når de manglede evner til at udføre ting (12, 13, 14, 22).

Patienterne havde på den almindelige afdeling uheldige følelsesmæssige oplevelser (12, 13, 14). Ved overflytningstidspunktet var nogle patienter klare og forstod hvad der skete omkring dem. Efter få dage på den almindelige afdeling kunne de ikke huske overflytningen eller rækkefølgen af oplevelser (12). Flere patienter oplevede igen at få vrangforestillinger/hallucinationer (12, 21) og oplevede øget angst og/eller depression (12, 13, 14). Patienterne havde svært ved at skelne mellem oplevelserne på ITA, den almindelige afdeling, drømme/mareridt og vrangforestillinger/hallucinationer (13, 21). De kunne ikke erindre tiden på ITA og havde ingen erkendelse af, at de havde været kritisk syge (12, 13, 20, 21). Nogle patienter havde erindringer om deres hallucinationer/vrangforestillinger på ITA samt få erindringer om de sundhedsprofessionelle, pårørende, smerter og ubehag i forbindelse med indlæggelsen på ITA (13, 21). Ikke at kunne erindre ITA-forløbet opfat-

tede nogle patienter ikke som et problem (21), idet de ikke ønskede at tænke på det, eller ønskede at vende sig bort fra realiteterne ved at fornægte tiden på ITA og/eller fornægte, at de havde været kritisk syge (12, 20). Andre patienter oplevede angst og håbløshed, fordi de ikke kunne erindre ITA-forløbet, men de oplevede sig ikke parate eller magtede ikke at erkende realiteterne og genvinde kontrol med situationen (12, 13, 14, 21).

3.2.6. Detaljeret beskrivelse af fase 3

Fase 3 omhandler perioden efter udskrivelsen fra hospitalet og op til 12 måneder efter.

Varigheden af denne fase syntes at være varierende afhængig af personens tidligere og nuværende situation. Få personer havde inden udskrivelsen forstået ITA-forløbet, erkendt at de havde været kritisk syge samt accepterede deres ændrede livssituation. De havde fået hjælp og støtte fra pårørende og de sundhedsprofessionelle inden udskrivelsen. Efter udskrivelsen oplevede de en følelse af tillid, fortrolighed og havde en evne til at kunne kontrollere sig selv, og synes dermed selv at kunne mestre den ændrede livssituation. Disse personer havde ingen tilbagevendende vrangforestillinger/hallucinationer og havde ingen psykologiske påvirkninger efter akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA (15, 19, 21). Andre personer synes ikke at nå til erkendelse af, at deres tilstand havde været kritisk, idet de fortsat fornægtede ITA-tiden (16, 19). Det typiske forløb i fase 3 var, at personen forlod hospitalet uden at kunne forstå ITA-tiden og uden erkendelse af, at deres tilstand havde været kritisk (19). Deltagerne oplevede, at de efter udskrivelsen fortsat var desorienteret (15). De fleste havde erindringer om vrangforestillinger/hallucinationer og/eller drømme/mareridt fra ITA-tiden, men kun få brudstykkeagtige erindringer om virkelige oplevelser (16, 17, 18, 21, 23, 24). Derfor var erindringerne fra ITA-tiden en blanding af virkelige og uvirkelige oplevelser, og det var svært for deltagerne at skelne drømme fra realiteter (23). I starten af fasen ses varierende oplevelser i forbindelse med, at deltagerne manglede erindringer om ITA-forløbet. Få deltagere havde ingen problemer med, at de ikke kunne huske ITA-forløbet og de synes at have accepteret deres ændrede livssituation (16). Andre ønskede at flygte fra realiteterne, enten ved ikke at tænke på ITA-forløbet eller ved at drømme. Herved oplevede de en følelse af kontrol med den ændrede livssituation (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23). Flere af deltagerne oplevede at have tilbagevendende vrangforestillinger/hallucinationer (15, 16, 18, 20). De forekom, når deltagerne var vågen eller i

en tilstand mellem at være vågen og døsig, men aldrig når de sov (15). Disse oplevelser var uforandrede 6 måneder efter udskrivelsen (16), men synes at være aftagende i styrke og hyppighed efter 12 måneder (18). Gennem fasen ses, at flere deltager efterhånden oplevede angst, fordi de ikke kunne erindre ITA-tiden, idet de følte, at det var svært at genvinde kontrol med deres ændrede livssituation, fordi de ikke kunne forstå tiden på ITA (15, 16, 20, 21). Deltagerne oplevede, at behovet for at kunne forstå ITA-tiden var stærkere 12 måneder efter udskrivelsen end efter 3 måneder (19).

Efter udskrivelsen oplevede deltagerne fysiske påvirkninger som følge af akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA (16, 19, 20, 21, 23). De oplevede at have nedsat funktionsniveau, smerter og træthed (16, 19, 20, 21). 6 måneder efter udskrivelsen havde flere deltager ikke genvundet deres tidligere funktionsniveau (16, 21). Deltagerne oplevede angst og håbløshed over mangel på fremskridt i deres fysiske funktionsniveau, kropsforandringer samt vedvarende smerter og træthed (15, 16, 18, 19, 20, 21, 23).

Som konsekvens af akut kritisk sygdom oplevede deltagerne psykologiske og/eller følelsesmæssige påvirkninger efter udskrivelsen fra hospitalet. De oplevede en ændret personlighed, at være følelsesmæssige ustabile og at de hele tiden svingede mellem håb og håbløshed (15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24). Deltagerne oplevede, at de efter akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA havde svært ved at koncentrere sig, at slappe af og oplevede angst (15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23). De følte sig alene, sårbare, overladt til dem selv (15, 20, 21), oplevede at de manglede information, støtte og hjælp fra de sundhedsprofessionelle (15, 19, 20, 24). Det var derfor svært at komme overens med det skete på ITA (18, 21, 24) samt svært at genvinde kontrol med den ændrede livssituation (19). Vedvarende smerter og træthed, angst samt oplevelsen af følelsesmæssig ustabilitet synes at stimulere flere deltagere til begyndende erkendelse af, at deres tilstand på ITA var kritisk og aktivere dem til erindringer om, hvad der reelt var sket på ITA (15, 16, 19, 20, 21, 23, 24). I løbet af fase 3, oplevede deltagerne en begyndende erkendelse af, at deres tilstand havde været kritisk. Dette synes at være et afgørende men også et kritisk tidspunkt, idet erkendelsen stimulerede mange deltagere til at forsøge at rekonstruere tiden på ITA (19, 20, 21, 23), men at erkendelsen også medførte, at nogle deltager oplevede fornyet angst, sårbarhed, ensomhed og/eller depression (15, 16, 19, 20, 21). De oplevede angst, fordi de havde

erkendt, at de havde været tæt på at dø, og de havde svært ved at identificere sig med det skete. Herefter oplevede flere deltager at få tanker omkring døden (15, 19, 20, 21). Nogle oplevede at blive deprimeret efter erkendelsen, idet de følte skyld over at de havde overlevet akut kritisk sygdom, mens andre deltagere oplevede glæde/taknemmelighed over, at de overlevede (20). Forståelse af ITA-forløbet oplevede flere deltagere som nødvendigt for at kunne genvinde kontrol med den ændrede livssituation (19, 20). De oplevede rekonstruktionen af ITA-forløbet som en kamp og de brugte megen energi på at samle brikkerne. Derfor var det nødvendigt, at de følte sig parate til at forstå det skete og at de havde genvundet noget af deres tidligere fysiske og psykiske funktionsniveau (19, 20, 24). Forståelsen af ITA-forløbet gjorde det muligt for deltagerne at komme overens med det skete, og herefter oplevede de et ønske om at genvinde kontrol med den ændrede livssituation (15, 19, 20, 21, 24) samt et ønske om at genvinde sundhed (23). Som følge af akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA var deltagerne fysisk og psykisk påvirkede, da de blev udskrevet fra hospitalet. Derfor oplevede deltagerne, at de pårørende havde stor betydning for dem i denne fase (15, 19, 20, 22, 24). De gav deltagerne håb, støttede og hjalp dem igennem perioder med smerter og angst. Når de ikke selv kunne udføre daglige rutiner hjalp de pårørende dem til at se muligheder og med at realisere deres mål (22). Efterhånden som deltagerne følte sig parate til at forstå det skete, hjalp de med at samle brikkerne af tiden fra ITA, således at deltagerne fik mulighed for at kunne forstå det skete samt at genvinde kontrol med eget liv (19, 20, 22, 24). Selvom pårørende var en stor hjælp, oplevede deltagerne, at de efter udskrivelsen manglede støtte og information fra de sundhedsprofessionelle, for at kunne forstå og komme overens med ITA-forløbet og genvinde kontrol med den ændrede livssituation (19, 20, 24).

4. Diskussion

Dette afsnit er centreret omkring to emner. Først diskuteres resultatet af den kvalitative metasyntese ved at inddrage relevant teori samt andre publicerede forskningsartikler. Derefter følger en diskussion af den anvendte metode.

4.1. Diskussion af resultater

Resultatet af den kvalitative metasyntese diskuteres ved at inddrage teorien ”Responding to threats to integrity of self” (Morse 1997), Self-determinations teorien (Ryan, Deci 2000) samt anden relevant litteratur. Dette synes at kunne give en forståelse, der kan medvirke til at afklare, hvorfor der sker en forsinket erkendelse samt hvordan patienter bedst støttes og hjælpes igennem de perioder, hvor de som konsekvens af akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA synes at være mest sårbare.

Jeg har valgt at inddrage Janice Morses teori i diskussionen, fordi den synes at kunne medvirke til at give forståelse af, hvordan personer reagerer, når de i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA oplever, at deres integritet og liv er truet. Valget er taget ud fra, at det er en teori, der fokuserer på personen ”Self” og beskriver 5 trin som personer synes at skulle igennem, når deres integritet og/eller liv er truet. Disse 5 trin er:

- At erkende at ens integritet og/eller liv er truet
- At holde ud for at overleve (enduring)
- At holde ud for at leve (enduring)
- Lidelse (suffering) stræben mod at genvinde sig selv
- Lære at leve med et ændret selv

Bevægelsen mellem de enkelte trin skal ikke forstås som en lineær proces, men som en proces hvor ITA-patienterne bevæger sig frem og tilbage mellem de forskellige trin. Forstået på den måde, at patienterne f.eks. flytter sig fra at udholde til lidelse, når de følelsesmæssig er stærke nok til at erkende det skete, men hvis lidelsen bliver for overvældende, trækker de sig tilbage til det tidligere stadie (Morse 1997).

Det mest fremtrædende i fundene fra tiden på ITA synes at være, at det fortrinsvis er positivt at afgive kontrol i forbindelse med akut kritisk sygdom. Derfor har jeg valgt at inddrage Self-determinations teorien i diskussionen, idet den synes at kunne medvirke til at give forståelse af hvad der sker, når man overgiver kontrol til andre samt giver indblik i,

hvilke konsekvenser det synes at have, når patienterne efterfølgende skal erkende og leve med en ændret livssituation (Ryan, Deci 2000).

I nærværende undersøgelse ses at patienterne i starten af fase 1 erkender, at deres sygdom er så alvorlig, at deres liv er truet, samt at deres overlevelse afhænger af teknologi og andres viden og kunnen. De oplever situationen på ITA som angstfyldt, skræmmende og håbløs og ønsker at vende sig bort fra realiteterne. Derfor overgiver de kontrollen med deres liv til de sundhedsprofessionelle. At ITA-patienterne når de erfarer at deres liv er truet, overgiver kontrollen til andre, synes at kunne forklares ved, at de udvikler strategier først for at overleve og dernæst for at kunne holde ud at overleve. Akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA synes ifølge Morse (1997) at starte en indre dialog i patienterne, der hjælper han/hende til at erkende det skete og opmunter dem til at kæmpe. Dette gøres ved at overgive kontrollen til andre. Herved synes patienterne at kunne undertrykke deres følelser, således at de kan acceptere afhængighed og herefter bruge al deres energi på at forblive i live. At overgive kontrol synes at have den konsekvens, at de mister orientering om tid, sted, deres krop og eksistens. Patienterne oplever at befinde sig i en tåget tilstand, hvor de kun eksistere i nuet og at deres erkendelse af tid, sted og deres krop ændres (Morse 1995). Dette synes at kunne sammenlignes med, at flere patienter i min undersøgelse oplever at befinde sig i en drømmeagtig tilstand, hvor de oplever at miste kontrol med deres legeme og situationen. Ifølge litteraturen synes det også at fremgå, at patienternes bevidsthedsniveau ændres i den akutte fase af sygdommen, men her forklares ændringerne med selve sygdommen, behandlingen på ITA og fordi det ofte er nødvendigt at anvende smertestillende og sederende medicin (Jones et al 2001, Jones 2002, Roberts et al 2006). Efterhånden når tilstanden bliver mere stabil, synes patienterne at udvikle strategier for at kunne holde ud at leve i en angstfyldt og håbløs situation. I mine resultater ses, at flere patienter vender sig bort fra realiteterne via hallucinationer/vrangforstillinger og/eller drømme/mareridt. Patienterne synes derfor stadig at befinde sig i enduring fasen, hvor de undertrykker deres følelser, således at situationen er til at holde ud. Da patienternes erkendelse af tid, sted og dem selv ændres og de samtidig oplever vrangforestillinger/hallucinationer, er det svært for patienterne at forstå, hvad der sker med og omkring dem, og de vil efterfølgende have svært ved at huske denne periode (Morse 1995, 1997). Hermed synes der at være enighed om, at akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA

medfører, at patienternes bevidsthedsniveau påvirkes, således at deres erkendelse af tid, sted og dem selv ændres. Men der synes i nærværende undersøgelse ikke at fremtræde et entydigt svar på, hvorfor denne ændring sker. Men en forklaring kunne være, at det er en hensigtsmæssig overlevelsesstrategi at overgive kontrol og vende sig bort fra realiteterne, når patienter skal overleve og udholde indlæggelse på ITA (Morse 1995, 1997). Men disse strategierne synes at være uhensigtsmæssige, når patienterne efterfølgende skal leve med en ændret livssituation, fordi patienterne netop som konsekvens af disse strategier, synes at have svært ved at forstå ITA-forløbet, svært ved at erkende at tilstanden var kritisk og svært ved at opnå kontrol med deres liv. En forklaring på det kan være, at patienterne ved at overgive kontrol, oplever en følelse af tillid i en truende situation, men samtidig synes deres naturlige indre motivation at blive forstyrret (Ryan, Deci 2000).

Mennesker har 3 medfødte psykologiske behov, behovet for kompetence, beslægtethed og autonomi. De er essentielle og danner basis for personens selv-motivation og handlinger. Ifølge self-determination teorien synes kontrol at medføre at patientens indre motivation nedbrydes, og at de udvikler kontrolleret motivation som grundlag for deres beslutninger og handlinger. Kontrolleret motivation frem for autonom motivation er problematisk, fordi det synes at hindrer patienterne i at mestre den ændrede situation. Kontrolleret motivation medfører passivitet pga. manglende kompetence, beslægtethed og autonomi, men synes også at kunne forværre patientens psykologiske tilstand (ibid). I mine resultater ses denne tilstand ved, at nogle patienter som konsekvens af manglende kontrol opgiver at kæmpe for opretholdelsen af egen autonomi. Andre patienter oplever efter genvundet bevidsthed en følelse af tomhed i krop og sind og oplever ikke længere sig selv som kritisk syge. I overgangen mellem fase 1 og 2, hvilket vil sige perioden hvor patienterne overflyttes til den almindelige afdeling, er deres tilstand ikke længere kritisk, men de er fysisk påvirkede og følelsesmæssige ustabile. Flere oplever, at de lever i en uvirkelig verden, at de har mistet deres eksistens og ønsker ikke eller har svært ved at forstå det skete. Derfor synes patienterne i denne periode, at være sårbare overfor pludselige forandringer, hvilket er overensstemmende med forskningsresultater (Jones, O'Donnell 1994, Cutler, Garner 1995, Russell 1999, Coyle 2001 & Pattison 2005).

Mine resultater viser, at patienterne har varierende oplevelser i forbindelse med overflytningen til den almindelige afdeling. Få patienter har ingen psykologiske problemer i forbindelsen med overflytningen, men ønsker at genvinde kontrol og således få deres liv og eksistens tilbage. Det fremgår ikke klart af mine resultater, om der er sammenhæng mellem, at patienter oplever, at de sundhedsprofessionelle yder en nærværende, individuel samt informativ pleje, og at patienterne ingen psykologiske problemer har som følge af overflytningen. Forskningsresultater viser, at informationer givet igennem ITA-forløbet, gradvis fjernelse af tekniske hjælpemidler og overvågning, gradvis involvering i beslutningsprocesser omkring pleje og behandling samt planlægning af overflytningen, kan medvirke til at reducere angst i forbindelse med overflytningen (Jones, O`Donnell 1994, Cutler, Garner 1995, Russell 1999, Coyle 2001 og Pattison 2005). Det synes derfor rimeligt at antage, at patienter, der er forberedt på overflytningen, oplever mindre angst og føler sig mere parate til at mestre den ændrede situation. Således at de på trods af udtalt træthed efter akut kritisk sygdom, via hjælp fra pårørende og de sundhedsprofessionelle kan rekonstruere ITA-forløbet med henblik på at kunne forstå, erkende og derved genvinde kontrol med deres liv. Derfor synes denne undersøgelse at vise, at det er muligt at tilrettelægge et sammenhængende behandlings og plejeforløb, der tilgodeser patienternes behov i den akutte fase af kritisk sygdom, samtidig med at patienterne langsomt bliver psykologisk forberedt på overflytningen fra ITA til den almindelige afdeling. Dette synes ifølge Ryan & Deci (2000) muligt, fordi de sundhedsprofessionelle, efter at patienterne har genvundet bevidstheden, støtter og hjælper dem til igen at opnå kompetencer, beslægtet og autonomi. På den måde bliver patienterne i stand til at foretage autonomt motiverede beslutninger, hvilket synes at give mulighed for at mestre den ændrede livssituation på den almindelige afdeling.

Ifølge mine resultater ses, at det typiske er, at patienter i forbindelse med overflyttelse til den almindelige afdeling oplever glæde men også angst og håbløshed. De oplever udtalt træthed/svaghed, er følelsesmæssigt ustabile hvor de svinger mellem håb/håbløshed og har ingen erkendelse af, at tilstanden har været kritisk. De giver udtryk for, at de ikke føler sig parate til at opgive kontrollen fra de sundhedsprofessionelle eller at de ingen beslutninger har haft med hensyn til overflytningen. De oplever angst, håbløshed, ændringer i plejeniveauet og føler sig tvungen til at tage kontrol, fordi der på

den almindelige afdeling er mindre personale og mindre overvågning. Efter få dage på den almindelige afdeling oplever patienterne igen at miste orienteringen om tid/sted og at få vrangforestillinger/hallucinationer. At flere patienter oplever situationen på den almindelige afdeling som angstfyld og håbløs, kan ifølge Selv-determination teorien forklares ved, at patienterne oplever overflytningen som et pres og/eller truende, og at de ikke har nok kompetence til at afstå. Dette synes at medføre, at patienterne forbliver eller udvikler kontrolleret motivation som grundlag for beslutninger og handlinger, og derfor har de svært ved at mestre den ændrede livssituation (ibid). En anden forklaring kan ifølge Morse (1995,1997) være, at patienterne ved overflytningstidspunktet stadig befinder sig i Enduring, hvor følelser undertrykkes, således at situationen er til at holde ud. At bevæge sig fra at holde ud (enduring) til lidelse (suffering) kræver følelsesmæssig energi, at patienterne tillader sig selv at overveje konsekvenserne af akut kritisk sygdom samt at de forsøger at finde ud af, hvad der er sket. Af mine resultater fremgår det, at flere patienter ved overflytningstidspunktet oplever fysisk træthed/udmattelse og at være følelsesmæssige ustabile. Derfor synes det at være sandsynligt, at patienterne stadig er i enduring og/eller at de trækker sig tilbage til dette trin, fordi de på nuværende tidspunkt ikke føler sig parate eller ikke ønsker at erkende realiteterne og genvinde kontrol med eget liv. Det ses i mine resultater ved, at nogle patienter giver udtryk for, at de accepterer overflytningen og forstår hvad der sker med og omkring dem. Men efter få dage er de ikke længere orienteret i tid og sted og har svært ved at forstå hvad der sker, og flere oplever igen at få vrangforestillinger/hallucinationer. Derfor synes ingen eller få erindringer af ITA-forløbet ikke at være et problem i denne fase, idet patienterne ikke ønsker at kende eller magter, at forholde sig til realiteterne af det skete. En konsekvens at dette synes at være, at mange patienter udskrives fra hospitalet uden at kunne forstå ITA-forløbet og dermed uden erkendelse af, at de har været kritisk syge.

Mine resultater viser, at deltagerne, som konsekvens af akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA, oplever fysiske påvirkninger i form af smerter, udtalt træthed/svaghed, samt nedsat funktionsniveau. Ligeledes ses psykologiske påvirkninger, idet de oplever en ændret personlighed, at være følelsesmæssige ustabile samt at svinge mellem at føle håb og håbløshed. Disse påvirkninger synes at fortsætte længe efter udskrivelsen fra hospitalet, og flere deltagere har 6 måneder efter udskrivelsen endnu ikke har genvundet

deres tidligere funktionsniveau. Det synes at være overensstemmende med litteraturen idet forskningsresultater viser, at deltagerne fortsætter med at have fysiske, psykiske og sociale påvirkninger længe efter udskrivelsen. Ligeledes synes den at vise, at især de psykologiske påvirkninger synes at have stor betydning for rehabiliteringsprocessen (Green 1996, Jones, Griffiths 2000, Jones et al 2001, Maddox et al 2001, Scragg et al 2001, Chocker, Cheryl 2003, Chaboyer, Grace 2003, Storli et al 2004, Rattray et al 2005, Samuelson et al 2007, Alfheim et al 2007 & Jones 2007).

Mine resultater viser, at deltagerne ved udskrivelsen fortsat er desorienteret, og at de har svært ved at skelne oplevelser fra ITA, den almindelige afdeling, drømme/mareridt samt vrangforestillinger/hallucinationer. Ligeledes viser mine resultater, at deltagerne lige efter udskrivelsen fra hospitalet ikke anser det som et problem, at de kun har delvis erindringer om ITA-forløbet. De giver udtryk for, at de ikke ønsker at tænke på det, samt at de ikke magter eller føler sig parate til at forholde sig til realiteterne. Derfor synes de fortsat at fornægte eller vende sig bort fra realiteterne, og flere oplever at få tilbagevendende vrangforestillinger/hallucinationer. Typiske ses, at disse oplevelser er uforandret 6 måneder efter udskrivelsen men aftagende i styrke og hyppighed efter 12 måneder. Hermed synes deltagerne længe efter udskrivelsen, at anvende de samme strategier som på ITA og den almindelige afdeling for derved at kunne holde ud at leve og opnå en følelse af kontrol i en ellers håbløs situation (Morse 1995, 1997). Disse strategier synes på nuværende tidspunkt at være uhensigtsmæssige, idet forskningsresultater synes at pege på, at erindringstab fra tiden på ITA, ikke er en fordel for deltagerens helbredelse samt at ca. 30 – 40 % efterfølgende er i risiko for at udvikler PTSD (Green 1996, Jones et al 2001, Robert, Chaboyer 2004, Cuthbertson et al 2004, Griffiths, Jones 2000, 2001, Bächman, Walther 2001, Scragg et al 2001, Stroli et al 2004, Rattray et al 2005, Granja et al 2005). Mine resultater viser, at flere deltagere efterfølgende oplever, at have koncentrationsbesvær, at de har svært ved at slappe af, er følelsesmæssige ustabile, har vrangforestillinger/hallucinationer og at flere igennem fasen udvikler angst, og nogle oplever at få depressioner. Herved synes de at have begyndende symptomer eller at have udviklet PTSD, der hvis deltagerne ikke får hjælp, kan udvikle sig til kroniske stress symptomer (ibid). Om de psykologiske påvirkninger skyldes, at deltageren bevidst udvikler strategier for at fortrænge eller vende sig bort fra ITA-forløbet, indtil de

magter at forholde sig til realiteterne. Eller om de skal ses som en konsekvens af de traumatiske oplevelser, deltagerne har haft i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA, synes ikke at kunne afklares i denne undersøgelse. Forskningsresultater synes heller ikke at give en entydig forklaring på, at deltagerne som konsekvens af akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA oplever psykologiske påvirkninger længe efter udskrivelsen fra hospitalet. Dog synes der at være enighed om, at erindringstab af ITA-forløbet ikke er en fordel for deltagerens helbredelse, idet erkendelse af ITA-forløbet og at de har været kritisk syge, synes at være vigtigt for at kunne forstå og derved genvinde kontrol med den ændret livssituation (Rattroy et al 2005). Det synes også at fremgå af mine resultater, idet flere deltagere oplevede angst og håbløshed over mangel på fremskridt, formentlig fordi de som konsekvens af manglende erkendelse af ITA-forløbet, har urealistiske høje forventninger til hvor hurtigt, de kan genvinde deres vanlige funktionsniveau. Det synes at være i overensstemmelse med forskningsresultater, der viser, at deltagerne som konsekvens af manglende eller delvis erindring af ITA-forløbet har urealistiske høje forventninger til hvor hurtigt, de kan genvinde deres vanlige funktionsniveau og derfor efterfølgende kan udvikle depressioner, resignation, angstanfald og opgivelse (Jones et 2001, Storli et al 2003, Combe 2005, Roulin et al 2007). En patientdagbog synes at kunne give deltagerne en bedre forståelse af, hvor kritisk deres tilstand var, hvilket synes at betyde, at de får et mere realistisk billede af længden på rehabiliteringsforløbet (ibid). Dette synes muligt, idet en patientdagbog er en fortælling, der i et hverdagsprog fortæller om patientens forløb på ITA. Af litteraturen fremgår det ikke entydigt, om de pårørende med fordel kan inddrages i skriveprocessen (Storli et al 2003). Resultaterne i min undersøgelse synes at være et argument for, at de pårørende med fordel kan inddrages i skriveprocessen, idet deltagerne oplever, at deres tilstedeværelse giver håb, støtte og hjælp, ikke kun på ITA, men også på den almindelige afdeling og efter udskrivelsen. De pårørende synes at være vigtige og tilstedeværende hos deltageren gennem hele forløbet med akut kritisk sygdom. Derfor synes det naturligt også at inddrage dem i skriveprocessen. Desuden kan de med deres indlæg bidrage med et mere personligt billede af personen, således at indlæggelsestiden kan knyttes sammen med dennes livsverden. Derved synes den at give patienten et helhedsindtryk af tiden på ITA (Combe 2005, Roulin et al 2007). En konsekvens af dette synes at være, at de sundhedsprofessionelle i patientdagbogen fortæller om de daglige

oplevelser igennem hele forløbet på ITA ved at beskrive og forklare patienten om deres sygdom, pleje, behandling og adfærd på ITA (Storli et al 2003, Combe 2005, Roulin et al 2007). De pårørende kan bidrage til fortællingen med deres tanker, følelser, opmuntre patienten og fortælle om daglige ting i deres liv samt nyt om andre familiemedlemmer (Combe 2005, Roulin et al 2007). Fortællingen kan suppleres med fotografier, hvilket synes at øge forståelsen af det skrevne og samtidig giver indsigt i miljøet omkring patienten. Patientdagbogen indeholder oplysninger om dato og tidspunkter, den placeres hos patienten, således at alle involveret kan skrive om og til patienten, og den udleveres til patienten når deres tilstand tillader det eller ved udskrivelsen fra ITA (Storli et al 2003, Combe 2005 & Roulin et al 2007). På baggrund af dette, synes en patientdagbog at være anvendelig til at hjælpe deltagerne med at erkende og forstå, at deres tilstand var kritisk. Men den synes også at give indsigt i og sammenhæng af tiden og deres livs-erfaringer i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA. Af litteraturen synes det at fremgå, at patienterne først er klar til at erkende akut kritisk sygdom, når de har genvundet en grad af kontrol, og at det forudsætter, at de har viden om hvad der skete igennem ITA-forløbet (Jones, O'Donnell 1994). Derfor synes det at være problematisk, at deltagerne i nærværende undersøgelse kun har delvis erindringer om denne tid, og at deres erindringer synes at være en blanding af virkelige og uvirkelige oplevelser. De virkelige oplevelser, er typisk få brudstykkeagtige erindring om enkelte behandlings og pleje procedurer samt tilstedeværelsen af pårørende og de sundhedsprofessionelle. Uvirkelige oplevelser er mareridt/drømme men også vrangforestillinger/hallucinationer, der synes at forekomme, når deltageren er vågen eller i en tilstand mellem at være vågen og døsig, aldrig når de sover. Ifølge Merleau-Ponty (1994) danner kroppen basis for vores identitet og forståelse af verden og fordi mennesker kropsligt er indlejret i tid og rum, kan det tyde på, at tiden som ITA-patient forbliver integreret i personen som en del af hans/hendes erfaringer. Derfor består deltagernes erindringer i forbindelse med akut kritisk sygdom, af en blanding af virkelige og uvirkelige oplevelser på ITA og den almindelige afdeling, men også af erindringer, der er indlejret i kroppen i form af tavs viden. Det synes at betyde, at de efterfølgende har svært ved at skelne mellem drømme og realiter og har svært ved at forstå, hvad der reelt skete. Vedvarende smerter, træthed, angst samt en oplevelse af at mangle kontrol, stimulerer deltagerne til begyndende erkendelse af, at deres tilstand på ITA var kritisk og aktiverer

dem til erindringer om hvad der reelt skete på ITA. Efter denne erkendelsen forsøger nogle deltager at rekonstruere deres oplevelser fra ITA- tiden, for herved at kunne forstå det skete. Behovet for at kunne forstå ITA-forløbet synes at være større 12 måneder efter udskrivelsen end efter 3 måneder. Nødvendigheden af at kunne forstå ITA-forløbet synes at kunne forklares ved, at det er deltagerens krop, der danner basis for deres identitet og forståelse af verden, og at denne forståelse har betydning for personens væren i fremtiden. Fordi mennesker kropsligt er indlejret i tid og rum, forbliver tiden som ITA-patient integreret i patientens krop som en del af hans/hendes erfaringer. Derfor er det på sigt nødvendigt for deltageren at forholde sig til disse oplevelser for at komme overens med tiden på ITA og kunne arbejde frem mod en ny fremtid (Merleau-Ponty 1994). Dette synes at være i overensstemmelse med forskningsresultater, idet de synes at vise, at det er vigtigt at give patienterne information, der kan medvirke til at samle brikkerne fra tiden på ITA. Ligeledes ses det, at der tilsyneladende synes at være sammenhæng mellem deltagerens erindringer af ITA-forløbet og deres muligheder for at genvinde kontrol med den ændret livssituation (Griffiths & Jones 2001, Bäckman & Walther 2001, Maddox & Dunn 2001, Jones 2002, Alfheim et al 2007). Ifølge Morse (1995, 1997) er det netop ved at finde mening med det skete, der får lidelsen til at ophøre med at være lidelse, og som gør det er muligt at lære at leve med et ændret selv og at forestille sig en ny fremtid. Ovenstående synes at kunne forklare, at deltagerne i nærværende undersøgelse finder det vigtigt og nødvendigt at kunne forstå det skete for at opnå kontrol med den ændrede livssituation. Af mine resultater fremgår det, at deltagerne oplever at mangle støtte og information fra de sundhedsprofessionelle, idet de oplever det som en kamp og at det kræver energi og styrke, at rekonstruere ITA-forløbet. Derfor synes en patientdagbog at kunne støtte og hjælpe deltagerne med at rekonstruere ITA-tiden og derved hjælpe dem med at forstå deres livserfaringer i forbindelse med akut kritisk sygdom. Ifølge sundhedsstyrelsen (2005) indeholder rehabilitering elementer af både forebyggelse og sundhedsfremme. Rehabilitering retter sig derfor mod at hindre yderligere sygdom med udgangspunkt i ekspertens viden samt via samarbejde og dialog med deltagerne, at vælge personens positive muligheder og fremme dennes handlekompetence. Med udgangspunkt i dette synes en patientdagbog at gøre det muligt at starte rehabiliteringsfasen, når patienten som følge, af akut kritisk sygdom indlægges på ITA. Den synes også at kunne støtte og hjælpe deltagerne med viden gennem alle 3 faser af

akut kritisk sygdom. En patientdagbog synes at have et helbredelsespotentiale, idet den kan bidrage med viden på det tidspunkt, hvor deltagerne oplever sig parate til at erkende det skete. Ved at bidrage med viden støttes deltagerne til at opnå kompetence, beslægtethed og autonomi, hvilket synes at give dem mulighed for at foretage autonome motiverede beslutninger. Derved kan de måske hurtigere opnå kontrol med deres ændrede livssituation (Ryan, Deci 2000).

Af mine resultater fremgår det, at deltagerne efter udskrivelsen fra hospitalet oplevede at de manglede støtte og hjælp fra de sundhedsprofessionelle, idet de følte sig alene og overladt til sig selv med deres tanker og bekymringer. Ligeledes fremgår det, at erkendelsen af at tilstanden var kritisk, er et vigtigt og nødvendigt tidspunkt, men også et kritisk tidspunkt, idet deltagerne efterfølgende oplever fornyet angst, håbløshed og ensomhed. Det skyldes, at de har svært ved at identificere sig med det skete og får tanker omkring døden. Flere synes som konsekvens af erkendelsen efterfølgende at udvikle depressioner. Derfor synes det at være problematisk, at meget få deltagere oplever, at få hjælp og støtte fra de sundhedsprofessionelle efter udskrivelsen fra hospitalet. Det synes at være overensstemmende med forskningsresultater, der viser at patienter efter akut kritisk sygdom udskrives længe før de er fysisk og psykisk stærke nok til at varetage omsorgen for dem selv (Maddox et al 2001, Crocker & Cheryl 2003, Chaboyer & Grace 2003). Gennem de sidste årtier er der set en stigende interesse i at opnå viden omkring langtidskonsekvenser af kritisk sygdom og indlæggelse på ITA. Af disse forskningsresultater fremgår det, at deltagerne synes at have behov for rehabilitering efter akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA (Daffurn et al 1994, Jones & O'Donnell 1994, Green 1996, Jones et al 2000, Bäckman & Walther 2001, Jones et al 2001, Griffiths & Jones 2001, Maddox & Dunn 2001, Jones 2002, Chaboyer & Grace 2003, Crocker & Cheryl 2003, Stroli et al 2003, Storli et al 2004, Combe 2005, Granja et al 2005, Pattison 2005, Hough & Curtis 2005, Rattray et al 2005, Robert et al 2007, Corrigan et al 2007, Alfheim 2007, Roulin et al 2007, Samuelson et al 2007). Ligeledes fremgår det af forskningsresultater, at et individualiseret rehabiliteringsforløb synes at fremme fysisk og psykisk helbredelse efter akut kritisk sygdom (Daffurn et al 1994, Jones et al 2003). Ifølge Morse (1995, 1997) synes det at have stor betydning, at personer i forbindelse med akut kritisk sygdom støttes gennem hele processen. Det synes at styrke personens

udholdenhedsevne samt lette overgangen fra ITA til den almindelige afdeling og når de udskrives fra hospitalet. Forskningsresultater viser, at udskrivelsen fra hospitalet synes at være den mest stress-fyldte oplevelse i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA, idet deltagerne pludselig føler sig alene og overladt til dem selv med deres bekymringer og tanker (Daffurn et al 1994). Det er i overensstemmelse med mine resultater, idet de viser, at deltagerne oplever, at helbredelse efter akut kritisk sygdom er en langsom og udmattende proces, samt at de oplever en forsinket erkendelse i forbindelse med akut kritisk sygdom, der typisk forekommer efter udskrivelsen fra hospitalet. Derfor synes meget at tyde på, at det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle hjælper og støtter deltagerne gennem alle 3 faser af akut kritisk sygdom, og derved også efter at de er blevet udskrevet fra hospitalet.

4.2. Metodediskussion

Opgavens formål var at give en øget forståelse af patientoplevelser i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA, samt hvordan disse oplevelser efterfølgende påvirkede patientens livssituation ved at udlede eksisterende viden fra kvalitative forskningsresultater. Der eksisterer et rimeligt antal forskningsresultater, med udgangspunkt i patientoplevelser af tiden på ITA, tiden på den almindelige afdeling og tiden efter udskrivelsen. Derfor synes det relevant i nærværende undersøgelse at anvende Sandelowski og Barossos (2007) tilgang til en kvalitativ metasyntese, idet den gav mulighed for at indsamle, integrere og fortolke eksisterende kvalitative forskningsresultater på tværs af forskellige metodetilgange samt forskellige tidsperspektiver. Metoden synes at være anvendelig til at give en øget forståelse, der var mere end summen af delene, idet det herved var muligt at se på akut kritisk sygdom og indlæggelsen på ITA ud fra et helhedsperspektiv (Benzer 1983). Tidsfaktoren synes at være af stor betydning, når der studeres patientoplevelser i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA med henblik på at vurdere patienters behov for rehabilitering. (Crocker & Cheryl 2003, Karlsson & Fonsberg 2007). Denne viden synes ikke at være tilgængeligt ved kun at se på tiden på ITA, tiden på den almindelige afdeling eller tiden efter udskrivelsen. Derfor synes en kvalitativ metasyntese at være anvendelig til at studere patientoplevelser ud fra forskellige tidsperspektiver (Sandelowski & Barroso 2007).

En metasyntese er en fortolkning af fortolkende data. Derfor skulle jeg som forsker påtage mig en selvbevidsthed angående det brede gab, som eksisterer mellem patientoplevelserne, der var skildret i forskningsartiklerne og vurdere egen fortolkende integration af disse. Det synes muligt, ved at jeg gennem hele processen var systematisk, synlig samt redegjorde for samtlige valg og fravalg i en logbog (ibid). Ligeledes synes der at være overensstemmelse mellem undersøgelsens formål, dataindsamling og analyse/syntese metoden, hvilket er forudsætninger for at få gyldige og pålidelige resultater (Schmidt, Dyhr 2006). Ifølge Sandelowski og Barroso (2003, 2007) afhænger validiteten af den kvalitative metasyntese af synlighed, systematik samt en udtømmende litteratursøgning, der er tilpasset de anvendelige ressourcer. Synligheden og systematikken i denne undersøgelse var blevet sikret, idet jeg anvendte en logbog gennem hele processen med den systematiske litteratursøgning, vurderingen af potentielt relevant artikler samt den efterfølgende metasyntese. I denne logbog dokumenterede jeg alle redegørelser omkring valg og fravalg, der blev taget gennem processen, hvilket synes at betyde, at forskningsresultater ikke blev fordrejet (Rodgers & Cowel 1993, Sandelowski & Barroso 2007). Ligeledes blev konteksten af de enkelte fund bevaret i starten af analysen. Derved synes det muligt at skabe en overordnet fortolkning af alle inkluderede studiers fund samtidigt med at jeg kunne forblive tro med de fortolkende udførelser i hver enkelt studie (Sandelowski og Barroso 2003, 2007). En begrænsning i dette studie synes at være, at der ikke var mulighed for at diskutere samtlige vurderinger gennem processen med en anden forsker (ibid). Desuden kunne tidsperioden ikke sikre, at den systematiske litteratursøgning blev helt udtømmende, fordi jeg af hensyn til opgavens tidsmæssige omfang havde afgrænset søgningen til kun at omhandle forskningsartikler, samt at det ikke var muligt at søge data fra samtlige relevante kilder og databaser. På trods af dette synes min litteratursøgning at være tilstrækkelig udtømmende, idet den var systematisk og var blevet tilpasset de anvendelige ressourcer (ibid). Derfor synes mine resultater at være gyldige og pålidelige.

5. Konklusion

Formålet med dette speciale var via integration og fortolkning af eksisterende kvalitative forskningsresultater at opnå en øget forståelse af patientoplevelser i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA, samt at opnå en øget forståelse af hvordan disse

oplevelser efterfølgende påvirkede patientens livssituation. Sandelowski og Barrosos tilgang til kvalitative metasynteser viste sig at være anvendelig til at studere patientoplevelser i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA ud fra forskellige tidsperspektiver, idet det gav en forståelse, der var mere end summen af enkeltdelene. Med denne forståelse var det muligt at udvikle en teori, der formidle en forståelse af, hvordan ITA-patienterne opfatter virkeligheden i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA.

Resultatet af den kvalitative metasyntese viste, at patienter over 18 år oplever en forsinket erkendelse efter akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA, samt at erkendelse hyppigst sker efter udskrivelsen fra hospitalet. Denne viden er blevet sammenfattet i en ITA-faseteori, der viser, at patienterne i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA typisk gennemgår et forløb bestående af 3 forskellige faser.

Fase 1 beskriver tiden på ITA og er karakteriseret ved, at patienterne oplevede angst fordi situationen var skræmmende og livstruende. De oplevede det fortrinsvis som positivt at overgive kontrollen til de sundhedsprofessionelle, idet det gav en følelse af ro og tillid. Ligeledes ses, at de oplevede, at deres overlevelse var afhængig af teknologi, og at anvendelse af teknologi medførte kommunikationsbesvær, ændret kropserkendelse og påvirket bevidsthedsniveau. De oplevede at miste orienteringen om tid og sted samt at få vrangforestillinger/hallucinationer. Derfor var det svært for patienterne at forstå, hvad der skete med og omkring dem. De oplevede at svinge mellem en følelse af håb og håbløshed samt at svinge mellem at kæmpe videre eller give op. Pårørende gav håb og hjalp dem med at føle sig som et menneske og at vende tilbage til realiteterne.

Fase 2 beskriver tiden på den almindelige afdeling. Den er karakteriseret ved, at patienterne havde varierende oplevelser, idet de dels betragtede overflytningen som tegn på bedring, men samtidig oplevede de det som negativt, at de skulle opgive kontrollen fra de sundhedsprofessionelle, samt at de ikke havde indflydelse på beslutningen. De oplevede angst, fordi de ikke magtede den ændrede situation, og ikke synes de var parate til at tage kontrol. Som konsekvens af akut kritisk sygdom oplevede de udtalt træthed og svaghed samt at være følelsesmæssige ustabile, og at de svingede mellem håb og håbløshed. Flere

oplevede igen at få vrangforestillinger/hallucinationer. Patienterne havde ved udskrivelsen ingen eller kun få erindringer om ITA-forløbet, samt at de havde været kritisk syge, hvilket dog sjældent erkendes som et problem.

Fase 3 beskriver tiden efter udskrivelsen fra hospitalet. Den er karakteriseret ved, at deltagerne oplevede at have vedvarende fysiske og psykiske påvirkninger længe efter udskrivelsen. I starten af fasen havde de manglende eller ingen erindringer af det skete, de oplevede angst, at få tilbagevendende vrangforestillinger/hallucinationer, at være følelsesmæssige ustabile hvor de svingede mellem håb og håbløshed, samt at det var svært at genvinde kontrol med den ændrede situation. Disse oplevelser, og fordi de på dette tidspunkt havde genvundet noget af deres tidligere funktionsniveau, stimulerer flere deltagere til begyndende erkendelse af at deres tilstand har været kritisk. De oplevede det som nødvendigt at kunne forstå det skete, hvis de skulle opnå kontrol med den ændrede livssituation, og derfor begyndte de at rekonstruere deres ITA-forløb. Selvom de pårørende støttede og hjalp dem, oplevede de, at det var en kamp og en meget energikrævende proces, fordi de manglede støtte og information fra de sundhedsprofessionelle. Erkendelsen af, at tilstanden havde været kritisk, var også en problematisk periode, idet flere oplevede at få fornyet angst, at de følte sig alene og overladt til dem selv med deres tanker og overvejelser. Nogle oplevede efterfølgende at få depressioner. Patienter oplever en forsinket erkendelse af akut kritisk sygdom, formentlig fordi de som konsekvens af deres anvendte strategier på ITA og den almindelige afdeling kun har brudstykkeagtige erindringer fra ITA-tiden. Disse strategier synes at være hensigtsmæssige i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA, fordi de giver patienter mulighed for først at holde ud at overleve og dernæst at holde ud at leve. Lige efter udskrivelsen fra hospitalet, magter eller ønsker deltagerne ikke at forholde sig til det skete. Derfor synes de at anvende de samme strategier, men efter udskrivelsen synes de at være uhensigtsmæssige. Da erkendelse af, at tilstanden var kritisk, synes at være nødvendig idet den stimulerer deltagerne til at forsøge at rekonstruerer ITA-tiden med det formål at kunne forstå, hvad der reelt var sket. At kunne forstå denne tid synes at være en forudsætning for, at de kan genvinde kontrol med den ændrede livssituation. De oplever at mangle støtte og information fra de sundhedsprofessionelle til denne rekonstruktion, idet det er en kamp og en energikrævende proces at kunne forstå ITA-forløbet. Derfor er det nødvendigt, at de har genvundet noget af deres tidligere funk-

tionsniveau, før de magter at erkende det skete. En patientdagbog synes at kunne give information og støtte dem med at rekonstruere denne tid, idet den synes velegnet til at give forståelse og sammenhæng af ITA-forløbet. Ligeledes fremgår det, at erkendelse af, at tilstanden har været kritisk også er et problematisk tidspunkt, idet flere oplever en fornyet angst, fordi de føler sig alene og overladt til sig selv med deres tanker og bekymringer. Efterfølgende fik nogle tanker omkring døden og har svært ved at identificere sig med hvad der var sket, nogle udvikler herefter depressioner. Det skal ses i forhold til, at meget få deltagere efter udskrivelsen fra hospitalet oplever at få støtte og information fra de sundhedsprofessionelle.

Derfor kan det konkluderes, at helbredelse efter akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA er en langvarig og udmattende proces, hvor patienter har behov for, at de sundhedsprofessionelle støtter og hjælper dem gennem alle 3 faser. Den viden, der er fremkommet gennem dette speciale, synes derfor at have implikationer for praksis.

6. Perspektivering

Dette speciale har vist, at patienter i forbindelse med akut kritisk sygdom og indlæggelse på ITA, oplever at de mangler støtte og information fra de sundhedsprofessionelle efter udskrivelsen fra hospitalet. Et videre perspektiv er derfor, i samarbejde med klinisk praksis, at skabe et fundament der muliggør udvikling, implementering og evalueringer af individuelle interventioner i forbindelse med rehabilitering efter indlæggelse på ITA (Glanz et al 2002).

Meget tyder på, at oprettelse af intensivambulatorium, også kaldet follow-up klinikker, er intervention der kan hjælpe og støtte patienterne fra de indlægges på ITA til de har genvundet helbredelsen efter akut kritisk sygdom (Crocker & Cheryl 2003, Pattison 2005, Corrigan et al 2007, Alfheim et al 2007). Oprettelse af follow-up klinikker i forbindelse med ITA synes at have den fordel, at det giver mulighed for at planlægge et kontinuerligt forløb, fordi det er de samme sundhedsprofessionelle, der følger patienten gennem hele rehabiliteringsfasen. Personalet fra follow-up klinikken synes at kunne fungere som et forbindelses led til det øvrige sundhedssystem, og de kan medvirke til at forberede over-

flytningen til den almindelige afdeling, udskrivelsen fra hospitalet samt medvirke til udarbejdelse af individuelle rehabiliteringsprogrammer.

Ligeledes synes det påkrævet med yderligere undersøgelser, der kan medvirke til at afklare, om intervention og tidlig rehabilitering kan hjælpe patienterne til en tidligere erkendelse af at deres tilstand på ITA var kritisk, og derfor måske også tidligere kan komme overens med det skete og derved genvinde kontrol med den ændrede livssituation.

7. Litteraturliste

- Adam, Sheila. K., Osborne, Sue. 2000, "Intensiv sygepleje – Viden og praksis", Oversat af Lone Burmeister, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, Vejle, s 15-46.
- Adamson, H., Murgo, M., Boyle, M., Kerr, S., Crawford, M., Elliott, D. 2004, "Memories of intensive care experiences of survivors of a critical illness: An interview study", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 20, s 257-263.
- Alfheim, H. B., Wheeler, M. 2007, "Psychological consequences of critical illness: What is the long term impact on patients and how can nurses help?", *Connect: The World of Critical Care Nursing*, vol. 5, no. 4, s 89-95.
- Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B., Ekeberg, H. M. 2007, "Of vigilance and invisibility – being a patient in technologically intense environments", *Nursing in Critical Care*, vol. 12, no. 3, s 151-158.
- Arslanian-Engoren, C., Scott, L. D. 2003, "The lived experience of survivors of prolonged mechanical ventilation: A Phenomenological study", *Heart & Lung*, vol. 32, no. 5, s 328-334.
- Bagger, Christina. 2006, "Dagbog til kritiske syge patienter", *Sygeplejersken*, vol. 25, s 1-5.
- Ballard, N., Robley, L., Barret, D., Fraser, D. 2006, "Patients' Recollection of Therapeutic Paralysis in the Intensive Care Units", *American Journal of Critical Care*, vol. 15, no. 1, s 86-94.
- Barrio, del Mariam, Lacuriza, M. M., Armendariz, A. C., Margall, M. A., Angeles, M., Asiain, C. M. 2004, "Liver transplant patients. Their experience in the intensive care unit. A phenomenological study", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 13, s 967-976.
- Benzer, Herbert, Mutz, Norbert, Gernot, Pauser. 1983, "Psychosocial Sequelae of Intensive Care", *International anesthesiology clinics*, vol. 21, s 169-180.
- Bergbom-Engberg, I., Haljamäe, H. 1989, "Patients experiences during respirator treatment – Reason for intermitent positive – pressure ventilation treatment and patients awareness in the intensive care unit", *Critical Care medicin*, vol. 17, no. 1, s 22-25.

- Bergbom, I., Askwall, A. 2000, "The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 16, s 384-395.
- Bondas, Terese, Hall, Elisabeth O. C. 2007, "Challenges in Approaching Metasynthesis Research", *Qualitative Health Research*, vol. 17, no. 1, s 113-121.
- Bäckman, Carl, G., Walther, Sten, M. 2001 "Use of personal diary written on the ICU during critical illness", *Intensive Care Med.* Vol. 27, s 426 -429.
- Broomhead, L.R., Brett. 2002, "Clinical review: Intensive care follow-up – What has it told us?", *Crit. Care*, vol. 6, no. 5, s 411 - 417.
- Capuzzo, M., Grasselli, C., Carrer, S., Gritti, A., Alvisir. 2000, "Quality of life before intensive care admission: Agreement bet, *Intensive care medicine*, vol. 26, s 1288 - 1295.
- Chaboyer, Wendy, Grace, Joy. 2003, "Following the path of ICU survivors: a quality-improvement activity", *Nursing in Critical Care*, vol. 8, no. 4, s 149-155.
- Claesson, A., Mattson, H., Idwall, E. 2005, "Experiences expressed by artificially ventilated patients", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 14, s 116-117.
- Cochran, J., Ganonq, L. H. 1989, "A comparison of nurses and patients perception of Intensive care unit stressors", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 14, no. 12, s 1038-1043.
- Combe, Denise. 2005, "The use of patients diaries in a intensive care unit", *Nursing in critical Care*, vol. 10, no. 1, s 31-34.
- Compton, Peggy. 1991, "Critical illness and Intensive Care: What it Means to the Client", *Critical Care Nursing*, vol. 11, no. 1, s 50-56.
- Cornock, Marc, A. 1998 "Stress and the intensive care patients: perceptions of patients and nurses", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 27, s 518-527.
- Corrigan, I., Samuelson, K.A.M., Fridlund, B., Thomé, B. 2007, "The meaning of post traumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 23, s 206-215.
- Coyle, Mario, A. 2001, "Transfer anxiety: preparing to leave intensive care", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 17, s 138-143.
- Crocher, Cheryl. 2003, "A multidisciplinary follow-up clinic after patients discharge from ITU", *British Journal of Nursing*, vol. 12, no. 15, s 910-914.

- Cuthbertson, B. H., Hull, A., Strachan, M., Scolt. J. 2004, "Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care", *Intensive Care Med.*, vol. 30, s 450-455.
- Cutler, L., Garner, M. 1995, "Reducing relocation stress after discharge from the intensive therapy unit", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 11, s333-335.
- Daffurn, K., Bishop, G. F., Hillman, K. M., Baurman, A. 1994, "Problems following discharge after intensive care", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 10, s 244-251.
- Dyer, Ian. 1995, "Preventing the ICU syndrome or how not to torture on ITU-patients. Part 1", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 11, s 130-139.
- Dyer, Ian. 1995, "preventing the ICU syndrome or how not to torture on ITU-patients. Part 2", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 11, s 223-232.
- Egerod, Ingrid. 2004, "Survey of evidence –based practice among critical care nurses in Denmark", *Connect. The World of Critical Care Nursing*, vol. 3, no. 2, s 38-42.
- Egerod, I., Schwartz-Nielsen, K. H.,Hansen, G. M., Lærkner, E. 2007, "The extent and application of patient diaries in Danish ICUs in 2006", *Nursing in Critical Care*, vol. 12, no. 3, s 159-167.
- Engström, Å., Söderberg, S. 2007, "Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 59, no. 6, s 569-576.
- Gadamer, Hans-Georg. 2004," Sandhed og metode. Grundtræk af en filofisk hermeneutic", Oversat af Arne Jørgensen, Viborg, Systime Akademisk.
- Gjengedal, Eva. 2001, "Understanding a world of critical illness", Oslo, Pensumtjeneste AS.
- Glanz, K., Rimer, K. B., Lewis, F.M. 2002, "Health Behavior and Health education: Theory, research, and practice", Jossey-Bass. 3edition, s 3-21 og 312-436.
- Granberg, A, Bergbom-Engberg, I., Lundberg, D. 1996, " Intensive care syndrome: a literature review", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. s 173-182.
- Granberg, A., bergbom-Engberg, I., Lundberg, D. 1998, "Patients experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome, Part 1", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 14, s 294-307.

- Granberg, A., Bergbom-Engberg, I., Lundberg, D. 1999, "Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part 2", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 15, s 19-33.
- Granja, C., Lopez, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A., Carneiro, A., and for the JMIP study group. 2005, "Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life", *Critical Care*, vol. 9, s R96-R109.
- Green, Anne. 1996, "An exploratory study of patients' memory recall of their stay in a adult intensive therapy unit", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 12, s 131-139.
- Gries, M. L., Fernsler, J. 1988, "Patient Perceptions of the Mechanical Ventilation Experience", *Focus on Critical Care*, vol. 15, no. 2, s 52-59.
- Griffiths, Richard, D., Jones, Christina. 2001, "Filling the intensive care memory gap?", *Intensive Care Med.* Vol. 27, s 344-346.
- Griffiths, Richard, D., Jones, Christina. 2002, "Intensive Care Aftercare", *Butterworth-Heinemann*, s 7-26.
- Hall-Lord, M. L., Larsson, G., Boström, I. 1994, "Elderly patients experiences of pain and distress in intensive care: a grounded theory study", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 10, s 135-141.
- Hartman, Jan. 2005, "Funderet teori: udvikling af teori på empirisk grund", *Oversat af Carsten Rønn*, 1 udgave, 1 oplag, København, Alinea.
- Holland, Cecilia, Cason, Carolyn, L., Prater, Lucy, R. 1997, "Patients Recollections of critical care", *Dimensions of Critical Care Nursing*, vol. 16, no. 3, s 132-141.
- Hough, C.L., Curtis, R.J. 2005, "Long-term sequelae of critical illness: memories and health-related quality of life", *Critical Care*, vol. 9, s 145-146.
- Hupcey, J.E., Zimmerman, H.E. 2000, "The Need to Know: Experiences of critically ill patients", *American Journal of Critical Care*, vol. 9, no. 3, s 192-198.
- Johnson, P., St John, W., Moyle, W. 2006, "Long-term mechanical ventilation in a critical care unit: existing in an unevery day world", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 52, no. 5, s 551-558.
- Jones, Christina, O'Donnell, Claire. 1994, "After intensive care-What then?", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 10, s 89-92.

- Jones, Christina, Griffiths, Richard, D. 2000, "Identifying post-operative care patients who may need physical rehabilitation", *Clin. Intensive Care*, vol. 11, s 35-38.
- Jones, C., Griffiths, R.D., Humphris, G. 2000, "Disturbed memory and amnesia related to intensive care", *Memory*, vol. 8, no. 2, s 79-94.
- Jones, C., Griffiths, R.D., Humphris, G., Skirrow, P.M. 2001, "Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder- related symptoms after intensive care", *Critical Care Med.*, vol. 29, s 1-6.
- Jones, Christina. 2002, "Recovery from critical illness", *ventilen*, vol. 3, s 18-20.
- Jones, C., Skirrow, P., Griffiths, R.D., Humphris, G.H., Ingleby, S., Eddleston, J., Waldmann, C., Gager, M. 2003, "Rehabilitation after critical illness: a randomized, controlled trial", *Critical Care Med*, vol. 31, no. 10, s 2456-2461.
- Jones, Christina. 2007, "memories of critical illness: What do we know?", *Acta Anaesthesiol Scand.*, vol. 51, s 653-654.
- Kancir, C.B., Fonsmark, L. 2007, "Fysiske og neuropsykologiske følger efter intensiv terapi", *Ugeskr. Læger*, vol. 169, no. 8, s 697-699.
- Karlson, Veronika, Forsberg, Anna. 2008, "Health is yearning-Experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit", *Intensive and Critical care nursing*, vol. 24, no. 1, s 41-50.
- Kearney, M.H. 2001, "level and applications of qualitative research evidence", *Research in Nursing & Health*, vol. 24, s 145-153.
- Kvåle, R., Ulvik, A., Flaatten, H., 2003, "Follow-up after intensive care. A single center study", *Intensive care med*, vol. 29, no. 12, s 2149 – 2156.
- Lauver, D.R., Ward, E.S., Heidrich, S.M., Keller, M.L, Bowers, B.J., Brennan, P.F., Kirchhoff, K.T., Wells, T.J. 2002, "Patient-Centered Interventions", *Research in Nursing & Health*, vol. 25, s 246-255.
- Lazarus, S. Richard. 2006, "Stress og følelser – en ny syntese", Oversat af Morten Visby, Akademisk Forlag.
- Lippert, A., Espersen, K., Antorisen, K., Joensen, H., Waldau, I.E., Larsen K.M. 2007, "Kapacitet på danske intensivafdelinger – En national survey af kapacitet, aflysning og overflytning af kritisk syge patienter", *Ugeskr. Læger*, vol. 169, no. 8, s 712-716.

- 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, s 154-166.
- Löf, L., Berggren, L., Ahlström, G. 2008, "ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: Follow-ups after 3 and 12 months", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 24, no. 2, s 108-121.
- Maddox, M., Dunn, S. V., Leigh, P.L. 2001, "Psykosocial recovery following ICU: experiences and influences upon discharge to the community", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol.17, s 6-15.
- Magarey, J.M., McCutcheon, H.H. 2005, "Fishing with the dead – recall of memories from the ICU", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 21, s 344-354.
- McGonigal, Katharine, S. 1986, "The importance of sleep and the sensory environment to critically ill patients", *Intensive Care Nursing*, vol. 2, s 73-83.
- McKegney, Patrick, F. 1966, "The Intensive Care Syndrome: The Definition, Treatment And Prevention of A New Disease of medical Progress", *Connecticut Medicine*, vol. 30, no. 9, s 633-637.
- McKinney, A.A., Deeny, P. 2002, "Leaving the intensive care unit: a phenomenological study of the patients' experience", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 21, s 344-354.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E. 2005, "Evidence –Based PRACTICE in Nursing and Healthcare: A GUIDE TO BEST PRACTICE", Lippincott Williams og Wilkins, Philadelphia.
- Merleau-Ponty, Maurice. 1994, "Kroppens fænomenologi", Oversat af Bjørn Nake, Frederiksberg, DET lille FORLAG.
- Minton, Claire, Carryer, Jenny. 2005, "Memories of former intensive care patients six months following discharge", *Contemporary Nurse*, vol. 20, s 152-158.
- Morse, Janice, M., O'Brian, B. 1995, "Preserving self: from victim to patient, to disabled person", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 21, s 886-896.
- Morse, Janice, M. 1997, "Responding to threats to integrity of self", *Advanced Nursing Sci.*, vol. 19, no. 4, s 21-36.

- Noblit, G.W., Hare, R.D. 1988, "Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies", Newbury Park, CA Sage.
- Odell, Mandy. 2000, "The patients thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward", journal of Advanced Nursing, vol. 31, s 322-329.
- Paterson, B.L., Thorne, S.E., Canam, C., Jilling, C. 2001, "Meta study of qualitative health research: A practical guide to meta-analysis and meta-synthesis", Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pattison, Natalie. 2005, "Psychological implications of admission to critical care", British Journal of Nursing, vol.14, no. 13, s 708-714.
- Pennock, B. E., Crawshaw, L., Maher, T., Price, T. & Kaplan, P.D. 1994, "Distressful events in the ICU as perceived by patients recovery from coronary artery bypass surgery", Heart & Lung, vol. 23, s. 323 – 327.
- Porter, R. 2001, "ve og vel – medicinens historie fra olstid til nutid", København, Munksgaard, s 305-320.
- Puntillo, A. Kathleen. 1990, "pain experiences of intensive care unit patients", Heart & Lung, vol. 19, no. 5, s 526-533.
- Rattray, J.E., Johnson, H., Wildsmith, J.A.W. 2005, "Predictors of emotional outcomes of intensive care, Anesthesia, vol. 60, s 1085-1092.
- Rehabiliteringsforum I Danmark. 2004, "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet", Marselisborgcentret.
- Rendtorff, J.D. 2004, "Fænomenologien og dens betydning" in Lars Fuglesang og Poul B Olesen, Red, videnskabsteori og samfundsvidenskaberne, 2 udgave, Roskilde Universitetsforlag, Kap 8.
- Roberts, S., Chaboyer, W. 2004, "Patients dreams and unreal experiences following intensive care unit admissions", Nursing in Critical Care, vol. 9, no. 4, s 173-179.
- Roberts, B., Richard, C., Rajbhandari, D., Reynolds, P. 2006, "Patients dreams in ICU: Recall at two years post discharge and comparison to delirium status during ICU admissions. A multicentre cohort study", Intensive and Critical Care Nursing, vol. 22, s 264-273.
- Rodgers, B.L., Cowles, K. V. 1993, "The Qualitative Research Audit Trail: A Complex Collection of Documentation", Research in Nursing & Health, vol. 16, s 219-226.

- Roulin, MJ., Hurst, S., Spirig, R. 2007, "Diaries written for ICU patients", *Qualitative Health Research*, vol. 17, no. 7, s 893-901.
- Russell, S. 1999, "An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care units", *Journal of advanced nursing*, vol. 29, no. 4, s 783-791.
- Ryan, R.M., Deci, E. 2000, "self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social development, and Well-Being", *American Psychologist*, vol. 55, no. 1, s 68-78.
- Samuelson, K.A.M., Lundberg, D., Fridlund, B. 2007, "stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients", *Nursing in Critical Care*, vol. 12, no. 2, s 93-104.
- Sandelowski, M., Barroso, J. 2002, "Finding the findings in Qualitative studies", *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 34, no. 3, s 213-219.
- Sandelowski, M., Barroso, J. 2003, "Writing the proposal for a Qualitative Research methodology project", *Qualitative Health Research*, vol. 13, no. 6, s 781-820.
- Sandelowski, M., Barroso, J. 2007, *Handbook for synthesizing Qualitative Research*, Springer publishing Company, USA.
- Schmidt, Lene, Dyhr, Lise. 2003, "Det kvalitative forskningsinterview" in *Forskningsmetoder I folkesundhedsvidenskab*, Lene. K.L og Wallgård, S, Red, 2 udgave, 3 oplag, København, Munksgaard.
- Schou, L., Egerod, I. "A qualitative study into the lived experience of post-CABG patients during mechanical ventilator weaning", *Intensive Crit. Care Nurs.* (2008), doi: 10.1016/J. iccn. 2007. 12. 004.
- Scragg, P., Jones, A., Fauvel, N. 2001, "Psychological problems following ICU treatment", *Anaesthesia*, vol. 56, s 9-14.
- Stein-Parbury, J., McKinley, S. 2000, "Patients experiences of being in an intensive Care Unit. A: select literature review", *American Journal of Critical Care*, vol. 9, no. 1, s 20-27.
- Storli, L.S., Lind, R., Viotti, I.L. 2003, "Using diaries in intensive care: A method for following patients", *Connect: The World of Critical Care Nursing*, vol. 2, no. 4, s 103-108.

- Storli, L.S., Asplund, K., Heggen, K., Bengtsson, J., Engelsrud, G. 2004, ” Intensiv pasientens erfaringer – En problematisering av minnekategorisering i forskning”, Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning, vol. 6, no. 3, s 22-37.
- Stranhan, E.H.E., Brown, R.J. 2005, A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care”, Intensive and Critical Care Nursing, vol. 21, s 160-171.
- Sundhedsstyrelsen. 2005, “Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed”.
- Sundhedsstyrelsen. 2006, Intensivterapi- definitioner, dokumentation og visitationsprincipper.
- Testa, A.M., Simonson, D.C. 1996, ”Assessment of Quality- Of- Life Outcome”, The new England Journal of Med., vol. 334, no. 13, s 835-840.
- Turnock, C. 1997, “ICU syndrome: a discussion of the effects of intensive care on critically ill patients”, British Journal of Intensive Care, vol. juli/august, s 144-147.
- Willman, A., Stoltz, P., Bathsevani, C.L. 2007, Evidensbaseret sygepleje- En bro mellem videnskab og den kliniske virksomhed”, Oversat af Mette Spliid Ludvigsen, 2 udgave, 1 oplag, Gads Forlag.
- Wong, F.Y.K., Arthur, D.G. 2000, “Hong Kong patients´experiences of intensive care after surgery: nurses and patients´ views”, Intensive and Critical Care Nursing, vol. 16, s 290-303.
- Wåhlin, I., Ek, A.C., Idall, E., 2006, “Patients empowerment in intensive care- An interview study”, Intensive and Critical Care Nursing, vol. 22, s 370-377.
- www.dsr.dk/fs3
- www.sst.dk
- www.statsbiblioteket.dk