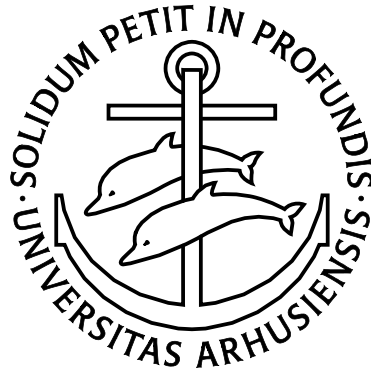


Kandidatspeciale



Tidsperspektivet i intensivrummet

af

Sine Dyrlund Pedersen

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Sine Dyrland Pedersen
Speciale: Kandidatspeciale
Måned og år: Juni 2015
Vejleder: Pia S. Dreyer
Anslag: 103.981

Tidsperspektivet i intensivrummet

af

Sine Dyrland Pedersen

Sektion for Sygepleje
Institut for Folkesundhed, Health
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Aarhus C

Copyright © Sine Dyrland Pedersen og Sektion for Sygepleje, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
Elektronisk udgivelse på <http://www.folkesundhed.au.dk/kandidatspecialer>
ISSN 1602-1541. ISBN 978-87-93117-37-2

Dette kandidatspeciale har i 2015 udgjort grundlaget for tildeling af kandidatgraden i sygepleje (cand.cur.) ved Aarhus Universitet

Resume

Baggrund: Behandlingen af intensivpatienter er under forandring hen i mod mindre brug af sedation. For at optimere behandlingen og plejen forskes der i, hvordan det opleves at være vågen under intensivbehandling, og fund viser at oplevelsen af tiden kan have betydning. Specialets formål er derfor at skabe indsigt og forståelse for hvordan tidsperspektivet udfoldes i intensivrummet.

Metode: Der er i specialet arbejdet ud fra en fænomenologisk-hermeneutisk forståelsesramme med en etnografisk inspireret dataindsamlingsmetode, bestående af feltobservationer og interview, som efterfølgende er analyseret med en Ricoeur inspireret analysemetode.

Fund: Tiden i intensivrummet er fyldt med forstyrrelser, der bryder tiden op, og det er svært for patienterne at finde ro og hvile, selv om natten. Det er en tid hvor behandling og pleje fylder meget og er styrende for tiden. Endelig er det en tid hvor patienterne oplever problemer med at holde styr på tiden.

Konklusion: Specialets fund bidrager med viden om tidsperspektivets udfoldelse i intensivrummet, og der perspektiveres til, hvordan der kan arbejdes videre med disse aspekter.

Abstract

Title: Perspective of time in the intensive care ward

Background: The treatment of patients in intensive care units is changing towards less sedation. To optimize the treatment and care of these patients, the lived experience of being conscious during mechanical ventilation is now under investigation, and findings indicate that the experience of time may influence the lived experience. The objective of this thesis is to provide an insight and understanding of how time unfolds in the intensive care ward.

Method: The current study is based on a phenomenological hermeneutic approach. Data are collected through ethnographic inspired observation and interviews, and analyzed using a method inspired by Ricoeur.

Findings: Disturbances and interruptions substantially affect the experience of time at the intensive care ward, and it can be hard to find rest even during the nights. It is a time filled with treatment and care that governs the time. Finally, it is found that patients easily lose their sense of time.

Conclusion: The thesis contributes with knowledge about the perspective of how time unfolds in the intensive care ward and a discussion on how to deal with these aspects.

Indholdsfortegnelse

Resume.....	1
Abstract	2
Indholdsfortegnelse	3
Specialets struktur	5
Del 1	6
Indledning.....	6
Indledende søgning	6
Baggrund	6
Systematisk litteratursøgning	8
Søgestrategi.....	8
Udvælgelsesproces	10
Litteraturgennemgang.....	12
Afgrænsning	15
Problemformulering	15
Del 2	16
Videnskabsteoretisk forståelsesramme	16
Feltarbejde.....	17
Metodiske valg	18
Forskningsprocessen	18
Dataindsamlingsmetode	19
Valg af felten og adgangen hertil	20
Deltagere	20
Feltroller	21
Feltnoter	21
Datakilder.....	22
Interview.....	23
Etiske overvejelser	24
Transskribering.....	25
Analysemetode	25
Naiv læsning	26

Strukturanalysen	26
Kritisk analyse og diskussion	27
Del 3.....	27
Konteksten.....	27
Præsentation af deltagerne	29
Naiv læsning.....	29
Strukturanalysen.....	30
Den forstyrrede tid.....	30
Den styrede tid.....	33
Den slumrende tid.....	35
Kritisk analyse og diskussion.....	37
Den forstyrrede tid.....	37
Den styrede tid.....	40
Den slumrende tid.....	42
Del 4.....	45
Diskussion af metode	45
Diskussion af dataindsamlingsmetode	45
Deltagerobservationer.....	45
Interview	46
Deltagere og kontekst	48
Diskussion af analyse og fortolkning.....	49
Konklusion.....	49
Perspektivering.....	50
Implikationer for praksis	50
Litteraturliste.....	52

Bilag 1 – Observationsguide

Bilag 2 – Interviewguide

Bilag 3 – Deltagerinformation

Bilag 4 – Samtykkeerklæring

Bilag 5 – Eksempel på struktur analyse

Specialets struktur

Specialet er inddelt i 4 dele, der fremstiller de forskellige faser i undersøgelsen.

Del 1 introducerer den valgte sygeplejefaglige problemstilling, hvorefter der redegøres for baggrunden og problemstillingens relevans.

Herefter beskrives den systematiske litteratursøgning, der danner baggrund for en gennemgang af de fundne videnskabelige artikler. Med udgangspunkt heri afgrænses problemstillingen, der leder frem til specialets problemformulering.

Del 2 indeholder en beskrivelse af den videnskabsteoretiske forståelsesramme, som er udgangspunktet for den metodiske tilgang i specialet. Herefter beskrives specialets forskningsstrategi, dataindsamlingsmetode samt analysemetode.

Del 3 præsenterer deltagerne samt undersøgelsens kontekst. Herefter beskrives analysens fund, fortolkning og diskussion.

Del 4 runder specialet af med en diskussion og kritisk vurdering af dataindsamlings- og analysemetode. Herefter præsenteres en samlet konklusion efterfulgt af en perspektivering.

Del 1

Indledning

Behandlingen af intensivpatienter er under forandring, og der er sket en udvikling mod mindre brug af sedation (Strøm & Toft, 2014). For at optimere behandlingen og plejen af disse patienter forskes der i, hvordan det opleves at være vågen under intensivbehandling, og fund viser, at tiden kan have en betydning for oplevelsen (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005, Schou & Egerod, 2008, Karlsson et al., 2012a). Med udgangspunkt heri undersøger dette speciale fænomenet tid i en intensiv kontekst.

Indledende søgning

For at få et bredt indblik i det felt, som problemet er en del af, er der startet med en indledende litteratursøgning (Bjerrum, 2005). Der er søgt på følgende ord: sedation, intensiv, respiratorbehandling, vågen, patient og oplevelse.

Der er søgt på følgende databaser: Au Library, CINAHL, PubMed og Klinisk Sygepleje. Der er ligeledes søgt på hjemmesiden for Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin.

Denne indledende søgning danner baggrund for den systematiske argumentation for problemstillingens relevans.

Baggrund

Tidligere var det nødvendigt at sedere patienter under intensivbehandling, fordi respiratorerne ikke var i stand til at samarbejde med patientens egen forsøg på vejtrækning (Strøm & Toft, 2014) og derudover anvendtes sedation for at mindske generne ved behandlingen (Karlsson et al., 2012a, Kress & Hall, 2012). Men udviklingen af det medicinske udstyr betyder, at der i dag ikke længere er brug for sedation i den henseenden (Strøm & Toft, 2014).

Forskning fra 2000 viser, at perioden, hvor der er behov for mekanisk ventilation og indlæggelse på intensiv, reduceres ved daglige sedationspauser (Kress et al., 2000), og der forskes nu videre i forskellige sedationsstrategier (Kress & Hall, 2012).

På baggrund af disse resultater er der sket en udvikling mod mindre brug eller slet ingen brug af sedation, som beskrevet i et dansk studie fra 2010 (Strøm et al., 2010a, Strøm, 2012, Strøm & Toft,

2014). Resultaterne af denne forskning diskuteres stadig, ligesom hvilken sedationsstrategi der skal anvendes (Strøm et al., 2010b, Kress, 2012, Kress & Hall, 2012, Toft et al., 2014).

Uanset hvad den medicinske forskning viser, og uenigheden om hvilken strategi der er bedst, må patientens perspektiv tages alvorligt. At patientperspektivet er vigtigt ses ligeledes af formuleringen ”komfortabel og kommunikerende” i anbefalingen ”Sedationsstrategien - Målrettet behandling af gener forbundet med kritisk sygdom” (Hein et al., 2011) der er udgivet af Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin i 2011, hvor det anbefales at patienten ”... er en vågen, komfortabel og kommunikerende patient” (Hein et al., 2011).

Med denne anbefaling vurderes det, at flere patienter vil være vågne eller delvist vågne under intensivbehandling i fremtiden, hvilket stiller nye krav til behandlingen og plejen af patienterne. For at optimere denne, forskes der i, hvordan det opleves at være vågen under intensivbehandling.

Flere ting spiller ind ved oplevelsen af at være vågen under behandlingen, for eksempel oplevelsen af ikke at kunne få luft eller at kunne tale, oplevelsen af at miste kontrollen over sin krop, og oplevelsen af at virkeligheden og tiden er diffus (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005, Karlsson, 2012, Engström et al., 2013, Holm, 2013).

Der ses i forskningen beskrivelser af at ”hive efter vejret uden at kunne”, og panikken det medfører – noget der for nogen varer ved selv efter endt behandling (Storli et al., 2008, Karlsson et al., 2012a). Sammen med oplevelsen af ikke at kunne få luft, beskrives oplevelsen af ikke at kunne tale som noget af det mest frygtelige (Karlsson et al., 2012a). Oplevelsen af ikke at kunne tale, kan give en oplevelse af ikke at kunne udtrykke sig som menneske (Carroll, 2007, Karlsson et al., 2012a). Når patienterne prøvede at udtrykke sig ved andre udtryksformer, oplevedes det af nogle som meget frustrerende og kunne give en oplevelse af at være afhængig af andre menneskers vilje til at forstå, specielt for de, der ikke kunne kontrollere deres krop (Karlsson et al., 2012a, Engström et al., 2013).

Oplevelsen af afhængighed bliver tydeligere, når patienterne oplever problemer med at kontrollere deres egen krop (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005, Engström et al., 2013, Lykkegaard & Delmar, 2013), idet den mistede evne giver en oplevelse af ikke at kunne handle (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005, Karlsson et al., 2012a). Endelig oplever nogle patienter helt at have mistet kontakten til deres egen krop, der opleves som diffus (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005).

Patienterne kan ligeledes have en diffus oplevelse af virkeligheden, hvor de oplever ikke at have kontakt med virkeligheden (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005). De kan være i en tilstand, hvor de oplever at være halvt vågne og halvt sovende, hvor de har svært ved at finde hvile, og det hele flyder ud (Karlsson et al., 2012a, Karlsson et al., 2012b). De kan opleve problemer med at huske helheden eller dele af, hvad der var sket under behandlingen (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005, Karlsson et al., 2012a, Engström et al., 2013).

De oplever og drømmer underlige ting, der til tider gør det hele meget uvirkeligt og giver problemer med at skelne mellem virkelig og drøm (Karlsson et al., 2012a). Disse oplevelser kan have betydning for patienterne længe efter endt behandling (Ringdal, 2010, Zetterlund et al., 2012, Guttormson, 2014).

Oplevelsen, af at det hele flyder ud, bliver tydeligere, når patienterne har en oplevelse af ikke at kunne styre tiden (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005, Schou & Egerod, 2008). Nogle oplever, at tiden bliver lang og oplever at kede sig (Holm, 2013).

Karlsson et al. (2012a) beskriver, hvordan nogle patienter oplever tiden så lang, at de troede, at livet var slut.

Systematisk litteratursøgning

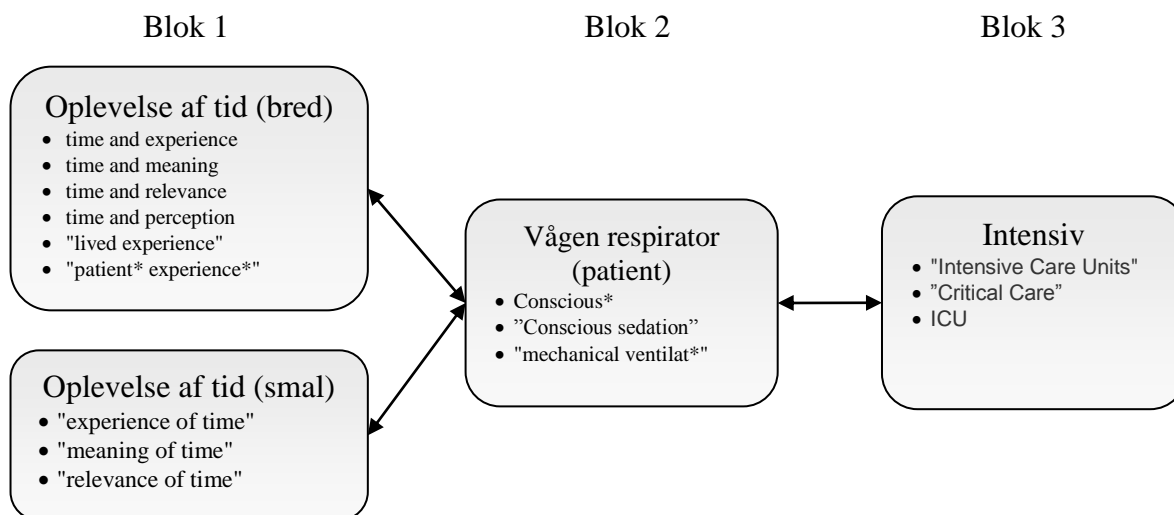
For at sikre at specialet bygger videre på i den viden, der allerede eksisterer om problemkomplekset, er der foretaget en systematisk litteratursøgning (Bjerrum, 2005). Der er søgt på databaserne CINAHL, PubMed, EmBase og SveMed+. Der er startet med en søgning på CINAHL, da denne database bliver betegnet som den vigtigste database for sygeplejersker (Buus, 2008, Polit & Beck, 2014). Derefter er der søgt på PubMed, der giver adgang til MEDLINE, som anses som den ledende database inden for det medicinske felt, men ligeledes indeholder sygeplejefaglige referencer (Forsberg & Wengström, 2013). For at supplere søgningen yderligere er der søgt på EmBase, idet denne database indeholder tidsskrifter, der ikke findes i PubMed (Forsberg & Wengström, 2013). Endelig er der søgt på SveMed+ for at sikre referencer på nordiske sprog. For at forbedre søgningen er der i processen søgt vejledning hos en forskningsbibliotekar (Buus, 2008, Forsberg & Wengström, 2013).

Søgestrategi

Den systematiske søgning er baseret på søgeord identificeret i artiklerne som blev fundet i den indledende søgning.

Søgningen er organiseret som en bloksøgning, hvor de forskellige facetter af søgningen opdeles i blokke. Med denne metode kan der skabes et overblik, og processen kan bedre illustreres, se Figur 1 (Buus, 2008). De tre blokke indeholder henholdsvis ”Oplevelse af tid”, ”Vågen respirator behandlet (patient)” og ”Intensiv”.

Der er lavet en smal og bred variant af blok 1 for at få et overkommeligt antal resultater i alle databaserne.



Figur 1 - Bloksøgning

Trunkering er anvendt for at sikre flere varianter af termerne (Buus, 2008). Dog er det ikke alle databaser der tillader trunkeringen inden i ordkombinationer omkranset af citationstegn.

Der er anvendt både fritekstsøgning samt søgning med kontrollerede emneord, hvor det vurderedes hensigtsmæssigt. Herved sikres det, at der identificeres flere referencer (Polit & Beck, 2014), idet der ved brug af kontrollerede emneord findes referencer, der er indekseret under dette emne, men ikke indeholder de præcise søgeord. For at supplere søgningen, er der er ligeledes foretaget en kædesøgning ud fra de fundne artiklers referencelister (Buus, 2008).

Idet forskere inden for feltet har kendskab til publicerede referencer (Forsberg & Wengström, 2013) er der taget kontakt til videnskabelig assistent Anna Holm¹, som har suppleret med yderligere referencer.

¹ Anna Holm er sygeplejerske, Cand cur og ansat som videnskabelig assistent på Anæstesiologisk afdeling på Aarhus Universitetshospital

Udvælgelsesproces

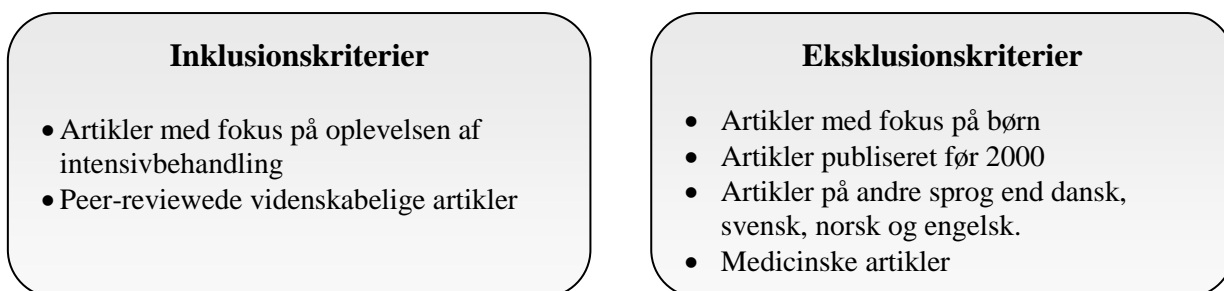
Udvælgelsesprocessen tager udgangspunkt i inklusion og eksklusionskriterierne, der er illustreret i Figur 2. Da det viste sig, at referencerne ikke havde oplevelsen af tid som det overordnede emne, blev der lavet et bredere inklusionskriterie, der også inkluderer referencer med fokus på mere generel oplevelse af intensivbehandling.

Der er søgt efter peer-reviewede videnskabelige referencer for at sikre, at der er foretaget en faglig vurdering af artiklerne (Buus, 2008).

Artikler med fokus på børn blev ekskluderet, da det vurderes, at børn oplever et andet perspektiv i forhold til tiden.

Da intensivbehandlingen som beskrevet ovenfor er under forandring, er der opstillet et eksklusionskriterie i forhold til artikler, der er publiceret før 2000.

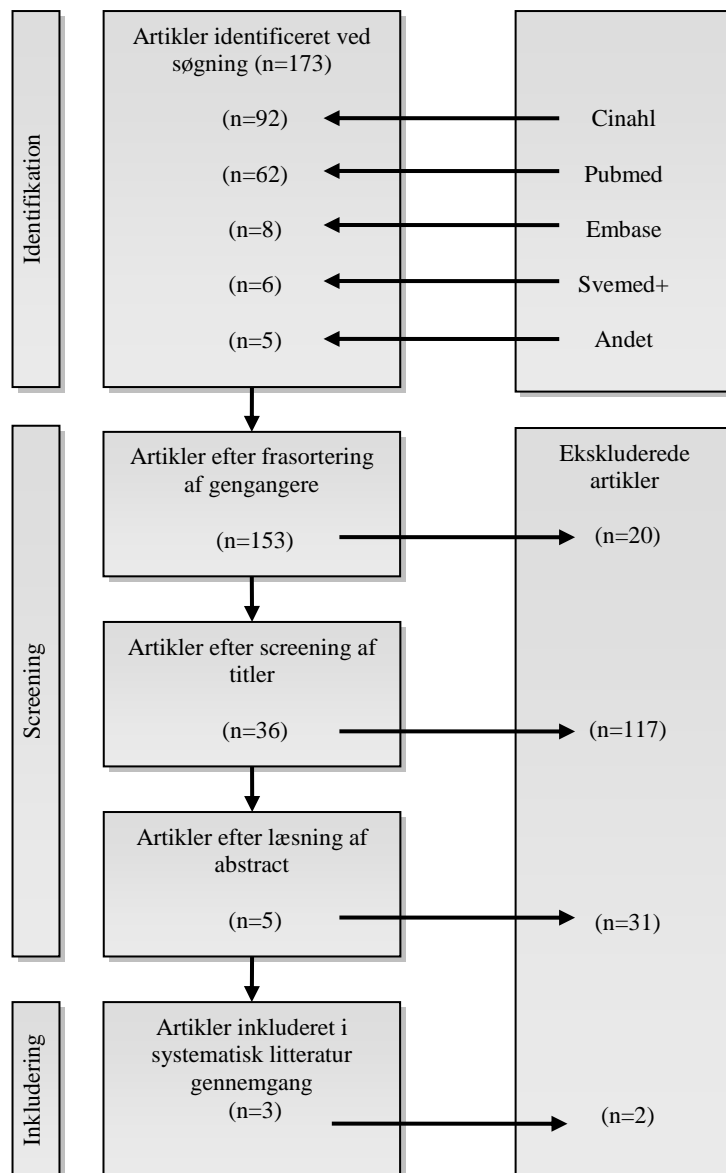
Artikler på andre sprog end dansk, norsk, svensk og engelsk blev ekskluderet for at sikre forståelsen.



Figur 2 - Inklusions- og eksklusionskriterier

Der blev i søgningen identificeret 173 artikler. Hvorefter artiklerne blev filtreret ud fra en vurdering af først titel og derefter resume som beskrevet af Buus (2008). Ved screeningen af artiklerne kom der mange medicinske titler, og disse blev frasortet i processen, hvilket resulterede i, at en stor del af de identificerede artikler blev sorteret fra under titelscreeningen.

Hele processen er illustreret i Figur 3.



Figur 3 - Flowchart over udvælgelsesprocessen

På baggrund af den systematiske litteratursøgning er der fundet frem til fem artikler, der beskriver problemkomplekset. Disse artikler kan være med til at skabe et grundlag, der kan stilles spørgsmål ud fra (Bjerrum, 2005), og vil senere i opgaven blive brugt i forbindelse med den kritiske analyse og diskussion.

Ved gennemlæsning af artiklerne var der kun 3 artikler, der specifikt beskriver oplevelsen af tid ved intensivbehandling.

Litteraturgennemgang

På baggrund af den systematiske litteratursøgning, er der fundet frem til 3 artikler, som indeholder fund, der beskriver oplevelsen af tid ved intensivbehandling. Artiklerne er alle peer-reviewed og er godkendte af etiske komiteer. De er udgivet i perioden fra 2005-2011 i Sverige og Danmark.

Artiklen ”*Ventilated patients’ experiences of body awareness at an intensive care unit*” (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005) er skrevet af de svenske forskere Lena Johansson og AnnChristine Fjellman-Wiklund. I denne artikel beskrives, hvilken indflydelse den intensive behandling har på patientens kropsbevidsthed. Der blev i studiet metodisk arbejdet ud fra Grounded Theory, og interviewene blev lavet som dybdeinterview, som blev foretaget mellem 10 dage og 6 år efter udskrivelsen fra intensiv. Deltagerne, der blev udvalgt som et *maximum variation sample*, havde været mekanisk ventileret fra 10 timer til 30 dage på både kirurgisk og medicinsk baggrund (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005).

Artiklen ”*A qualitative study into the lived experience of post-CABG patients during mechanical ventilation*” (Schou & Egerod, 2008) er skrevet af de danske forskere Lone Schou og Ingrid Egerod. I denne artikel beskrives oplevelsen af at være på intensiv med fokus på udtræning af respiratoren. Der blev arbejdet ud fra en hermeneutisk-fænomenologisk deskriptiv tilgang med semistrukturerede interview. Interviewene er foretaget 2-5 måneder efter udskrivelsen fra intensiv. Deltagerne var valgt ud fra *purposeful sampling* for at sikre dybe og detaljerede beskrivelser af deres oplevelse. Patienterne havde alle været igennem en kardiologisk bypass operation og havde været mekanisk ventileret i mere end 24 timer (Schou & Egerod, 2008).

Artiklen ”*The Lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study*” (Karlsson et al., 2012a) er skrevet af de svenske forskere Veronika Karlsson, Ingegerd Bergbom og Anna Forsberg. I denne artikel belyses oplevelsen af at være vågen ved mekanisk ventilation på en intensivafdeling med en fænomenologisk-hermeneutisk fortolkende tilgang, hvor interviewene blev foretaget som en dialog med et indledende spørgsmål. Deltagerne var udvalgt efter *consecutively sampling* (Karlsson et al., 2012a). Deltagerne havde været indlagt på intensiv i 2-23 dage på både kirurgisk og medicinsk baggrund (Karlsson et al., 2012a).

Konteksten for studierne, der vurderes at kunne influere på oplevelsen, beskrives i studierne med forskellig detaljeringsgrad. Alle studierne beskriver dog baggrunden for patienternes indlæggelse

på intensiv. Johansson & Fjellman-Wiklund (2005) og Karlsson et al. (2012a) beskriver, hvor lang tid patienterne var indlagt, hvilket i Johansson & Fjellman-Wiklunds studie er mellem 10 til 30 dage, mens det i Karlssons er mellem 2 til 23 dage. I Schou & Egerods studie er det ikke beskrevet. I studierne ses der stor forskel på, hvordan de har forholdt sig til patienternes bevidsthed, og hvordan det har influeret på deres oplevelse. Karlsson et al. (2012a) beskriver nogle af deltagerne som ikke sederede, mens andre fik forskellige former for sedering under den intensive behandling. I Schou & Egerods studie er det ikke direkte beskrevet, men der ses beskrivelser i diskussionen af at fundene kunne skyldes, at patienterne var mindre sederet. I Johansson & Fjellman-Wiklunds studie er det slet ikke beskrevet, og det er derfor ikke klart om patienterne var vågne under deres intensivbehandling.

Tidspunktet for interviewene diskuteres i alle artiklerne. I Johansson & Fjellman-Wiklunds studie, hvor interviewene er foretaget mellem ti dage og seks år efter udskrivelsen, argumenteres der for, at tiden mellem udskrivelsen og interviewet kan have en betydning i forhold til at kunne huske oplevelsen, men forskerne oplevede at patienter, der blev interviewet tidligere ikke havde reflekteret over deres oplevelse. I Schou & Egerods studie, hvor der gik mellem to og fem måneder, formoder forskerne, at patienterne har mindre erindring om oplevelsen lige efter udskrivelsen, men argumenterer også for, at der ikke må gå for lang tid efter udskrivelsen, da deres oplevelse ville kunne blive influeret af deres pårørendes fortællinger om forløbet. Der beskrives dog, at mange af patienterne havde problemer med at huske behandlingen (Schou & Egerod, 2008). Karlsson et al. (2012a) argumenterer for at interviewe patienterne inden for den første uge efter udskrivelsen, for at sikre at patienterne kunne erindre oplevelsen, men de forholder sig ikke til, hvorvidt tidspunktet var velvalgt.

Der ses i artiklerne forskellige argumenter for de valgte tidspunkter for interview, og der kan ikke ud fra disse artikler konkluderes, hvilket tidspunkt der er bedst.

Tiden flyder ud

Karlsson et al. (2012a) beskriver en oplevelse af, at tiden synes at flyde ud, mens patienter i både Johansson & Fjellman-Wiklund og Schou & Egerods studier beskriver oplevelsen af helt at miste fornemmelsen for tid, og hvor frygtelig det er (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005, Schou & Egerod, 2008). Mange af patienterne beskriver, at de ikke var klar over, om det var dag eller nat (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005, Karlsson et al., 2012a) eller hvor lang tid, de havde været på intensiv (Schou & Egerod, 2008).

Den manglende evne til at orientere sig i tid giver en oplevelse af at miste kontrollen, som bliver tydeligere, hvis patienterne også har problemer med at orientere sig i sted (Schou & Egerod, 2008, Karlsson et al., 2012a). Nogle patienter brugte de daglige rutiner, for eksempel måltider og vagtskifte, til at orientere sig efter (Schou & Egerod, 2008). Problemerne med at orientere sig i tid og sted, beskrives at kunne skyldes rummet, som patienterne oplever som meget fremmed (Schou & Egerod, 2008).

Tiden alene

Der ses også beskrivelser af, at patienter føler sig alene i et fremmede rum og gerne ville have, at sygeplejerskerne brugte mere tid ved dem (Schou & Egerod, 2008).

De patienter, der havde pårørende, beskriver, hvor stor betydning de pårørende havde for dem, og hvordan de brugte deres besøg til at orientere sig efter (Schou & Egerod, 2008). Patienterne beskriver ligeledes, hvordan de oplevede, at tiden gik hurtigere, mens de pårørende og sygeplejerskerne var hos dem (Karlsson et al., 2012a).

At miste kontrollen over tiden

Schou & Egerod (2008) beskriver, hvordan patienterne oplever, at de mister kontrollen over deres egen tid og bliver underlagt det, der betegnes som sygeplejerskernes tid (Schou & Egerod, 2008). Patienterne oplever, hvordan et begreb som ”snart” kan have en anden betydning for sygeplejerskerne end for patienterne (Schou & Egerod, 2008), ligesom de oplever at blive orienteret om ting, der skal ske, som er af stor betydning, for eksempel fjernelse af tuben, uden at blive orienteret om, hvornår det skal ske (Schou & Egerod, 2008, Karlsson et al., 2012a).

Når tiden er lang

Der ses generelt beskrivelser af, at tiden opleves som lang og til tider helt står stille (Schou & Egerod, 2008, Karlsson et al., 2012a).

Nogle patienter beskriver, at specielt natten bliver oplevet som lang (Schou & Egerod, 2008), hvilket kan skyldes, at patienterne oplever og drømmer underlige ting, der gør, at de ikke kan finde hvile eller sove (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005, Karlsson et al., 2012a). For eksempel fortæller nogle patienter, at de slet ikke turde ligge sig til at sove, fordi de tidligere havde haft mareridt (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005).

Derudover er der ofte forstyrrelser i intensivrummet, for eksempel fra alarmer og andre patienter, der havde brug for pleje, som betyder, at patienterne kun sover sammenhængende i kortere perioder (Karlsson et al., 2012a).

Afgrænsning

Som beskrevet i baggrunden er der sket en udvikling inden for behandling og pleje af intensivpatienter, der betyder, at flere patienterne er vågne under deres behandling på intensiv.

Dette stiller nye krav til behandlingen og plejen af disse patienter, og der forskes derfor i, hvordan det opleves, at være vågen under behandlingen. Et fund i denne forskning er, at tiden kan have en betydning for oplevelsen af at være vågen under intensivbehandling.

Der blev ved den systematiske litteratursøgning ikke identificeret studier, hvor oplevelsen af tiden var det overordnede, men de inkluderede artikler i litteraturgennemgangen viste, at oplevelsen af tiden havde en betydning for patienterne.

De inkluderede artikler viste ligeledes, at patienterne have problemer med at huske deres oplevelser, når de blev interviewet efter udskrivelsen.

Derfor er der valgt at undersøge tiden i intensivrummet, hvor den udspiller sig, for derved at kunne bidrage med en indsigt i og forståelse for, hvad det er for en tid, patienterne oplever.

Problemformulering

Dette leder frem til følgende problemstilling:

Hvordan udfolder tidsperspektivet sig i intensivrummet?

Del 2

Videnskabsteoretisk forståelsesramme

Den valgte problemformulering lægger op til en undersøgelse af fænomenet tid. Det vil sige en undersøgelse inden for den humanvidenskabelige tradition, der giver mulighed for at opnå forståelse for fænomener (Thisted, 2013).

Da specialet omhandler fænomenet tid, knytter det an til en fænomenologisk forståelsesramme, som er en filosofiske retning inden for den humanvidenskabelige tradition, der søger at beskrive fænomenerne, som de tager sig ud (Thisted, 2013).

Edmund Husserl bliver betragtet som grundlæggeren af fænomenologien, hvor fænomener beskrives, som de viser sig for bevidstheden og hermed hvilken betydning, de har i *livsverdenen*, som er den verden, vi lever i, tager for givet og er fortrolige med (Thisted, 2013, Zahavi, 2013).

I Husserls filosofi er udgangspunktet, at verden erfares ved at bevidstheden er *intentionel*. Det vil sige, at vores bevidsthed altid er rettet mod noget og derfor har en bestemt betydning. Det, der gør det til noget bestemt, er fænomenets *essens*. Det er denne *essens*, der søges efter i fænomenologien, og det er derfor vigtigt at se fænomenerne, som de viser sig for den menneskelige bevidsthed (Thisted, 2013, Zahavi, 2013).

Idet specialet ligger op til at opnå en indsigt, forståelse og forklaring for, hvordan tidsperspektivet udfoldes i intensivrummet, suppleres fænomenologien med en hermeneutisk forståelsesramme. Centralt i hermeneutikken er fortolkningen, der bruges til forståelse af mennesket, dets liv og alle de steder, det kommer til udtryk. Forståelsen er selve den erkendelse, der kommer frem ved fortolkningen - en fortolkning, der bygger på den forståelse, vi allerede har - en *forforståelse* (Thisted, 2013).

Den valgte fænomenologisk-hermeneutiske forståelsesramme er inspireret af den franske filosof Paul Ricoeur, der var inspireret af Husserl (Ricoeur, 1973a). Ricoeur tog udgangspunkt i bevidsthedens intentionalitet men i sammenhæng med hermeneutikken, idet bevidsthed altid er "*bevidsthed om noget for nogen*" (Ricoeur et al., 2002, side 13). Dette betyder, at der ifølge Ricoeur ikke kan findes frem til absolutte *essensbeskrivelser* af bevidsthedens erfaringer, da disse beskrivelser er bestemt af den *historicitet* som mennesket er indlejret i. Ricoeur formulerer det selv således: "*Bevidsthedens erfaring peger ud over sig selv hen imod grænserne for erfaringen og det,*

”som overskrider subjektets erfaringsliv” (Ricœur et al., 2002, side 14). Derfor er det ikke alle aspekter, der kan begribes - specielt ikke de eksistentielle og ufrivillige aspekter. Der er brug for, at erkendelsen går omvejen over fortolkningen, idet det er imellem identitet og fremmedhed, at der kan opstå en ny forståelse (Ricœur et al., 2002). I fortolkningen ligger der hermed en forening af forståelse og forklaring, hvor forståelsen er det eksistentielle engagement, og forklaringen er distanceret gennem en objektiverende beskrivelse (Ricœur et al., 2002). Ricoeur fremhæver her, at den distancerende forklaring kan hjælpe til forståelsen, og ser den som en betingelse for den vellykkede fortolkning (Ricoeur, 1973b, Ricoeur, 1976, Ricœur et al., 2002). Med fortolkning kan der findes frem til det overskud af mening, der ifølge Ricoeur er gemt i den menneskelige livsverden (Ricoeur, 1976, Ricœur et al., 2002).

Ved at bruge en fænomenologisk-hermeneutisk forståelsesramme, vil det uudforskede fænomen ”tiden i intensivrummet” kunne belyses, som det tager sig ud, og gennem distanceringen i analysen vil der kunne arbejdes med fortolkninger, der kan skabe en indsigt i, forståelse for og forklaring af betydningen af, hvordan tiden udfoldes i intensivrummet.

Feltarbejde

Til at undersøge tidsperspektivet i rummet, hvor det udspiller sig, er der valgt at tage udgangspunkt i etnografisk inspireret feltarbejde som dataindsamlingsmetode. I etnografien tages der netop udgangspunkt i at indsamle data i deres egen kontekst (Spradley, 1980, Hammersley & Atkinson, 2007).

Der er i specialet valgt at tage udgangspunkt i ”*Participant Observation*” af James P. Spradley, der beskriver, at kernen i etnografien er at finde frem til meningen med handlinger og begivenheder i den kultur, der studeres (Spradley, 1980).

Spradley skriver, at der i det etnografiske arbejde observeres, men for at finde frem til meningen med handlingerne er der brug for mere, da den kulturelle viden eksisterer i forskellige former i bevidstheden. Noget er *explicit*, altså noget den enkelte er bevidst om, mens en stor del er ubevidst, *tacit* (Spradley, 1980). For at finde frem til både den bevidste og ubevidste mening med handlingerne argumenterer Spradley for, at der er brug for en teori og en metode: ”*We need a theory of meaning and a specific methodology designed for the investigation of it*” (Spradley, 1980, side 9), og det er det, der beskrives i ”*Participant observation*”.

Der ses hermed en fin sammenhæng imellem Spradleys tilgang i *Participant observation*, der søger at afdække den ubevidste mening, og Ricoeurs fortolkningsfilosofi, hvor der arbejdes efter at finde frem til det, der ikke umiddelbart kan begribes af den enkelte, for at kunne finde frem til det overskud af mening, der ifølge Ricoeur er gemt i den menneskelige livsverden.

Metodiske valg

I det følgende vil forskningsprocessen og de metodiske valg blive ekspliciteret, for at sikre undersøgelsens transparens og troværdighed (Polit & Beck, 2014).

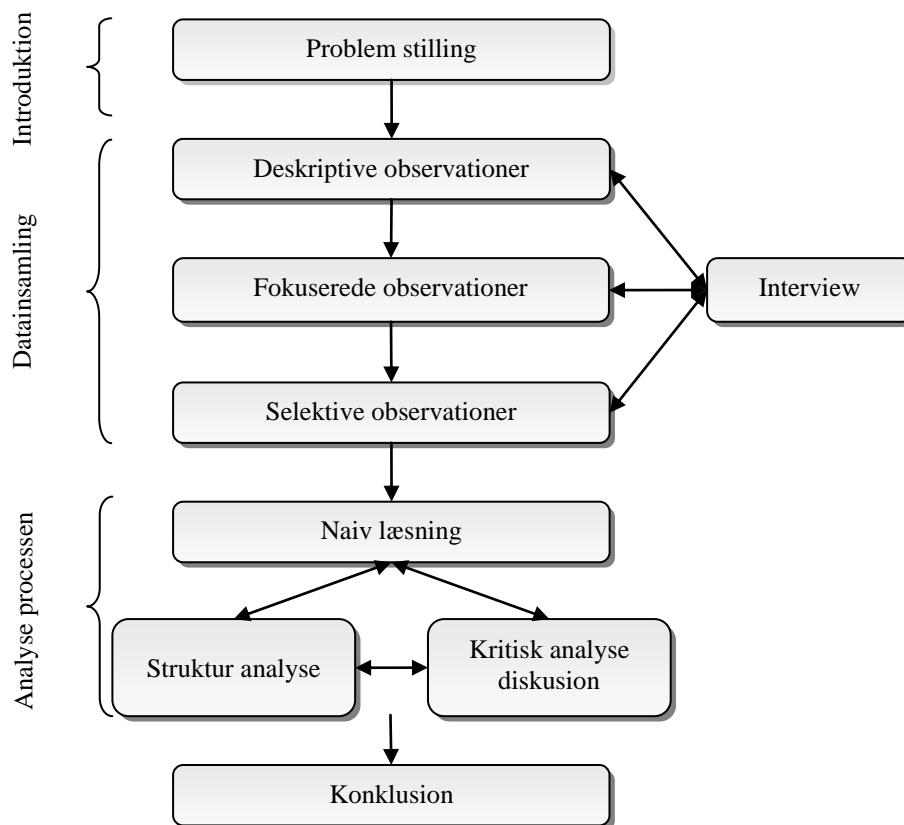
Forskningsprocessen

Forskningsprocessen er inspireret af Spradleys beskrivelse af faserne i *Participant observation* og uformelle interview, samt en Ricoeur inspireret analysemetode. Hele processen er illustreret i Figur 4.

Efter identifikation af problemstillingen, indsamles data med udgangspunkt i Spradleys etnografiske feltobservationer. Observationerne bevæger sig fra deskriptive observationer via fokuserede observationer til selektive observationer. Der er tale om en cyklisk proces mellem de forskellige observationsformer (Spradley, 1980). Samtidigt foretages der interview. Der er tale om en pendulerende proces, hvor spørgsmål, der udledes under observationerne, bliver stillet i interviewene, og svarene leder til nye observationer.

Herefter transskriberes den indsamlede data, som analyseres og fortolkes ud fra en Ricoeur inspireret analysemetode bestående af *Naiv læsning*, *Struktur analyse* og *Kritisk analyse og diskussion*. I analysen findes frem til meningen i det empiriske materiale via en dialektisk bevægelse imellem del og helhed, så der til sidst kan argumenteres for, hvordan tiden udfoldes i intensivrummet.

Flow diagram over forskningsprocessen



Figur 4 - Forskningsprocessen

Dataindsamlingsmetode

Dataindsamlingsmetoden tager udgangspunkt i Spradleys *Participant observation*, nærmere bestemt *Topic-oriented micro-ethnography* (Spradley, 1980), hvor *topic-oriented* henviser til, at der fokuseres på få aspekter af livet, nemlig oplevelsen af tid, mens *micro* siger noget om undersøgelsens afgrænsning, der i dette tilfælde er de situationer, der opstår i rummet.

Spradley beskriver feltarbejdet som en uforudsigelig aktivitet, der handler om at prøve at leve sig ind i informanternes verden (Spradley, 1980). Derfor tager etnografien udgangspunkt i at forskeren deltager i informanternes liv i en periode, hvor der observeres, lyttes og eventuelt tales med informanterne om det observerede. Det er kendetegnende for etnografien, at der tages udgangspunkt i flere forskellige former for datakilder for at opnå en indsigt i informanternes verden (Hammersley & Atkinson, 2007). Generelt indsamles alt det, der kan bruges til at give en indsigt i informanternes verden, og i dette speciale tages udgangspunkt i både deltagerobservation og interview for herved at opnå en indsigt i, hvordan tidsperspektivet udfoldes i intensivrummet.

Valg af felten og adgangen hertil

Forud for specialet var der interesse i en undersøgelse af oplevelsen af tid hos den vågne intensivpatient på OVITA (Opvågning Intensiv Terapi Afsnit), idet tidligere forskning lavet på afdelingen viste, at tiden kunne have en betydning for oplevelsen af at være vågen under intensivbehandling (Holm, 2013). Inden specialets start blev der holdt møde på afdelingen med forskningsassistent Anna Holm, hvorigennem der blev skabt den formelle adgang til felten.

OVITA er et afsnit med seks intensive og tre semi-intensive sengepladser. Afdelingen varetager både behandlingen af akutte og planlagte patienter og har landdelsfunktion for avanceret abdominalkirurgi og hæmatologi. Det er primært patienter med hæmatologiske, abdominale og respiratoriske problemer, der henvises til afdelingen (Aarhus Universitetshospital).

Inden projektets start blev personalet informeret om projektet gennem information i afdelingens nyhedsbrev for sygeplejersker og andre ansatte for herved at legitimere projektet og opnå en form for uformel adgang til felten som beskrevet af Hammersley & Atkinson (2007).

Deltagere

Udvælgelsen af deltagerne beror på de informanter, der var tilgængelige ud fra inklusion- og eksklusionskriterierne. Kriterierne inkluderede deltagerne som var vågne eller delvis vågne og gerne patienter, der var i stand til at tale, mens patienter, der ikke var vågne, blev udelukket.

Kriterierne blev opstillet på baggrund af de gennemgåede artikler, som vidste, at det kan være problematisk at bruge scoringsredskaber til vurdering af patienters bevidsthedsniveau (Strøm et al., 2010b), da patienternes tilstand kan variere meget inden for kort tid. Det blev derfor valgt at vurdere patienternes tilstand, som den var i situationen.

Patienterne blev udvalgt efter deltagelse i afdelingens konferencer, hvor alle patienter blev gennemgået i forbindelse med vagtskifte samt på baggrund af den vagthavende sygeplejerskes vurdering af den enkelte patients tilstand. Desuden blev patienternes bevidsthedsniveau, tilstand og evne til at samtykke vurderet ved observationernes start.

Der blev lavet observationer i 29 timer fordelt på dag og aftenvagterne. Der indgik i observationerne tre patienter, der efter informeret samtykke blev udvalgt til de mere fokuserede og selektive observationer.

Feltroller

Spradley (1980) beskriver feltrollerne, *insider* og *outsider*, hvor *insideren* lever sig ind i situationen, deltager i den og oplever den, mens *outsideren* observerer situationen udefra. Nogle gange vil man være så deltagende, at man glemmer at observere, og andre gange observerer man mere uengageret. Ifølge Spradley involverer etnografisk feltarbejde, at man veksler mellem at være insider, outsider og begge dele på en gang.

Under observationerne var jeg iført sygeplejerskeuniform for sikre mindst mulig fokus direkte på mig. Derudover har jeg med min baggrund som sygeplejerske forholdsvis let ved at falde ind og være en naturlig del af situationen, i *insider* rollen. Samtidig er jeg fremmed på afdelingen og ukendt med specialet og har derfor også mulighed for at distancere mig og observere situationen udefra.

Polit & Beck (2014) bruger også begreberne *insider* og *outsider*, men med en lidt anden betydning. Her er *insideren* én som undersøger sit eget felt, mens *outsideren* er fremmed i forhold til den kultur, der studeres. Insideren har nogle fordele i forhold til lettere adgang til data, deltagere og allerede etableret tillid. Desuden betyder fælleskenskaber, at den første tid ikke skal bruges på at gøre sig bekendt med det sociale miljø. Omvendt kan *insideren* have svært ved at opretholde den nødvendige objektivitet og distance, og der er en risiko for at umiddelbar, men værdifulde data bliver overset (Elgaard Sørensen, 2006, Polit & Beck, 2014).

Igen er der fordele ved, at jeg er sygeplejerske uden kendskab til specialet, idet jeg ikke skal bruge den første tid på at forstå grundlæggende forhold, ligesom jeg har kendskab til de overvejelser, der ligger bag sygeplejen, men samtidig reflekterer jeg over aspekter, som det faste personale tager for givet.

Under observationerne vekslede jeg mellem det Spradley kalder *Passive Participation* og *Moderate Participation* (Spradley, 1980). *Passive Participation* beskriver situationen, hvor den, der observerer, er i rummet, men ikke deltager eller interagerer, mens *Moderate Participation* beskriver når den, der observerer, er mere involveret i situationen. *Moderate Participation* opstår, når der søges at balancere imellem outsider og insider positionen (Spradley, 1980).

Feltnoter

Som beskrevet kan der i etnografien bruges forskellige datakilder (Spradley, 1980, Hammersley & Atkinson, 2007), men hovedparten af de etnografiske feltfortegnelser vil dog indeholde feltnoter.

Når observationer nedskrives som noter, sker der en form for kodning, som det er vigtigt at være bevidst om, fordi det skrevne har stor betydning for den videre forskning (Spradley, 1980). Det er derfor vigtigt at overveje hvilket sprog, der bruges til noterne, og at være opmærksom på at der er en tendens til at tolke og simplificere (Spradley, 1980). Derfor anbefaler Spradley, at der tages udgangspunkt i ”*The language Identification Principle*”. Det vil sige, at der inden hver feltfortegnelse besluttes hvilket sprog, der bruges til noterne. Der er en tendens til, at etnografer omformulerer det, der bliver sagt til et sammensat billede af den kulturelle scene (Spradley, 1980). Derfor var jeg opmærksom på at tage noter i det sprog, der blev brugt, så jeg noterede, hvad patienterne og de sundhedsprofessionelle sagde med de anvendte udtryk og vendinger. Herved skulle feltfortegnelserne gerne afspejle den brug af sproget og de udtryk, der var i situationen. I forlængelse heraf ses ”*The Verbatim Principle*”, hvor der laves en ordret gengivelse i feltnoterne af det talte (Spradley, 1980), hvilket blev gjort, når det var muligt.

”*The Concrete Principle*” anbefaler, at der noteres konkret, hvad der sker, for at sikre at der ikke sniger sig generaliseringer ind i beskrivelserne. Herved tilføres observationerne, ifølge Spradley, substans og dybde (Spradley, 1980). For at sikre dette blev der udarbejdet koder, som kunne skrives ud senere.

Alle feltnoterne blev skrevet ned under observationerne i en lille bog. Der var dog tidspunkter under observationerne, hvor jeg undlod at lave feltnoter af etiske overvejelser, for eksempel i private situationer som samtaler med pårørende.

Ud over feltnoterne skal der laves en logbog, hvori oplevelser, ideer og problemer, der er kommet frem under observationerne, noteres (Spradley, 1980). Disse introspektive fortegnelser vil senere kunne bruges til at erindre om noget kunne have influeret på feltnoterne (Spradley, 1980).

Datakilder

Som beskrevet tager observationerne udgangspunkt i Spradleys ”*Participant observation*”, hvor observationerne indledes med *deskriptive observationer*, ofte en *Grand Tour* (Spradley, 1980). I en *Grand Tour* ses der ikke efter noget specifikt, men med en åben tilgang til feltet observeres ”*What is going on here*” (Spradley, 1980, side 73).

De indledende *Grand Tour* observationer blev foretaget en dag, hvor jeg fulgtes med afdelingens forskningsassistent. Her fik jeg et overblik over afdelingen, der sammen med specialets litteraturgennemgang har dannet baggrund for udarbejdelsen af en observationsguide, se Bilag 1.

Guiden dannede rammen om de videre observationer, der bevægede sig fra det Spradley (1980) kalder *deskriptive* via *fokuserede* til *selektive* observationer.

Under selve observationerne indsamledes desuden opfordrede og uopfordrede deltagerberetninger, der kan beskrives som uformelle mundtlige beskrivelser fra informanterne (Hammersley & Atkinson, 2007). I forbindelse med at patienterne og sygeplejerskerne blev informeret om projektet, kom der flere uopfordret beretninger og betragtninger omkring dette, ligesom patienterne under selve observationerne nævnte ting, der tidligere var sket, som de mente, jeg skulle have observeret. Endelig ville en patient sikre sig, at jeg havde observeret andre patienter, da patienten var sikker på, at perspektivet ville være anderledes ved andre patienter. Dette kan ses i tråd med Hammersley & Atkinsons beskrivelser af, at informanterne gerne vil sikre sig, at forskeren forstår situationen ”korrekt” (Hammersley & Atkinson, 2007).

Interview

Spradley skriver, at hvis der undervejs er mulighed for at lave interview, vil det kunne berige observationerne, idet der herved kan opnås en dybere indsigt i det observerede (Spradley, 1980). Hammersley & Atkinson (2007) beskriver også, hvordan interview kan bruges til at belyse observationerne og omvendt: “... *it should be noted that there are distinct advantages in combining participant observation with interviews; in particular, the data from each can be used to illuminate the other*” (Hammersley & Atkinson, 2007, side 102).

Interviewene blev lavet i forbindelse med observationerne, hvor jeg ved lejlighed spurgte deltagerne, om jeg kunne få lov til at stille dem uddybende spørgsmål. Spradley beskriver, at der under observationer er mulighed for at lave uformelle interview (Spradley, 1980). Det var dog ikke muligt uden at forstyrre plejen og behandlingen af patienterne, og derfor blev der i samarbejde med patienterne og personale planlagt egentlige interview. Det blev tilstræbt at give patienterne mulighed for selv at vælge tidspunkt for interviewene, men i praksis var det behandlingen og plejen, der var styrende.

Interviewene blev derfor mere som det, Spradley (1980) betegner som formelle interview, hvor der under feltobservationerne aftales et specifikt tidspunkt og sted for interviewet, og hvor der er en mere formel ramme (Spradley, 1980).

Spradley beskriver, at interviewet indledes med et deskriptivt spørgsmål, hvorefter der igennem interviewet veksles mellem strukturelle og deskriptive spørgsmål (Spradley, 1980).

Forud for interviewene blev der udarbejdet en interviewguide på baggrund af litteraturgennemgangen, se Bilag 2. Guiden indleder med et meget åbent spørgsmål i forhold til, hvordan tiden bliver oplevet i håb om at kunne åbne op for patientens oplevelse. Dette spørgsmål følges op af mere strukturerede spørgsmål, ligesom der bliver stillet individuelle spørgsmål ud fra tidligere observationer, for eksempel ”*Jeg har set at du ligger og kigger på uret, kan du fortælle mig lidt mere om det?*”.

Interviewguiden ses dog mere som et supplement, da det etnografiske interview er karakteriseret ved en fleksibel tilgang (Spradley, 1980, Hammersley & Atkinson, 2007).

Litteraturgennemgangen viste, at det kan være problematisk at interviewe intensivpatienter på grund af kritiske deres tilstand, og derfor blev interviewguiden udformet med strukturerede spørgsmål. For ikke at udmatte patienterne lægger interviewguiden op til korte interview, og jeg var forberedt på at skulle afbryde interviewene på denne baggrund.

Interviewene blev afsluttet med at spørge, om patienterne havde mere at sige for at give dem mulighed for at fortælle, hvis der var noget, de havde tænkt på under interviewet – en afrunding af interviewet, som beskrevet af Kvale & Brinkmann (2009).

Etiske overvejelser

Ved al forskning skal de etiske aspekter overvejes (Polit & Beck, 2014). I forbindelse med feltstudierne er der foretaget flere etiske overvejelser for at sikre og beskytte deltagerne.

Inden observationer og interview er der søgt om tilladelse hos afdelingssygeplejerskerne for OVITA, Nørrebrogade ved Aarhus Universitetshospital.

Der er i henhold til datatilsynet krav til specialestuderende pr. 12. maj 2012, ikke anmeldt eller indhentet tilladelse til projektet. Indsamling og registrering af personoplysninger er sket efter indhentning af samtykke fra de personer oplysningerne vedrører som påkrævet af datatilsynet (Datatilsynet, 2015b). Materiale indeholdende personlige oplysninger opbevares på en computer, hvor der kun er adgang ved brug af kode, og disse oplysninger vil blive slettet ved specialets afslutning (Datatilsynet, 2015a).

Der er i udarbejdelsen af specialet taget udgangspunkt i ”*Ethical guidelines for nursing research in the nordic countries*” (Northern Nurses' Federation, 2003).

Forud for observationerne introducerede jeg mig selv og projektet for patienterne og indhentede mundtligt samtykke til observationerne. Ligesom der forud for alle interview blev indhentet

skriftligt samtykke, efter der var givet mundtligt og skriftlig information om projektet, samt informeret om at det var frivilligt at deltage, og at samtykket til en hver tid vil kunne trækkes tilbage uden konsekvenser for nuværende eller fremtidige pleje og behandling, se Bilag 3 og Bilag 4. Alt dette er gjort for at sikre patienternes autonomi (Northern Nurses' Federation, 2003). Deltagerne blev ligeledes informeret om, at deres data vil blive behandlet anonymt, og at feltnoter og transskriberinger vil blive slettet ved specialets afslutning.

Transskribering

Der er ved transskriberingen af interview forsøgt at transskribere ordret, ligesom alle feltnoter er transskriberet. Det anbefales at transskriberingen foretages umiddelbart efter observationer og interview for at have dem i frisk erindring (Spradley, 1980). Denne anbefaling blev fulgt, så vidt det var muligt, men i enkelte tilfælde blev transskriberingen udsat til dagen efter for eksempel efter aftenobservationerne.

Efter transskriberingen blev den transskriberede tekst sammenlignet med lydoptagelser og feltnoter for at sikre, at observationer og interview er gengivet korrekt som anbefalet af Kvale & Brinkmann (2009).

Kvale & Brinkmann (2009) beskriver transskriberingen som en abstraheret og fikseret form af samtalen, der har fundet sted imellem to mennesker.

Når det talte bliver til tekst, sker der ifølge Ricoeur (1973b) en distancering, idet teksten bliver fjernet fra begivenheden og bliver autonom i forhold til den oprindelige forfatter, for eksempel den interviewedes, intention. Meningen bliver hermed frigjort fra begivenheden og forfatteren og giver derved mulighed for fortolkning (Ricoeur, 1973b, Dreyer & Pedersen, 2009).

Analysemetode

Efter transskriberingen vil data blive analyseret ved brug af en Ricoeur inspireret analysemetode. Ricoeur beskriver ikke en egentlig metode til analyse (Dreyer & Pedersen, 2009), men blandt andet har Lindseth & Norberg (2004), Pedersen (2005) og Dreyer (2013) udviklet fortolkningsmetoder, som er inspireret af hans filosofi.

Der er valgt at tage udgangspunkt i Dreyers metode, da den beskriver en let anvendelig og stringent tilgang til analysen. Metoden tager udgangspunkt i tre fortolkningsniveauer: *Naiv læsning*,

Strukturanalyse og Kritisk analyse og diskussion. Ved at skifte mellem disse tre niveauer skabes en bevægelse imellem overflade- og dybdefortolkning (Dreyer, 2013).

I analysen er der en dialektik mellem forståelse (*verstehen*) og forklaring (*erklären*) - en bevægelse fra forståelse til forklaring, og fra forklaring til forståelse, som begynder, idet forfatterens intention ikke længere falder sammen med teksten (Ricoeur, 1976).

For at kunne finde frem til meningen med teksten, er der brug for en form for gæt (Ricoeur, 1976). Da forståelsen i starten er baseret på gisninger, kan der udledes flere forskellige betydninger af teksten, og det er derfor vigtigt at argumentere for, at en betydning er mere sandsynlig end en anden – en form for gyldiggørelse (Ricoeur, 1976). Som Ricoeur formulerer det: *”Such is the balance between the genius of guessing and the scientific character of validation, which constitutes a modern presentation of the dialectic between verstehen and erklären”* (Ricoeur, 1976).

I specialet vil jeg derfor lede efter tekstens mening og gennem argumentationen fremstille den mest sandsynlige fortolkning af empirien, således at der er en dialektik imellem forklaring og forståelse.

Naiv læsning

Analysen starter med en naive læsning, hvor teksten læses igennem, for at finde meningen med teksten som helhed. Ricoeur beskriver det som en naive forestilling af, hvad teksten handler om (Ricoeur, 1976). Det er en overfladefortolkning, hvor læseren stiller sig åben for bedre at kunne se, hvad der tales om i teksten (Dreyer, 2013). Her ses efter hvem, der taler i teksten, hvad konteksten er, hvilke begivenheder der ses, hvilke betydninger der beskrives, og hvordan oplevelsen beskrives. Herved opstår antagelser om, hvad teksten handler om, som der arbejdes videre med i den videre strukturanalyse (Dreyer, 2013). Som beskrevet har disse antagelser i starten form af gisninger og gæt, og det er derfor vigtigt, at der i den videre analyse arbejdes med en form for validering, hvor der argumenteres for, at en fortolkning er mere sandsynlig end en anden, idet en tekst altid har mere end én gyldig mening og fortolkning (Ricoeur, 1976). Denne form for validering sker gennem den videre strukturanalyse.

Strukturanalysen

Efter den naive læsning læses teksten igennem igen, hvor man forsøger at sætte sig ind i dens tankeretning (Ricoeur, 1973).

For at kunne forklare teksten skal man ifølge Ricoeur finde frem til tekstens struktur. Det kan gøres ved at inddeles teksten i mindre dele, for herved at finde frem til delene i helheden (Ricoeur, 1973).

Der foretages en inddeling af tekstens struktur ud fra meningsenhederne, *hvad der siges*, i teksten. Meningsenhederne relateres til de antagelser, der blev udledt i den naive læsning. Gennem forklaringer samles meningsenhederne til betydningsenheder, *hvad der tales om* (Dreyer, 2013). Strukturanalysen er en dialektisk proces imellem forklaring og forståelse - en bevægelse imellem nærhed og distance (Ricoeur, 1973). Læseren prøver at forstå *hvad der siges* og forklare *hvad der tales om* (Dreyer, 2013), og gennem forklaringen opnås en dybere forståelse for teksten, hvoraf tekstens temaer kan udledes (Dreyer, 2013).

I strukturanalysen findes altså frem til, hvad teksten handler om og hvilke temaer, der er i teksten (Dreyer, 2013). Det er processen mellem den naive og den kritiske fortolkning, mellem overflade- og dybdefortolkningen, der er med til at integrere de forskellige indstillinger, forklaring og forståelse (Ricoeur, 1973).

Kritisk analyse og diskussion

Efter strukturanalysen diskuteres de udledte temaer i den kritiske analyse og diskussion.

Der inddrages her anden forskning og teori til at diskutere fundene med, hvorved dialektikken imellem forklaring og forståelse udvides til en bevægelse mellem det konkrete og det almene. Der gives herved gyldighed til meningen og forklaringerne, der er fremkommet i analysen på et mere alment niveau (Dreyer, 2013).

Der er i hele processen en dialektik imellem dybdefortolkning og overfladefortolkning (Dreyer, 2013).

Del 3

I det følgende præsenteres konteksten og deltagerne, hvorefter analysen fremstilles og diskuteres som beskrevet i metodedelen.

Konteksten

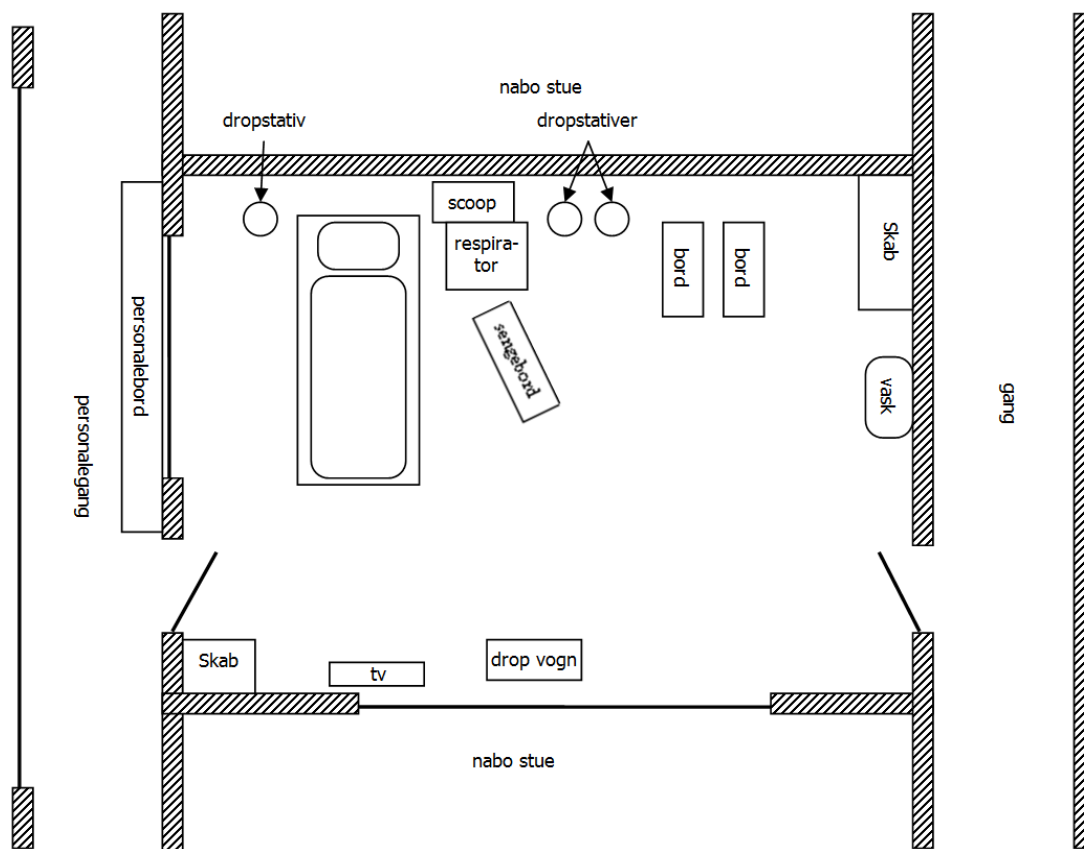
I det følgende beskrives stuerne på afdelingen, hvor observationerne blev foretaget, se Figur 5. Rummene virker til at være i lidt forskellige størrelser, men er alle beregnet til 2 patienter. Det er

hvide rum kun afbrudt af træfarvede skabe. I de fleste rum er der en stor vekseltryksmadras, der fylder meget i rummet, og patientens sengebord, der også bliver brugt af personalet til opbevaring af diverse ting, for eksempel produkter til personlig pleje. I rummet er der også meget andet udstyr som dropvogne, lift i loftet, vogne til udstyr mm.

Ved den ene væg, dvs. væggen over hovedenden på Figur 5, er der en masse medicinsk udstyr og maskiner, respirator, dropstativer og metalborde.

Den modsatte væg har et stort vindue ind til nabostuen. Der er gardiner for vinduet, så der ikke kan kigges igennem, men der er en sprække forneden, så der kan ses lys og bevægelser fra nabostuen.

Ved siden af vinduet hænger en tavle med patientens navn og kasser med handsker i alle størrelser. Over vinduet hænger et fjernsyn, en cd afspiller, en kalender og et lille ur. I højre side, er den hvide væg kun afbrudt af et lavt skab, en vask med spejl og en dør med et lille persiennedækket vindue, så der ikke kan kigges ind eller ud. Den venstre væg har et stort vindue ud til gangen, hvor personalet sidder, og bag dem er der vinduer ud til det fri, hvor der ses andre bygninger og lidt himmel. I denne side er der ligeledes en dør, der sidder overfor døren på den modsatte væg.



Figur 5 – Tegning over rummet

Præsentation af deltagerne

I feltstudierne indgik observation og interview af tre kvindelige patienter i alderen 47-69 år. Alle patienterne lå alene på stuerne under observationerne.

Figur 6 viser en oversigt over deltagere, P1, P2 og P3, deres alder og antal dage, de har været indlagt på intensiv. De enkelte observationer, O1-O4, samt dato og tid for observationer, er anført i fjerde kolonne ud for de observerede patienter, mens femte kolonne angiver interviewene, I1-I3, samt deres længde.

Deltager	Alder	Indlagt, dage	Observation	Interview
P1	69	5	O1 (d.7/4 kl. 0800-1530)	I2 (13 min)
		7	O3 (d.9/4 kl. 1400-2000)	
P2	67	30	O2 (d.8/4 kl. 0800-1630)	I1 (7 min.)
P3	47	20	O4 (d.10/4 kl. 0800-1500)	I3 (11 min.)

Figur 6 - Deltageroversigt

Naiv læsning

I den naive læsning er hele empirien læst igennem som en helhed for at danne et overblik over teksterne og en begyndende forståelse af, hvordan tiden udfoldes i intensivrummet. I det følgende fremstilles den naive læsning i forhold til, hvad der tales om i teksten - gæt og gisninger, der arbejdes videre med i strukturanalysen (Dreyer, 2013).

Det er en tid med mange forstyrrelser. Alarmerne fra det medicinske udstyr fylder meget og betyder, at tiden ofte bliver brudt. Der er mange, der kommer ind og ud af rummet, som er med til at styrke oplevelsen af, at der er mange forstyrrelser. Behandlingen og plejen fylder meget og danner rammen for tiden. Bevidsthed om behovet for behandling og pleje fylder i tiden for patienterne.

Det er en tid, hvor patienter ofte ser ud til at sove eller sidder og stirrer tomt ud i luften, og de oplever problemer med at holde styr på tiden og orientere sig derfor via andre mennesker.

Ud fra ovenstående analyse af teksterne, er der kommet gisninger om at tiden i intensivrummet er en tid med forstyrrelser, en tid med behandling og pleje og en tid, hvor der opleves problemer med at holde styr på tiden.

Strukturanalysen

I strukturanalysen er der fundet frem til meningsenheder, ”*hvad der siges i teksten*”. Ud fra meningsenhederne er der søgt efter forklaring på ”*hvad der tales om*” for herigennem at finde frem til betydningsenheder, der danner baggrund for udledningen af temaerne. Hermed udfoldes de menings- og betydningsenheder, som teksten refererer til (Dreyer, 2013)

I præsentationen af strukturanalysens fund tages der udgangspunkt i de udledte temaer, hvor meningsenhederne eksemplificeres igennem citater. Herved vises, hvordan betydningsenhederne er fremkommet gennem forklaring af meningsenhederne.

I arbejdet med strukturanalysen er meningsenheder, betydningsenheder og temaer sat op i et skema inspireret af Dreyer (2013), se eksempel i Bilag 5.

Der har i arbejdet med analysen vist sig følgende temaer: ”Den forstyrrede tid”, ”Den styrede tid”, og ”Den slumrende tid”.

I de følgende afsnit beskrives de udledte temaer. Efter hvert citat er der anført, hvilken observation, O1-O4, eller interview, I1-I3, som citatet stammer fra.

Den forstyrrede tid

I forbindelse med tiden på intensiv opleves der mange forstyrrelser. Der er flere ting, der giver forstyrrelser i tiden, for eksempel alarmerne fra det medicinske overvågningsudstyr, som det ses i denne observation:

”Kl.8.40 Personalet vasker patienten og fortæller patienten, hvordan hun vasker. Patienten ligger med lukkede øjne. Der er en skrattende lyd fra masken. Alarm. Personalet slukker alarmerne. Personalet starter med at smøre patienten og fortæller imens, hvordan hun gør det. Alarm. Personalet slukker alarmerne. Assistenten: »Nu vasker jeg dig lige videre«. Patienten ligger og kigger lige ud i luften. Kl.8.50 Alarm. Alarmerne bliver slukket. Kl.9.00 Personalet vasker videre, og fortæller meget grundigt om, hvordan hun vasker. Alarm. Alarm bliver slukket igen. Kl.9.00 Døren bliver åbnet og lukket igen. Alarm fra scoop. Personalet retter udstyr til” (O2).

De mange alarmer forstyrrer tiden, mens patienten bliver vasket, fordi personalet skal forholde sig til dem og flytte sig for at slukke dem, så de bliver afbrudt i det, de ellers var ved.

Patienterne registrerer også alarmerne, hvilket ses i følgende observation, hvor patienten forholder sig til alarmerne og spørger ind til dem:

”Alarm fra pumpen. Patienten vender sig om efter alarmerne, der bliver ved med at hyle. Personalet kommer ind i rummet og går hen til pumpen, der giver alarm.

Patienten: »Hvad var det?«. Personalet svarer patienten, at det bare er en pumpe, der er ved at være tom» (O3).

Patientens spørgsmål kan være udtryk for en reel undren over, hvad det er for en lyd, men kan ligeledes ses som en utryghed i forhold til, hvad alarmerne betyder.

Selv om patienterne kender alarmerne, bliver de ved med at fylde i tiden, idet patienterne bliver ved med at høre og registrere alarmerne selv efter længere tids indlæggelse, som det ses i interviewet her:

Interviewer: »Bliver du ved med at høre alarmerne?«

Patient: »Ja, du kan jo ikke undgå det«

Interviewer: »Nej nej, men jeg har bare siddet og tænkt på gad vide om man på et tidspunkt måske bare...?«

Patient: »Nej nej, det kan man ikke«» (I1).

Alarmerne forstyrrer og bryder tiden, idet al opmærksomhed øjeblikkeligt bliver rettet mod dem.

Patienterne registrerer dem og spørger til tider ind til dem, og personalet må afbryde det, de er ved for at gå hen og slukke dem.

Udover alarmerne er der forstyrrelser i rummet i form af døre, der bliver åbnet og lukket. Til tider bliver dørene åbnet og lukket uden at nogen kommer ind, som det ses i denne observation:

»Personalet er i gang med at vaske patienten. Døren bliver åbnet og lukket, uden at der er nogen der kommer ind» (O2).

Når der ikke kommer nogen ind, kan det være svært for patienten at forholde sig til, hvad der egentlig skete, så det kan opleves som en forstyrrelse uden mening. Der er meget færden ind og ud af rummet, men også gennem rummet fra den ene dør til den anden som det ses i denne observation:

»Kl.8.57 Der kommer en person ind af døren, går gennem rummet og ud af den anden dør, hvorefter hun kommer ind igen af samme dør og går ud af den modsatte dør.

Kl.8.58 En ny person kommer ind af døren, henter udstyr og går herefter ud igen.

Patienten ligger imens og kigger op i loftet, og lukker til tider øjnene» (O4).

Gennemgangen i rummet kan blive oplevet som en yderligere forstyrrelse af tiden, som patienterne ikke kan finde mening med, idet personalet ikke kommer hen til patienten, men bare går igennem rummet. Al den aktivitet i rummet giver forstyrrelser, der for patienterne kan give en oplevelse af uro, som det fremgår af dette interview med en patient:

Interviewer: »Du siger det der med, at der er så trist herinde, øh.. har du tænkt på rummet... altså sådan når du siger, der er trist herinde, er det så fordi der er maskiner og hvidt og øh, eller er det bare?«

Patient: »Det er, at jeg synes, det er så trist at se på. Maskiner der larmer og...«

Interviewer: »Ja«

Patient: »... meget uro og sådan noget lignende«

Interviewer: »Ja ja, der er meget uro her eller?«

Patient: »Ja ja det er der godt nok« (I1).

Oplevelsen af en tid med uro er med til at give en oplevelse af, at det hele er lidt trist. Det er trist at se på, og det er trist at være i - det er en trist tid. Udover forstyrrelser fra alarmerne og færden i rummet, oplever patienterne at blive forstyrret af personalet, for eksempel mens de sidder og spiser, som i denne observation, hvor patienten lige har fået serveret sin suppe. Personalet er gået ud for at give patienten ro til at spise, men et andet personale kommer ind på stuen:

»Personalet siger til at patienten, at hun kan se, at patienten er i gang med at spise, men hun er kommet for at høre, om de skulle tale om PEP fløjten og spørger herefter, om hun skal komme tilbage, eller om de kan tage det nu (Personalet har taget papir med mere frem). Patienten: »Man får aldrig gjort nogen ting færdige her... lad os tage det nu, det er nok klaret hurtigt« (O4).

Det ses her, hvordan patienten giver udtryk for at blive forstyrret i sin tid og giver udtryk for, at det sker ofte, men formoder at det er hurtigt klaret og siger derfor, at det er i orden.

Der blev også observeret forstyrrelser i tiden, når patienterne var ved at hvile sig, som det ses ved denne observation:

»Patienten har lige sagt, at hun gerne vil sidde og hvile sig lidt. Personalet giver patienten et tæppe på og siger til patienten, at nu kan hun sidde og hvile sig lidt, og går herefter ud af døren. Der bliver banket på døren og med døren på klem, bliver der spurgt, om der må blive gjort rent« (O4).

Der ses her, hvordan at personalet lige er gået ud af rummet for at give patienten mulighed for at hvile sig, men i det samme bliver patienten forstyrret i den tid, der ellers var til at hvile sig i.

Patienterne bliver ligeledes forstyrret i deres hvil: *»Patienten ligger og sover. Personalet går ind på stuen, og patienten vågner, idet hun kommer ind på stuen« (O2).* Patienten har ellers fundet ro i tiden til et hvil, men bliver forstyrret i dette af personalet, der kommer ind for at aflæse værdier. Patienterne giver udtryk for at have problemer med at finde ro til at hvile sig, og hvordan det også er et problem for dem om natten, som det ses i dette svar i et interview:

Interviewer: »Nej okay og hvad med om natten kan du sove for dem (alarmerne, red.) der?«

Patient: »ikke altid« (I1)

Der ses ligeledes beskrivelser af, hvordan patienterne udover at blive forstyrret af alarmerne om natten oplever forstyrrelser af, at personalet er ved dem, som det ses ved denne dialog mellem en patient og hendes mand:

Patientens mand: »Hvornår kørte den anden patient?«

Patienten: »Om natten«

Patientens mand: »Blev du vækket midt om natten?«

Patienten: »Ja, de går jo frem og tilbage« (O1)

Der ses, hvordan patienten betragter det som en selvfølge, at der er sygeplejersker på stuen om natten. Da patienten efterfølgende bliver spurgt ind til det i et interview, giver patienten udtryk for at blive forstyrret, idet hun registrerer når personalet kommer ind på stuen om natten:

Interviewer: »Jeg tænker sådan på den anden dag, der sagde du, da vi sad her, at om natten, så kommer de alligevel hele tiden. Så du hører det alligevel om natten, når sygeplejerskerne for eksempel kommer ind?«

Patient: »Ja«

Interviewer: »Så de lyde, dem hører du?«

Patient: »Ja det gør jeg« (I2)

Alarmerne og sygeplejerskerne, der kommer ind til patienterne, giver altså forstyrrelser, så selv natten bliver til en tid med forstyrrelser.

Den styrede tid

Udover forstyrrelserne fylder behandlingen, plejen og undersøgelserne meget i tiden, specielt når behandlingen er ubehagelig:

Patient: »[...]og så kan jeg ikke lide at komme i den maske der«

Interviewer: »Hva, den du var i lige nu?«

Patient: »Nej det er så modbydeligt at få på«

Interviewer: »det er modbydeligt«

Patient: »Ja«

Interviewer: »Ja fordi du føler at ...?«

Patient: »At du bliver kvalt«

Interviewer: »at du bliver kvalt?«

Patient: »Ja ja, nej, den kan jeg ikke lide. Den skal jeg så have på en tre fire gange i døgnet« (I1)

At behandlingerne, der bliver oplevet som ubehagelige, er det, der fylder i tiden, kan give en oplevelse af, at tiden bliver oplevet som lang, hvilket også ses i dette interview:

Interviewer: »Hvordan oplever du tiden, når du er indlagt her?«

Patient: »lang, ja«

Interviewer: »Lang?«

Patient: »Ja, ... lang og trist« (sukkende)

Interviewer: »Kan du fortælle lidt mere om det?«

Patient: »Fortælle mere om hva?«

Interviewer: »Hvordan den er lang, tiden?«

Patient: »Man sidder bare indenfor de fire vægge og glor, og så får man de behandlinger, man skal have, og så er det det« (I1)

I observationerne ses det, hvordan en undersøgelse bliver styrende for, hvad der skal ske:

»Personalet kommer ind, henvender sig til patienten og orienterer om, at de (radiologisk afd. red.) vil komme her til formiddag og lave scanningen, og derfor er der ikke nogen grund til at patienten kommer op, inden den er lavet» (O1). Tiden bliver til en tid fyldt af venten, fordi undersøgelserne er

helt styrende for, hvordan tiden bliver brugt, idet alt andet bliver udsat, indtil de er lavet. Oplevelsen af ikke selv at kunne styre sin tid bestyrkes af ikke at vide, hvornår undersøgelsen bliver til noget, som illustreret i følgende observationer:

”Kl. 9.10 Personalet kommer ind igen, og henvender sig til patienten i forhold til nogle scanninger, der skal laves. [...] personalet forklarer, at der nok kommer til at gå en time inden dem, der skal lave scanningerne kommer.

[...]

Kl. 13.40 Assistenten informerer om, at scanningen ikke bliver før senere” (O1).

Udover behandlingen fylder træningen også meget og kan være styrende for, hvordan tiden bliver brugt, som det ses her under denne observation:

”Patienten bliver vasket. Personale A spørger patienten, om patienten plejer at komme op og sidde, og siger »men nu må vi lige se, hvordan formiddagen kommer til at gå« og vasker videre. Personale B siger, at det kan godt være, at det bliver middag, inden patienten kommer op, da der gerne skulle trænes øvelser i sengen” (O1).

Træningen bliver herved styrende for, hvordan formiddagen bliver brugt, idet patienten ikke kan komme op inden. Andre gange presses træningen ind i tiden, som det ses i denne observation:

”Kl. 10.30 Patienten sidder og snakker med sin mand og datter. Kl.10.35 Patientens datter og mand bliver sendt ud af stuen, da patienten skal træne. Patienten: »Kommer I nu her, når jeg har besøg?«. Personalet starter træningen med patienten. Kl.10.38 Patienten henvendt til personalet: »Hvis vi ikke skal lave mere, kan vi så ikke få min mand her ind, han kommer jo et stykke vej fra?«. Personalet, spørger herefter patienten, om hun ikke ønsker mere træning. Patienten: »Nej, kan I ikke komme senere, når min mand ikke er her mere«” (O2).

Patientens tid var ellers fyldt med noget, der havde betydning for hende lige nu, men træningen bliver set som vigtigere og presses derfor ind. Som beskrevet fylder behandlingen, plejen og træningen i tiden og kan være styrende for den.

Der ses en rytme i tiden på intensiv, hvor der hver dag sker mere eller mindre det samme. Som en patient beskriver det: *”Patient: »hmm der er jo så`n, det er jo helt rituellet kan man sige«” (I1).* Eller som her hvor en patient beskriver dagsrytmen i detaljer i et interview:

Interviewer: »[...] hvordan tænker du at tiden går her... altså hvad laver du, mens du er her, eller hvad sker der?«

Patient: »Ja, dagen er jo lang ikke os. Jeg har noget træning. Jeg starter med at blive vasket om morgenen, og så er det, jeg får øh..., og så er det, der kommer nogen og træner enten ergo eller fysioterapeut, ik os. Vi træner, og så bliver klokken så snart 12, og så kommer jeg ind og hviler mig, og så kommer jeg op heromkring ved totiden, ik os« (I1).

At dagene er ens fyldt ud med den ”samme” behandling og pleje hver dag, er med til at give en oplevelse af, at tiden er lang og trist, og der ses en lettelse over at komme ud af rummet, der forbundet med al dette:

Patient: »Jeg har været så heldig at komme ud og køre i dag, ik os, og nyde solen lidt«
Interviewer: »Ja«
Patient: »Så kommer man væk fra alt det her inde, det er trist, trist, trist og se på, det er det godt nok.« (I1).

Ligesom behandlingen fylder og kan være styrende for tiden, fylder behandlingen og plejen i patienternes bevidsthed, idet de er bevidste om deres særlige behov, som en patient beskriver det i et interview:

Patient: »...og så på et tidspunkt så gik det op, da jeg fik det bedre, så gik det op for mig, at det er det rigtige sted, jeg er lige nu, øh... og lige nu syntes jeg faktisk, at der haster det ikke med at komme ned på afdelingen [...] altså intensiv er jo ikke et sted man bare ... der kommer man jo, når der er nogle særlige ting, [...] og det kan de ikke håndtere nede på øh ... afdelingen« (I3)

Der ses her, hvordan det giver en oplevelse af trykthed ved at være på intensiv, hvor de kan håndtere dette. At patienterne er bevidste om deres kritiske tilstand, kommer til udtryk i dette interview, hvor en patient beskriver, hvor utryk tiden kan være, hvis det er vikar, der kommer i stedet for det faste personale:

Patient: »Der er mere trygge rammer, ik os. Sådan én som hende derude, ik os, som ..., som er afløser, som..., jeg synes ..., sådan én er jeg ikke rigtig tryk ved, [...] det er jeg ikke, for jeg er bange for ..., husker hun nu det, husker hun nu det, og husker hun nu det. (I1)

Da patienten bliver spurgt, om hun tænker meget over det med vikaren, siger hun: »Ja det gør jeg virkelig, [...] det er bare at få natten overstået« (I1). Utrygheden kommer til at fylde i tiden og bliver styrende for den, så det bliver en tid, der bare skal stå igennem.

Den slumrende tid

Patienterne sidder eller ligger ofte med lukkede øjne, som patienten her, der er ved at blive vasket:

”Kl.8.30 Patienten ligger med lukkede øjne. Patienten ser ud til at blunde. Personalet til patienten: »Jeg starter nu med at vaske dig. Kan du bedst lide varmt eller lunkent vand?«. Patienten: »Jeg kan bedst lide lunkent vand« [...] Personalet vasker patienten og fortæller patienten, hvordan hun vasker. Patienten ligger med lukkede øjne. Der er en skrattende lyd fra masken” (O2).

Der ses her, hvordan patienten ligger med lukkede øjne til trods for, at hun er ved at blive vasket. Hun lukker af overfor omverdenen men er alligevel til stede og svarer relevant på spørgsmålet. I andre situationer ligger patienterne bare og stirrer op i loftet eller tomt ud i luften uden rigtigt at kigge nogen steder hen, som ved denne observation: ”Kl.11.25 Under forbindingsskiftet sidder patienten og kigger tomt ud i luften, patienten ser ikke på noget i rummet eller ud af vinduet” (O2). Der ses, hvordan patienterne glider ind og ud af tiden - en slumrende tid, hvor de ikke rigtigt er helt

til stede. Patienterne har en oplevelse af, at de en stor del af tiden hviler sig eller sover, som det ses i dette interview:

Interviewer: »... kan du fortælle mig lidt om hvordan tiden går mens du er indlagt her«

Patient: »Ja, jeg sover jo meget«

Interviewer: »Du sover meget«

Patient: »Meget« (I2).

Når patienterne ikke blunder eller hviler sig, er der en oplevelse af, at tiden bliver brugt til at sidde og kigge som her beskrevet af en patient:

Patient: ”... ellers så tænker jeg ikke så meget på noget [...] sidder bare og glor”

Interviewer: ”Okay”

Patient: ”Ja frygteligt [...], men sådan skal det jo nok være” (I1)

Der ses her, hvordan patienten oplever at bruge sin tid til at sidde og ”glo”, og hvor frygteligt det opleves. Men samtidig oplever patienterne, at de ikke har overskud til noget og ikke kan forestille sig at lave noget, som det fremgår af dette interview.

Interviewer: »Kunne du forestille dig [...] hvis du ikke skulle se fjernsyn eller lytte til musik, er der så noget andet, du kunne have lyst til lave, mens du var her inde?«

Patient: »Nej ... jeg synes ikke rigtigt der er noget« (I1)

Der ses en oplevelse hos patienterne af, at tiden er fyldt op: ”Interviewer: »Så du syntes ikke at der sker for mange ting her?«. Patient: (trækker lidt på det) »neej neej, [...] det gør der ikke, men altså der er nok, der er fyldt op«” (I3). Patienterne oplever, at der ikke er brug for mere end det, der allerede fylder i tiden. Under interviewene blev det tydeligt, hvor udmattede patienterne kunne være: ”Patienten: »Det er noget med...» (Patientens øjne falder i). Patient: »undskyld, jeg tabte tråden«” (I3). Patienterne oplever til tider at være så trætte og udmattede, at de falder hen i en anden bevidsthed, hvor de ikke er bevidste om tid og sted: ”Patient: »I starten der var jeg ubevidst om, at jeg var her - der vidste jeg slet ikke, at jeg var her«” (I3). Patienterne beskriver også, at der noget af tiden, som slet ikke erindres: ”Interviewer: »Synes du, du kan huske alt den tid, du har været her? Kan du huske alle dagene?«. Patient: »Nej, det kan jeg ikke«” (I2). Eller som i dette interview:

Interviewer: »nu siger du at du ikke kan huske starten her, men kan du huske, hvor lang tid du har været her?«

Patient: »Jo, jeg har været her i ca. 3 uger nu, næsten«

Interviewer: »Ved du, hvor lang tid du ikke kan huske..., kan du så`n holde styr på det?«

Patient: »Ja det er jo i starten. Det er de første 4 dage eller så`n noget, det kan jeg ikke huske noget af, [...] jeg husker ikke ret meget i hvert fald« (I3).

Patienterne glider ind og ud af tiden, så det kun er dele, der erindres, og tiden bliver fragmenteret. For nogle patienter giver det problemer med at holde styr på tiden, som det ses i denne observation:

”Personalet: »Så er det blevet hverdag igen«. Patienten: »Ja ..., hvilken dag er det?«” (O1).

Patienten er i en form for slumrende tid, hvor patienten ikke kan forholde sig til informationen om, at det er blevet hverdag igen. Problemerne med at holde styr på tiden beskrives også i interviewet her:

Interviewer: »Når du er herinde, kan du så holde styr på tiden..., kan du øh holde styr på, hvornår det er morgen og middag og aften.«

Patient: »Det kniber om aftenen, [...] det med at huske, om det er dag eller nat eller morgen, det kniber det med ..., men ellers så ... ja, så sidder man her som en idiot, havde jeg nær sagt, heh« (I1)

Det er tydeligvis ubehageligt, når patienterne oplever ikke at have styr på tiden, og der ses i observationerne, hvordan de prøver at holde styr på den ved at spørge personalet, som i denne observation: *”Patienten ligger og kigger. Patienten: »Er det tirsdag i dag?«. Personalet: »Ja det er det, og det er den 7.«” (O1)* eller som i denne observation: *”Kl.8.46. Patienten: »Hvilken dag er det i dag?«. Personalet: »Det er fredag d.10«. Patienten: »Min svigerdatter kommer i dag«” (O4),* hvor patienten har brug for at kunne orientere sig i tiden i forhold til ”begivenheder”, og det opleves derfor som vigtig at kunne holde styr på tiden.

Kritisk analyse og diskussion

I den kritiske analyse og diskussion diskuteres fundene, som blev udledt på baggrund af den naive læsning og strukturanalysen. I den kritiske analyse og diskussion udvides dialektikken imellem forklaring og forståelse, idet der her inddrages anden forskningslitteratur og teori til at forklare og forstå fundene med. Herved gives gyldighed til de forklaringer og den forståelse, der er fremkommet i analysen på et mere alment plan (Dreyer, 2013).

Den forstyrrede tid

Gennem strukturanalysen belyses, hvordan tiden er fyldt med forstyrrelser, der fylder i tiden for patienterne. Når alarmerne lyder, tilsidesættes dét, der ellers er i tiden, og det er måske det, idehistorikeren Trond Berg Eriksen taler om, når han taler om, at tiden er blevet til en instrumentel tid, hvor der er en tendens til underkendelse og tab af rytmer, som er kendetegnet ved travlhed og effektivitet. Det er en tid, hvor der ikke er tid til at lade tingene tage den tid, som tingene tager, men i stedet bliver tiden delt op (Eriksen, 2000). Af beskrivelserne i empirien ses en tendens til, at tiden bliver delt op, hver gang en alarm lyder, og det er hermed i tråd med Eriksens beskrivelse af den

opdelte tid i den instrumentelle brug af tiden. Med udgangspunkt i Løgstrups tanker, beskriver filosofen Kari Martinsen, hvordan den instrumentelle brug af tiden kan udfordre muligheden for *opstanden imod tiden*, idet ”*Det kan være vanskeligt at stå op og gøre modstand og holde urets tid tilbage i det, vi i situationen er i gang med*” (Martinsen, 2012, side 132). I Martinsens tanker ses der en beskrivelse af den instrumentelle tid - en objektiv tid, hvor ”*Menneskets livsformer presses [...] ind i urværkets tidsskemaer og rytmer*” (Martinsen, 2012, side 132), altså en tid, der er styret af uret. Af beskrivelserne i empirien ses, at intensivafdelingen ikke er styret af uret, men derimod af alarmerne og det tekniske udstyr, og der ses den samme udfordring i forhold til at skabe et rum med uforstyrret tid til det, patienten og sygeplejersken er i gang med.

I empirien ses der, hvordan alarmer, larm og personalets færden ind og ud af rummet giver en oplevelse af en tid med uro. Oplevelsen af dette kan relateres til Samuelsons studie, hvor fund viser, at intensivrummet erindres som et sted med hektisk aktivitet fyldt med personale, der konstant talte og skyndte sig ind og ud af stuen, som kunne give en oplevelse af at være i en atmosfære af kaos (Samuelson, 2011).

Professor Regner Birkelund beskriver med udgangspunkt i fænomenologien, hvordan den stemning, der kommer af sanseindtryk fra vores omgivelser, kan have stor betydning for os som mennesker ”*såvel erkendelsesmæssigt og dannelsesmæssigt som sundhedsmæssigt*” (Birkelund, 2013, side 16). Sanseindtrykkene fra intensivrummet, der i empirien beskrives som et rum fyldt med medicinsk udstyr, lyde og aktivitet, kan ud fra Birkelunds beskrivelse have betydning og være med til at forklare den oplevelse af uro, patienterne beskriver. En uro, der kan bunde i en indre frygt for om alarmen, der hyler, eller personalets hektiske færden, skyldes en forværring i tilstanden.

Forskningsrapporten ”*Helende arkitektur*” (Frandsen et al., 2009) er et videnskabeligt litteraturstudie af de fysiske rammers betydning for patienters fysiske og psykiske heling. Den beskriver, hvordan uro i form af lyd har betydning for patienternes mentale og fysiske helingsproces, og personalets aktivitet og kommunikation samt teknisk udstyr bliver fremhævet som kilder til støj. Det er dokumenteret, at lyd generelt påvirker patienternes oplevelse og fremmer følelser af angst, bekymring og manglende kontrol (Frandsen et al., 2009). Ses denne forskning sammen med beskrivelserne i empirien, kan dette yderligere være med til at forklare, at uroen i rummet har betydning for patienternes oplevelse. Specielt oplevelsen, af at det er en trist tid med ”*maskiner, der larmer*”, kan forklares ud fra, hvordan uro i form af støj kan være med til at fremme oplevelsen af angst og bekymring.

Udover forstyrrelserne og uroen i rummet ses det i empirien, hvordan at patienterne også oplever at blive forstyrret af personalet. Dette er i tråd med fundene i Samuelsons studie, hvor deltagerne erindrer tiden på intensiv som en tid med hyppige forstyrrelser fra personalet (Samuelson, 2011). At rummet i empirien forbinder personalegangen med gangen på den modsatte side og derfor bliver brugt som gennemgangsrum, styrker oplevelsen af at blive forstyrret. Det ses i empirien, hvordan forstyrrelserne betyder, at patienterne har svært ved at finde hvile, hvilket er i tråd med Karlssons forskning, hvor deltagerne oplever at blive forstyrret af alarmer og personale på stuen, så de kun kan finde hvile i korte perioder (Karlsson et al., 2012a, Karlsson et al., 2012b).

I Martinsen arbejde med betydningen af rummet beskrives, at ”*Vinduer og dører gir utsyn, men også innsyn*” (Martinsen, 2015, side 211). Rummet i empirien har to døre, så der hele tiden kan komme nogen ind fra begge sider. Derudover er der et vindue ud til personalegangen, hvorigennem personalet observerer patienten. Endelige er der et stort vindue ind til nabostuen med gardiner, men der er en sprække forned, så der kan ses lys og bevægelser igennem. Det er altså et rum med meget indsyn, og patienterne kan derfor opleve det som et rum, hvor man ikke kan være sig selv, hvilket også kan være med til at forklare oplevelsen af ikke at kunne finde ro og hvile.

Vigtigheden af privathed beskrives også i forskningsrapporten ”*Helende arkitektur*”, hvor der netop peges på, hvor vigtigt det er, at patientrummet er indrettet, så patienten har mulighed for at være sig selv (Frandsen et al., 2009). Ved oplevelsen af privathed peges der blandt andet på betydningen af visuel afskærmning, der for eksempel viser sig i forskellen mellem, om rummet er afskærmet med faste vægge eller tekstiler, idet tekstiler giver en markant mindre oplevelse af privathed (Frandsen et al., 2009). Ses denne forskning sammen med beskrivelserne af rummet i empirien, hvor der er gennemgang og vinduer, der kun er afdækket med gardiner, giver rummet ikke mange muligheder for privathed.

I studiet af Meriläinen et al. (2010) viser fundene, at patienterne ofte bliver forstyrret af personalet, når de har fundet ro og endelig er faldet i søvn. Dette ses også i empirien, hvor patienterne bliver forstyrret af lyde fra alarmer og personale, der kommer ind til dem, og hvordan de derfor oplever ikke at kunne finde ro og hvile såvel om dagen som om natten. Netop lyde kan ifølge forskeren Ulrich Roger have betydning i forhold til søvnmangel og afbrudt søvn (Ulrich, 2006). Dette beskrives ligeledes af Frandsen et al. (2009), der peger på, at støj kan være en betydelig årsag til afbrydelse af patienternes søvn og nedsatte søvnkvalitet. Meget af denne forskning er lavet på intensivafdelinger, hvor lydmålinger viser, at lydniveauet er langt over det anbefalede, og forskningen viser, at det har negative fysiologiske konsekvenser for patienter, der er udsat for

vedholdende støj under indlæggelsen (Frandsen et al., 2009). Ses dette ud fra fundene i empirien, hvor patienterne oplever at blive forstyrret i deres søvn også om natten, kan det være med til at beskrive, hvor stor betydning det kan have for patienterne.

Martinsen beskriver at mennesket er indfældet i den naturlige rytme, der er i verden mellem hvile og aktivitet (Martinsen, 2015). I empirien tager forstyrrelserne patienterne ud af den naturlige rytme, der ifølge Martinsen er så grundlæggende for mennesket.

Den styrede tid

Gennem strukturanalysen belyses, hvordan tiden er fyldt med pleje og behandlingen, og hvordan den kan være styrende for tiden, ligesom det beskrives, hvordan bevidstheden om behovet for pleje og behandling fylder i tiden for patienterne.

Behandlinger, der bliver oplevet som ubehagelige, fylder og giver en oplevelse af, at tiden er lang. Oplevelsen af ubehagelige behandlinger beskrives ligeledes af Samuelson (2011), der beskriver, at patienterne erindrede tiden på intensiv som en tid med daglige ubehagelige procedurer og behandlinger. I empirien ses det, hvordan undersøgelser, der skulle laves i forbindelse med behandlingen, blev styrende for, hvordan tiden blev én lang venten. Dette er i tråd med studiet af Schou & Egerod (2008), hvor patienterne oplevede at vente uden at vide, hvor lang tid de skulle vente. Fundene i studiet viser dog mere en oplevelse af at vente på sygeplejerskerne, hvorimod fundene i empirien mere viser en oplevelse af at vente på undersøgelser, behandling og træning.

Martinsen, der er inspireret af Eriksens begreb om den instrumentelle tid, beskriver, hvordan den instrumentelle brug af tiden betyder, at: *”Aktiviteter og livsformer presses ind i den menneskeskabte dag, der er styret af den objektive tid. Menneskets livsformer presses således ind i urværkets tidsskemaer og rytmer”* (Martinsen, 2012, side 132), eller som det også beskrives: *”Tiden strækkes ud”* (Martinsen, 2012, side 134). I empirien ses elementer af disse tanker om den instrumentelle brug af tiden: For at kunne nå al den pleje, behandling og træning, der er brug for, må den presses ind i tiden, som *strækkes*, og derved tages af ”patienternes tid”. At tiden presses og strækkes, og fyldes med pleje og behandling i stedet for det, som har betydning for patienterne i øjeblikket, for eksempel besøg af pårørende, kan være med til at forklare patienternes oplevelse af, at tiden er lang.

I empirien ses det, at behandlingen og plejen kunne være styrende for rytmen i tiden, og hvordan dagsrytmen opleves helt *”rituel”*, da der hver dag sker mere eller mindre det samme i forhold til plejen og behandlingen. Dette kan ses i tråd med Martinsens beskrivelse af, at den tid, der

dominerer i sundhedsvæsenet, er ”den objektive målelige tid, urværkets tid” (Martinsen, 2012, side 131). Martinsen beskriver, hvordan der i denne brug af tiden er en tendens til at underkende det *levede livs rytmer*, og Martinsen argumenterer for, at det er udtryk for en bestemt slags magt: ”Generelt udtrykker den sociale magt sig gennem forvaltning, styring og fortolkning af vaner og skikke. Dette gælder også sygehusets sociale magt. Den synes i høj grad at forstyrre og nedbryde det levende livs rytmiske forløb og regelmæssigheder” (Martinsen, 2012, side 133-134). Denne styring betyder, at det for eksempel ligger fast, hvornår patienterne kommer op, spiser og sover, uden at der bliver taget hensyn til de rytmer, mennesket er indlejret i (Martinsen, 2012). Som det ses, kan Martinsens tanker være med til at forklare, hvorfor behandlingen og plejen er styrende for dagsrytmen i empirien, idet sygehuset er styret af nogle rammer, der betyder, at der er et fast tidsrum, hvor træning og undersøgelser kan finde sted.

Der beskrives i empirien, hvordan rummet er forbundet med pleje og behandling, der er styrende for tiden, og hvordan der er en lettelse ved at komme ud af dette rum. At rummet forbindes med pleje og behandling kan ses i lyset af filosofen Mogens Pahuus tanker om forskellige former for rum. Han beskriver *aktivitetsrummet*, der ”er relativt til de forskellige former for menneskelig aktivitet” (Pahuus, 2015, side 118) og har karakter af et arbejdsrum (Pahuus, 2015). Det ideelle *sygerum* skal være et funktionelt arbejdsrum, hvor det samtidigt er rart at være. Det indebærer, at ”det i sin bygningsmæssige udformning, sin placering i landskabet, sine lys-indfald og dermed med en væsentlig del af sin atmosfære dels opfordrer til og muliggør livsmod og livsglæde, dels muliggør, at patienterne føler en grad af hjemlighed” (Pahuus, 2015, side 140). At rummet i empirien ikke har nogen vinduer direkte ud, er fyldt med medicinsk udstyr og i høj grad er indrettet som et arbejdsrum, kan være med til at forklare lettelsen ved at komme ud af dette rum.

Der ses dog, at rummet kan have flere betydninger, idet trygheden ved at være på intensiv, som patienterne beskriver i empirien, kan relateres til rummets indretning med vindue ud til personalegangen, hvorfra personalet overvåger patienterne, idet personalets nærvær og tilgængelighed beskrives at have en betydning i forhold til oplevelsen af tryghed og sikkerhed (Frandsen et al., 2009).

Ligesom behandlingen fylder og kan være styrende for tiden i rummet, fylder behandlingen og plejen i patienternes bevidsthed. I studiet af Karlsson et al. (2012a) beskrives det, hvordan intensivpatienter er bevidste om, at de er helt afhængige af andre, og hvor smerteligt denne bevidsthed bliver oplevet. I forbindelse med denne afhængighed beskriver studiet af Lykkegaard & Delmar (2013), hvordan patienterne føler sig magtesløse, oplever skam og føler deres selvopfattelse

truet. Set ud fra disse studier kan bevidstheden om afhængigheden blive oplevet som smertefuld. Dette siges ikke direkte i empirien, men ses tydeligt i form af patienternes utryghed ved en vikar, så tiden bare skal klares. Denne oplevelse ses også i Karlssons studie, hvor der er en beskrivelse af, at skulle udholde en tid med personale, som de ikke var trygge ved (Karlsson et al., 2012a), og i Engströms studie, hvor fund viser, hvor vigtigt det er, at patienter oplever en tryghed ved personalet (Engström et al., 2013).

Den slumrende tid

Strukturanalysen belyser, hvordan patienterne glider ind og ud af tiden, og hvordan de oplever problemer med at holde styr på tiden.

I empirien beskrives, hvordan patienterne skifter mellem at være til stede i situationen og ikke at være det. Dette ses også i Meriläinens studie, hvor patienterne skiftede imellem at have lukkede øjne og at følge med i situationen, mens de var ved at blive plejet (Meriläinen et al., 2010) og i Johnsons studie, hvor patienterne fortæller, at de følte at de bevægede sig ind og ud af bevidstheden (Johnson et al., 2006).

I empirien beskrives det af patienterne som at sove en stor del af tiden og ellers bare sidde og *glo*. Det beskrives som en frygtelig oplevelse, der kædes sammen med oplevelsen af, at tiden er lang. Rummets indretning kan være med til at forklare denne oplevelse, idet der ikke er noget at kigge på udover en hvid væg og et vindue ud til en gang. Frandsen et al. (2009) fremhæver blandt andet betydningen af det synæstetiske i forhold til menneskets fysiske og psykiske velbefindende, og udsigten beskrives som et ”*betydningsfuldt frirum*” (Frandsen et al., 2009, side 183). I Ulrichs studie beskrives også, hvordan udsigten kan have indflydelse på den psykologiske tilstand (Ulrich, 1981, Ulrich, 2006). Ses disse tanker om udsigtens betydning i forhold til den udsigt, der beskrives i empirien, kan det være med til at forklare den frygtelige oplevelse af bare at sidde og *glo* ud fra tanken om, at der i rummet ikke er mulighed for at kigge direkte ud og dermed opleve et frirum.

Selv om det bliver oplevet som frygteligt bare at sidde og kigge, ses i der i empirien en oplevelse af at være for udmattet til andet. Denne oplevelse ses også i Johansson & Fjellman-Wiklunds studie, hvor patienterne beskriver en oplevelse af afmatning, der har betydning for, hvad de kan som for eksempel at komme op og sidde i sengen (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005). Den frygtelige oplevelse af ikke at kunne andet end at sidde og kigge kan belyses med Pahuus tanker om, at sygdom er en ”*eksistens hvor man ikke kan klare det, man plejer at klare og som henviser en til sygelejet, til at tilbringe sin tid i sengen*” (Pahuus, 2015, side 125). Det betyder, at oplevelsen af den

gængse tid og rummet bliver forandret, idet man er ”*prigivet – eller indskrænket til at være – sin krop og at man derved har mistet tiden (bliver bundet til det indholdsløse nu) og har mistet rummet (at rummet er blevet indskrænket til kroppen)*” (Pahuus, 2015, side 126). Det kan være med til at forklare oplevelsen i empirien af, hvor frygteligt det er ikke at være i stand til andet, da man ved sygdom er henvist til sin krop og dermed henvist til tiden i rummet.

I empirien beskriver patienterne, at der er fyldt op - at der ikke er overskud til mere end det, der sker i forvejen. Denne oplevelse kan forklares ud fra flere perspektiver blandt andet i forhold til patienternes kritiske tilstand, men det kan ligeledes ses som en reaktion på den hektiske aktivitet, forstyrrelserne og lydene, der er i intensivrummet. I Samuelsons studie er der fund, der peger på, at for eksempel lys, lyd og andre forstyrrelser fra omgivelserne har større betydning for patienternes oplevelse af stress end tidligere antaget (Samuelson, 2011). I forskningen beskrives der, at støj har dokumenterede fysiologiske konsekvenser for patienterne, og sammenhængen mellem støj og stress er anerkendt (Frandsen et al., 2009). Dette kan være med til at underbygge forklaring om, at patienterne i empirien er fyldt op, fordi de har fået sanseindtryk nok og er stressede.

Patienterne i empirien har en oplevelse af at falde hen i en anden bevidsthed, hvor de slet ikke er bevidste om tid og sted, og der er perioder, de slet ikke kan huske. Samme oplevelse beskrives i flere andre studier blandt andet Johnson et al. (2006), Karlsson et al. (2012a) og Engström et al. (2013). I empirien beskrives flere oplevelser af ikke at kunne holde styr på tiden for eksempel ikke at vide, hvilken dag det er, eller om det er morgen, middag eller aften. Dette ses i tråd med anden forskning, hvor der ses beskrivelser af, at patienterne oplever problemer med at holde styr på, om det var dag eller nat (Schou & Egerod, 2008, Karlsson et al., 2012a) eller helt mister fornemmelsen for tiden (Johansson & Fjellman-Wiklund, 2005). Problemerne, der ses i empirien med at holde styr på tiden, kan være styrket af, at rummet ikke har vinduer direkte ud, hvilket ifølge Frandsen et al. (2009) er vigtigt i forhold til at kunne orientere sig i tid og sted.

Empirien beskriver, hvordan patienterne bruger personalet til at orientere sig med, når de oplever problemer med at holde styr på tiden - de har simpelthen brug for at kunne orientere sig i tiden. Schou & Egerods studie, der beskriver, hvor stressende det er ikke at kunne holde styr på tiden (Schou & Egerod, 2008), kan være med til at forklare dette behov.

I empirien ses, hvordan patienterne har problemer med at forholde sig til almindelige tidsbegreber, som for eksempel at det er blevet ”hverdag”. Dette kan forklares med Pahuus tanker om, at tid og rum forandres, når man bliver syg og indskrænket til sin krop (Pahuus, 2015). Patienterne i

empirien er ud fra disse tanker i en anden tid, der er indskrænket til deres krop, hvor almindelige tidsbegreber ligger langt uden for.

Del 4

Diskussion af metode

Da specialets fund allerede er diskuteret, er det de anvendte metoder, der diskuteres her. Der er i diskussionen og vurderingen taget udgangspunkt i Lene Tanggaard og Svend Brinkmanns perspektiv på kvalitet i kvalitative studier, der omfatter kriterier som transparens, troværdighed og metodologisk refleksion (Brinkmann & Tanggaard, 2015).

Der er i specialet søgt at skabe en helhed mellem problemstilling, specialets videnskabsteoretiske overvejelser og analysemetode, for derved at sikre kohærens (Olsen 2003).

I det følgende diskuteres specialets dataindsamlings- og analysemetode.

Diskussion af dataindsamlingsmetode

Der er i specialet anvendt både observationer og interview. Disse metoder supplerer hinanden og har gjort det muligt at belyse flere aspekter af tidsperspektivet, end hvis der kun havde været anvendt enten observationer eller interview, idet metoderne hver for sig belyste aspekter, der kunne underbygges og udfoldes ved hjælp af den anden metode.

Deltagerobservationerne gav for eksempel mulighed for at se nogle aspekter i forhold til den slumrende tid, hvor det blev observeret at patienterne ofte lå med lukkede øjne eller stirrede tomt ud i luften. Interviewene gav mulighed for at stille uddybende spørgsmål til det observerede, og for eksempel finde ud af, om patienterne havde en oplevelse af at sove eller bare lå med lukkede øjne, ligesom interviewene viste, at der var noget af tiden, de ikke kunne erindre, og at der var en oplevelse af ikke at kunne orientere sig i tiden.

Desuden havde det en praktisk fordel at kombinere metoderne, da jeg i kraft af observationerne var til stede i klinikken og derfor var klar til at foretage interview, når patienterne var klar til det, og plejen og behandlingen tillod det.

I det følgende diskuteres metoderne enkeltvis og derefter deltagerne og konteksten.

Deltagerobservationer

Der kom ved observationer nogle aspekter frem, som kan virke umiddelbare og indlysende og derfor bliver overset af dem, der er i konteksten hver dag. Derfor ses det som en styrke, at jeg ikke

kendte konteksten i forvejen og dermed kunne indtræde i en *outsider* rolle, som beskrevet af Polit & Beck (2014), og derved har kunnet stille mig åben, som metoden fordrer. Jeg har dog, i kraft af min uddannelse som sygeplejerske, opereret inden for mit eget felt i en bred forstand og derfor også haft en form for *insider* rolle. Jeg har derfor under arbejdet været bevidst om dette, for at kunne opretholde objektiviteten og distance til det observerede.

Tidsrammen omkring feltarbejdet betød, at der ikke var tid til at observere hele spektret af tiden, som for eksempel om natten. Dette vurderes som en svaghed for specialet. Hammersley & Atkinson (2007) argumenterer dog for, at der må udvælges perioder at observere i ud fra en rimelig dækning. Dette vurderes gjort, idet der både er observeret om dagen og aftenen.

I arbejdet med feltobservationerne har det haft betydning, at der har været kort tid til denne del i forhold til, hvad metoden normalt kræver. Det har betydet, at der ikke har været den samme tid til penduleringen imellem de deskriptive, fokuserede og selektive observationer og interview. Det formodes, at der kunne være opnået en anden dybde i empirien, hvis der havde været mere tid til feltarbejdet.

Der blev kun foretaget fire observationer af tre forskellige personer, hvilket ikke er meget. Til gengæld var det nogle forholdsvis lange observationer, hvilket gjorde, at jeg i hovedparten af tiden kunne observere uden at blive bemærket, som Spradley (1980) beskriver, fordi jeg ved mit lange ophold blev en ”naturlig del af rummet”.

Interview

Som beskrevet i metodedelen var det ikke muligt at lave små uformelle interview under observationerne på grund af plejen og behandlingen. Interviewene kunne derfor først blive efter plejen, behandlingen og træningen, altså lige inden patienterne skulle hvile sig. Det betød, at patienterne var trætte, og det var hele tiden en etisk overvejelse og balance i forhold til, hvornår de blev for trætte til at blive interviewet - en balance som lod sig gøre i kraft af det tætte samarbejde med det kliniske personale. Interviewene blev i alle tre tilfælde afbrudt undervejs, da patienterne i løbet af interviewene blev for trætte. Derfor er alle tre interview forholdsvis korte, og det kan diskuteres, om de er lange nok til at indfange oplevelsen af tiden.

Problemerne med ikke at kunne foretage længere interview beskrives også i anden forskning, der er lavet med intensivpatienter. Karlsson et al. (2012a), der interviewede patienterne inden for den første uge efter udskrivelse fra intensiv, skriver, at interviewene blev korte som følge af patienternes

tilstand, mens Schou & Egerod (2008), der foretog interviewene 2-5 måneder efter udskrivelse, havde store problemer med, at patienterne ikke kunne erindre forløbet. Der kan altså argumenteres både og imod at interviewe patienterne, mens de er i konteksten, men det vurderes at give en mulighed for at interviewe dem, mens de er i oplevelsen og kan erindre den, hvilket der var en oplevelse af, at de kunne, imens jeg interviewede dem.

Det, at interviewene blev mere formelle, kan have influeret på interviewene, idet de blev mere opstillede og unaturlige, end hvis der blot var stillet nogle spørgsmål under observationerne. Det bevirkede, at interviewene i dette speciale blev lidt anderledes end de uformelle interview, Spradley (1980) beskriver.

I praksis blev interviewet startet med et indledende deskriptivt spørgsmål om, hvordan tiden opleves, men det viste sig, at patienterne ikke var i stand til at svare udfoldende, som det ses af svaret her: ”Patient: »Lang«” (I1). Derfor blev der i resten af interviewet benyttet mere simple og strukturerede spørgsmål, som var nemmere at overskue for patienterne, ligesom der blev anvendt lukkede spørgsmål. Denne problematik beskrives også af Karlsson et al. (2012b), der skriver, at det var nødvendigt at stille spørgsmål, som kunne besvares med et kort svar.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) er det en kompleks disciplin at foretage interview, og min manglende erfaring har dermed også betydning i forhold til at stille de ”rigtige” spørgsmål, der lukker op for et udfoldende svar. Det kan også være med til at forklare de ledende spørgsmål, som til tider er anvendt i interviewene for eksempel: ”Interviewer: »Der er meget uro her eller«. Patient: »Ja ja det er der godt nok«” (I1). Dette kan være et problem i forhold til svarets troværdighed, så for at skabe transparens er både spørgsmål og svar inkluderet i citaterne i analysen. Derved bringes interviewerens ind i samspillet mellem spørgsmål og svar, så læseren kan se svaret ud fra dette samspil (Brinkmann, 2014). De ledende spørgsmål blev dog også brugt for at sikre, at min fortolkning var korrekt, hvilket ifølge Kvale & Brinkmann (2009) kan være nødvendigt i kvalitative forskningsinterview for at kontrollere validiteten af svarene og interviewerens fortolkning.

Undervejs i interviewet gjorde jeg meget for at holde samtalen i gang, ved opmuntrende ord for eksempel ”Ja Ja”. Derved kom interviewet i sin form til at minde mere om en samtale mellem to mennesker, som beskrevet af Kvale & Brinkmann (2009).

De transskriberede interview kunne have været sendt tilbage til deltagerne for en gennemlæsning og godkendelse for herved at øge troværdigheden (Olsen, 2003, Brinkmann & Tanggaard, 2015). Det

blev ikke gjort her, hvilket kan ses som en svaghed for specialet, men det vurderedes, at det ville kræve store anstrengelser af denne sårbare gruppe patienter og blev derfor fravalgt af etiske årsager.

De nævnte svagheder ved interviewene skal ses i forhold til, hvad der er praktisk muligt og etisk forsvarligt i forhold til at interviewe denne sårbare gruppe af patienter, hvilket dog ikke gør deres perspektiv mindre vigtigt. Som professor Marit Kirkevold argumenterer for, er det vigtigt, at de skrøbelige patienter også bliver hørt, da de har ekstra brug for det, ud fra tanken om at de er i en særlig sårbar situation i forhold til deres helbred og eksistentielt, samtidig med at de ikke har kræfter til at håndtere det (Kirkevold, 2002).

Deltagere og kontekst

Der er arbejdet efter at situere deltagerne mest muligt ved at beskrive udvalgte data og konteksten for observationen og interviewene, hvilket vurderes som en styrke for specialet, idet det er med til at beskrive konteksten for oplevelsen mest muligt.

Der er i specialet foretaget observationer og interview af tre patienter, og det kan derfor begrænse specialets styrke i forhold til en generel forståelse af fænomenet (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Der ses dog ikke specifikke krav til antal af informanter i den kvalitative metodelitteratur (Olsen, 2003), og der argumenteres for, at kvalitative analyser kan være nyttige, selv hvis de bygger på en lille mængde data (Brinkmann, 2014).

Sammensætningen af deltagerne kan diskuteres, idet de alle var kvinder, der lå alene på stuerne i samme periode og på samme afdeling.

Det formodes, at mandlige patienter ville kunne bidrage med andre perspektiver, men der var desværre ingen mandlige patienter, der kunne indgå i perioden for dataindsamlingen. Deltagernes alder var forholdsvis spredt, ligesom det var forskelligt, hvor lang tid patienterne havde været indlagt på intensiv. Dette ses som en styrke i forhold til at få forskellige perspektiver frem, da det formodes, at patienternes alder og indlæggelsestid har betydning for oplevelsen af tiden.

At patienterne alle var alene på stuerne, formodes at have betydning, ikke mindst i forhold til oplevelsen af forstyrrelser og privathed i rummet. Det formodes ligeledes at have betydning, at de alle var indlagt i samme periode på samme afdeling på samme hospital. Det vil sige, at konteksten er den samme for alle patienterne, og det formodes, at der ville komme andre perspektiver frem, hvis der var observeret og interviewet på andre afdelinger og hospitaler.

Diskussion af analyse og fortolkning

I Dreyers analysemetode vises processerne frem i analysen i form af den naive læsning, strukturanalysen og den kritiske analyse og diskussion. Det er med til at skabe transparens i processen, hvilket ses som en styrke ved denne analysemetode (Olsen, 2003, Brinkmann & Tanggaard, 2015) som yderligere styrkes ved brug af mange citater. Herved gives mulighed for at vurdere sammenhængen imellem data og den forståelse, der er kommet frem (Olsen, 2003, Brinkmann & Tanggaard, 2015).

I analysen er der som beskrevet en dialektik imellem forklaring og forståelse. I fortolkningen ligger en forening af forståelse og forklaring, hvor den distancerende forklaring er med til at hjælpe til forståelsen ved at gøre teksten objektiv, i stedet for at teksten forbliver subjektiv (Dreyer & Pedersen, 2009). Gennem denne distancering har der kunne arbejdes med fortolkninger, og herved har der kunne skabes en indsigt, forståelse og forklaring for, hvordan tiden udfoldes i intensivrummet. Ved at bruge en Ricoeur inspireret analysemetode er fortolkningen gennem analysen gået fra en overflade- til en dybdefortolkning, som har bidraget til, at der kunne opnås en ny og dybere forståelse af, hvordan tidsperspektivet udfoldes i intensivrummet, hvilket kan bidrage med ny viden og handlemuligheder. Anvendelsen af den Ricoeur inspirerede analysemetode vurderes derfor at være en styrke for specialet.

Konklusion

Tiden i intensivrummet er en tid med forstyrrelser. Alarmerne bryder og deler tiden op og udfordrer muligheden for at skabe et rum med uforstyrret tid til det, patienten og personalet er i gang med.

Det er en tid med hektisk aktivitet og færden ind og ud af rummet, som er med til at give en oplevelse og stemning af uro. Det er en tid, hvor der opleves problemer med at finde rum til at finde ro og hvile, da der er meget indsyn i rummet og ikke mange muligheder for privathed

Det er en tid, hvor behandling og pleje fylder meget. Behandlingerne bliver styrende, og tiden bliver til en lang venten. For at kunne nå al den pleje, behandling og træning, der er brug, må den presses ind i tiden, som strækkes, og der tages af ”patienternes tid”. Behandlingen og plejen kan være styrende for rytmen i tiden, og tiden blev oplevet som rituel, da der hver dag skete mere eller mindre det samme i forhold til plejen.

Det er tid, hvor der er en oplevelse af bare at sidde og kigge, som opleves som frygteligt, men patienterne er for udmattede til at lave andet og er herved henvist til tiden i rummet. Patienterne har en oplevelse af at være fyldt op, som betyder, at der ikke er plads til mere end det, der i forvejen er i tiden.

Det er en tid, hvor patienterne glider ind og ud af tiden og oplever problemer med at holde styr på tiden. Patienterne har brug for at kunne orientere sig i tiden, men oplever problemer med det, da de er i en anden tid, der er indskrænket til deres krop, hvor almindelige tidsbegreber ligger langt uden for.

Perspektivering

Da specialet kan bidrage med en indsigt og en dybere forståelse for, hvordan tidsperspektivet udfoldes i intensivrummet, er det relevant at overveje nye handlemuligheder. Derfor omhandler dette afsnit en perspektivering af fundene til implikationer for den kliniske praksis.

Implikationer for praksis

Et fund i specialet er de mange forstyrrelser, der er i rummet. Nogle af forstyrrelser hænger sammen med det teknologiske udstyr, og andre er forbundet med den hektiske aktivitet og færden, der er i rummet. Et fund viser, at der er en tendens til, at rummet er et gennemgangsrum. Det er med til at styrke oplevelsen af forstyrrelser og betyder, at patienten kan have svært ved at finde ro i rummet. Der kunne derfor arbejdes med at skabe mindre gennemgang i rummet for derved at mindske forstyrrelserne i rummet, ligesom det formodes, at mindre gennemgang vil give en oplevelse af et mere personligt rum. Det personlige rum handler om den privathed, som en patient kan opleve - en privathed som skabes af vægge og oplevelsen af en form for kontrol over de nære fysiske forhold (Frandsen et al., 2009). For at skabe mere privathed kan der arbejdes med flere forskellige ting, for eksempel kunne vinduet ind til den anden stue skærmes helt af med en fast væg, der giver en markant større oplevelse af privathed (Frandsen et al., 2009).

Endvidere bliver rummet forbundet med pleje og behandling og bliver oplevet som et arbejdsrum. Som Pahuus beskriver det, er der brug for, at arbejdsrummet er mere end et arbejdsrum for de mennesker, der er i det. Der er brug for en atmosfære, der kan muliggøre livsmod og livsglæde (Pahuus, 2015). Det kan derfor overvejes, om indretningen af intensivrummet kan ændres, så der skabes en atmosfære af andet end et arbejdsrum.

Specialets fund viser endvidere, hvordan patienterne oplever, at de bare sidder og gløder, og ud fra denne tanke kunne der arbejdes med en form for adspredelse i rummet. Frandsen et al. (2009) beskriver, hvordan for eksempel det at kigge på andet end en hvid væg, kan være med til at give en form for adspredelse, og der kunne derfor arbejdes med dette. Det er dog vigtigt at have med i overvejelserne, at patienterne er udmattede, og det derfor skal være adspredelse, der ikke kræver noget af patienten. Ligesom at det skal være stimuli, som ikke fylder i patienten, da der ses en oplevelse af at være fyldt op i forvejen.

Et fund i specialet er endvidere, at patienterne glider ind og ud af tiden, og de derfor oplever problemer med at orientere sig i tiden og hvor vigtigt det bliver oplevet at kunne holde styr på tiden. Derfor findes det relevant at overveje tiltag, der kan hjælpe patienten med at kunne holde styr på tiden. Det kunne for eksempel være et mere tydeligt ur end det, der findes i rummet i dag. Eller der kunne arbejdes med døgnrytmeplaner, der viser et overblik over de aktiviteter, der kommer til at ske de kommende 24 timer. Døgnrytmeplanerne giver patienterne en oplevelse af at have kontrol over tiden (Matthiassen & Winther, 2013). Det er dog vigtigt i arbejdet med dette at inddrage patienten, så det ikke bliver endnu en ting, der fylder og er styrende for tiden.

Litteraturliste

- BIRKELUND, R. 2013. Det æstetiske indtryks betydning for sundhed, sygdom og velvære. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*, Nr. 18 (2013), 13-20 159.
- BJERRUM, M. 2005. *Fra problem til færdig opgave*, Kbh., Akademisk Forlag.
- BRINKMANN, S. 2014. *Det kvalitative interview*, Kbh., Hans Reitzel.
- BRINKMANN, S. & TANGGAARD, L. (eds.) 2015. *Kvalitative metoder : en grundbog*, Kbh.: Hans Reitzel.
- BUUS, N. 2008. Litteraturoeving i praksis. *Sygeplejersken nr 10 2008*.
- CARROLL, S. M. 2007. Silent, Slow Lifeworld: The Communication Experience of Nonvocal Ventilated Patients. *Qualitative Health Research*, 17, 1165-1177.
- DATATILSYNET. 2015a. *Krav til studerendes specialeopgaver mv.* [Online]. url: <http://www.datatilsynet.dk/erhverv/studerendes-specialeopgaver-mv/krav-til-studerendes-specialeopgaver-mv/> [Hentet 29/5-2015].
- DATATILSYNET. 2015b. *Studerendes specialeopgaver mv.* [Online]. url: <http://www.datatilsynet.dk/erhverv/studerendes-specialeopgaver-mv/> [Hentet 29/5-2015].
- DREYER, P. 2013. Fortællingen. In: GRAUBÆK, A.-M. (ed.) *Patientologi : at være patient*. 2. udgave ed. Kbh.: Gad.
- DREYER, P. S. & PEDERSEN, B. D. 2009. Distanciation in Ricoeur's theory of interpretation: narrations in a study of life experiences of living with chronic illness and home mechanical ventilation. *Nursing inquiry*, 16, 64.
- ELGAARD SØRENSEN, E. 2006. *Sygeplejefaglig ledelse : en empirisk undersøgelse af samspil mellem ledelse og faglighed i ledende sygeplejerskers praksis i dansk sygehusvæsen : ph.d.-afhandling*, Århus, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.
- ENGSTRÖM, Å., NYSTRÖM, N., SUNDELIN, G. & RATTRAY, J. 2013. People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative study. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 29, 88.
- ERIKSEN, T. B., F. 2000. *Tidens historie*, Kbh., Samlerens Bogklub.
- FORSBERG, C. & WENGSTRÖM, Y. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, Stockholm, Natur & Kultur.
- FRANSEN, A. K., RYHL, C., FOLMER, M. B., FICH, L. B., ØIEN, T. B., LYKKE SØRENSEN, N. & MULLINS, M. 2009. Helende arkitektur. *Institut for Arkitektur og Design skriftserie ; nr. 29*. [Aalborg Universitet, Arkitektur & Design.
- GUTTORMSON, J. L. 2014. "Releasing a lot of poisons from my mind": patients' delusional memories of intensive care. *Heart & lung : the journal of critical care*, 43, 427-431.
- HAMMERSLEY, M. & ATKINSON, P. 2007. *Ethnography : principles in practice*, London, Routledge.
- HEIN, L., STRØM, T., NIBROE, H., BUNDGAARD, H., HAAS, I. D., IVERSEN, S. & FONSMARK, L. 2011. *Sedationsstrategi -Målrettet behandling af gener forbundet med*

kritisk sygdom. [Online]. url: http://www.dasaim.dk/wp-content/uploads/2014/02/Sedationsstrategi_samlet.pdf [Hentet 26 02 2015].

- HOLM, A. 2013. At være vågen og oralt intuberet : en kvalitativ interviewundersøgelse af intensivpatientens respiratoroplevelse. *Kandidatspeciale ; nr. 261/2013*. Sektion for Sygepleje, Aarhus Universitet.
- JOHANSSON, L. & FJELLMAN-WIKLUND, A. 2005. Ventilated patients' experiences of body awareness at an intensive care unit. *Advances in Physiotherapy*, 7, 154-161.
- JOHNSON, P., ST JOHN, W. & MOYLE, W. 2006. Long - term mechanical ventilation in a critical care unit: existing in an uneveryday world. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 551-558.
- KARLSSON, V. 2012. Att vårdas vaken med respirator - patienters och närståendes upplevelser från en intensivvårdsavdelning. <http://hdl.handle.net/2077/27823>.
- KARLSSON, V., BERGBOM, I. & FORSBERG, A. 2012a. The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 28, 6.
- KARLSSON, V., LINDAHL, B. & BERGBOM, I. 2012b. Patients' statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: a prospective video - recorded study. *Nursing Inquiry*, 19, 247.
- KIRKEVOLD, M. 2002. Forebyggende og helsefremmende arbeid blant skrøpelige gamle : sentrale sykepleieoppgaver eller spill av tid? *Tidsskrift for sygeplejeforskning*, Årg. 18, nr. 2 (2002), 31-35.
- KRESS, J. P. 2012. Point: should all ICU patients receive continuous sedation? Yes. *Chest*, 142, 1090.
- KRESS, J. P. & HALL, J. B. 2012. The Changing Landscape of ICU Sedation. *The Journal of the American Medical Association*, 308, 2030.
- KRESS, J. P., POHLMAN, A. S., O'CONNOR, M. F. & HALL, J. B. 2000. Daily Interruption of Sedative Infusions in Critically Ill Patients Undergoing Mechanical Ventilation. *The New England Journal of Medicine*, 342, 1471.
- KVALE, S. & BRINKMANN, S. 2009. *Interview : introduktion til et håndværk*, Kbh., Hans Reitzel.
- LINDSETH, A. & NORBERG, A. 2004. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18, 145.
- LYKKEGAARD, K. & DELMAR, C. 2013. A threat to the understanding of oneself: Intensive care patients' experiences of dependency. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 8, 1-12.
- MARTINSEN, K. 2012. *Løgstrup & sygeplejen*, Aarhus, Klim.
- MARTINSEN, K. 2015. Utenfor tellekantene : essays om rom og rommelighet. In: KJÆR, T. A. & MARTINSEN, K. (eds.). Bergen: Fagbokforlaget.
- MATTHIASSEN, L. K. & WINTHER, M. D. 2013. DØGNRYTMEPLANER GIVER RO OG ENGAGEMENT. *Sygeplejersken nr 7 2013*.

- MERILÄINEN, M., KYNGÄS, H. & ALA-KOKKO, T. 2010. 24-Hour intensive care: An observational study of an environment and events. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26, 246-253.
- NORTHERN NURSES' FEDERATION 2003. Ethical Guidelines for Nursing Research in the Nordic Countries ; Ethiske retningslinier for sygeplejeforskning i Norden. Revideret udgave ed. Oslo: Sykepleiernes Samarbeid i Norden.
- OLSEN, H. 2003. Veje til kvalitativ kvalitet : om kvalitetssikring af kvalitativ interviewforskning. *Nordisk pedagogik*, Vol. 23, nr. 1 (2003), 1-20.
- PAHUUS, M. 2015. Utenfor tellekantene : essays om rom og rommelighet. In: KJÆR, T. A. & MARTINSEN, K. (eds.). Bergen: Fagbokforlaget.
- PEDERSEN, B. D. 2005. *Sygeplejepsis : sprog & erkendelse*, Århus, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.
- POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2014. *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice*, Philadelphia, Wolters Kluwer Health /Lippincott Williams & Wilkins.
- RICŒUR, P. (ed.) 1973. *Filosofiens kilder: Vintens*.
- RICŒUR, P. 1973a. From Existentialism to the Philosophy of Language. *Philosophy Today*, 17, 88.
- RICŒUR, P. 1973b. The Hermeneutical Function of Distanciation. *Philosophy Today*, 17, 129.
- RICŒUR, P. 1976. *Interpretation theory: discourse and the surplus of meaning*, Fort Worth, Tex., The Texas Christian Univ.- Press.
- RICŒUR, P., HERMANSEN, M. F. & RENDTORFF, J. D. (eds.) 2002. *En hermeneutisk brobygger*, Kbh.: Gyldendals Bogklubber.
- RINGDAL, M. 2010. Memories and health-related quality of life after intensive care: a follow-up study. *Crit Care Med*, 38, 38-44.
- SAMUELSON, K. 2011. Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients-Findings from 250 interviews. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, Hæfte Mar 1.
- SCHOU, L. & EGEROD, I. 2008. A qualitative study into the lived experience of post-CABG patients during mechanical ventilator weaning. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24, 171-179.
- SPRADLEY, J. P. 1980. *Participant observation*, Australia, Wadsworth, Thomson Learning.
- STORLI, S. L., LINDSETH, A. & ASPLUND, K. 2008. A journey in quest of meaning: a hermeneutic - phenomenological study on living with memories from intensive care. *Nursing in Critical Care*, 13, 86-96.
- STRØM, T. 2012. Sedation in the ICU : less is more. *Danish medical journal online*, Vol. 59, nr. 5 (2012).
- STRØM, T., MARTINUSSEN, T. & TOFT, P. 2010a. A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *The Lancet*, 375, 475.
- STRØM, T., MARTINUSSEN, T. & TOFT, P. 2010b. Sedation versus no sedation in the intensive-care unit – Authors' reply. *The Lancet*, 375, 1160-1160.

- STRØM, T. & TOFT, P. 2014. Sedation and analgesia in mechanical ventilation. *Seminars in respiratory and critical care medicine*, 35, 441.
- THISTED, J., F. 2013. *Forskningsmetode i praksis : projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*, Kbh., Munksgaard Danmark.
- TOFT, P., OLSEN, H., JØRGENSEN, H., STRØM, T., NIBRO, H., OXLUND, J., WIAN, K.-A., YTREBØ, L., KROKEN, B. & CHEW, M. 2014. Non-sedation versus sedation with a daily wake-up trial in critically ill patients receiving mechanical ventilation (NONSEDA Trial): study protocol for a randomised controlled trial.
- ULRICH, R. S. 1981. Natural Versus Urban Scenes : Some Psychophysiological Effects. *Environment and Behavior*, 13, 523-556.
- ULRICH, R. S. 2006. Essay: Evidence-based health-care architecture. *The Lancet*, 368, S38.
- ZAHAVI, D. 2013. *Fænomenologi*, Frederiksberg, Samfundslitteratur.
- ZETTERLUND, P., PLOS, K., BERGBOM, I. & RINGDAL, M. 2012. Memories from intensive care unit persist for several years--a longitudinal prospective multi-centre study. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 28, 159.
- AARHUS UNIVERSITETSHOSPITAL, O., NØRREBROGADE. url: <http://www.auh.dk/om-auh/afdelinger/anesthesiologisk-afdeling/afsnit-under-anesthesiologisk-afdeling/ovita/> [Hentet 25/3 2015].

Bilag 1 - Observationsguide

Overordnet beskrivelse af konteksten

Strukturelle spørgsmål til hvad patienten laver:

Pleje?

Sove?

Vågen?

Døser, blunder?

Kigger?

Orienterer sig?

Kigger ud af vinduet?

Ser drømmende ud?

Ser forvirret ud?

Lytter til musik?

Bliver der talt om tiden?

Andre aktiviteter?

Strukturelle spørgsmål til hvad sygeplejersken laver på stuen:

Instrumentel pleje?

Grundlæggende pleje?

Kommunikere med patienten?

Bliver der talt om tiden?

Strukturelle spørgsmål til tiden flyder:

Kan det ses om det er dag eller nat?

Kan det ses hvilken dag det er (hverdag, weekend, ferie)?

Er der forskel i tiden (morgen, middag, eftermiddag osv.)?

Kan der ses dagslys?

Er der noget der kan orienteres efter?

Beskrivelse af rummet i forhold til at kunne orientere sig

Strukturelle spørgsmål til tiden alene:

Er patienterne meget alene?

Har sygeplejerskerne kontakt med patienten når de er på stuen?

Er der pårørende?

Strukturelle spørgsmål til oplevelsen af at miste kontrollen over tiden:

Orienterer sygeplejersken om tid, f.eks. hvor lang tid ting kommer til at tage?

Orienterer sygeplejersker om hvornår hun kommer igen?

Siger sygeplejersken jeg kommer om lidt/snart?

Indflydelse på egen tid?

Hvile eller oppe, ”aktiviteter” musik, fjernsyn mm. ?

Strukturelle spørgsmål til oplevelsen af hvad der sker i rummet:

Er der mange forstyrrelser?

Hvilke forstyrrelser er der?

Medpatienter?

Medpatienternes pårørende?
Hvad sker der i rummet?
Hvad er der i rummet?
Er der underlige lyde?

Bilag 2 - Interviewguide

Indledende spørgsmål

Hvordan oplever du tiden her?

Opfølgende spørgsmål

Hvordan går tiden her?

Hvordan kan du holde styr på tiden mens du ligger her?

Hvordan kan du holde styr på dagene her?

Hvad bruger du din tid til her?

Individuelle spørgsmål med afsæt i observationer

Jeg har set...

Bilag 3 - Deltagerinformation

I forbindelse med mit afsluttende kandidatspeciale ved Sektion for sygepleje på Aarhus Universitet, er jeg i gang med en undersøgelse, der handler om hvordan tiden går, når man er indlagt på intensiv.

Undersøgelsen består af observation og små korte interview.

Interviewet vil blive optaget på diktafon og efterfølgende udskrevet som tekst, som efter analyse og bearbejdning vil indgå i mit kandidatspeciale. Både bånd og tekst vil blive behandlet anonymt og slettet efterfølgende.

Det er helt frivilligt om du vil deltage, og du kan altid trække dit samtykke tilbage, uden at det har indflydelse på din pleje eller behandling.

Med venlig hilsen

Sine D. Pedersen

Email: sine.dyrlund.pedersen@post.au.dk

Tlf: 40160691

Bilag 4 - Samtykkeerklæring

Forskningsprojektets titel: Tidsperspektivets udfoldelse i intensivrummet

Erklæring fra personen der deltager i projektet:

- Jeg har fået skriftlig og mundtlig information vedrørende projektet
- Jeg ved, **at det er frivilligt** at deltage, og **at jeg altid kan trække mit samtykke tilbage** uden at miste mine nuværende eller fremtidige rettigheder til behandling
- Jeg har fået en kopi af dette samtykke ark samt en kopi af den skriftlige information om projektet til eget brug
- Jeg giver samtykke til at deltage i forskningsprojektet

Deltagerens navn: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Jeg erklærer, at deltageren efter min bedste overbevisning har modtaget tilstrækkelig skriftlig og mundtlig information om projektet til at kunne deltage i undersøgelsen.

Navn: Sine Dyrlund Pedersen

Dato: _____ Underskrift: _____

Bilag 5 – Eksempel på struktur analyse

Meningsenheder (Hvad siges der)	Betydningsenheder (Hvad der tales om)	Tema
<p><i>Kl.8.40 Personalet vasker patienten, og fortæller patienten hvordan hun vasker. Patienten ligger med lukkede øjne. Der er en skrattende lyd fra masken. Alarm. Personalet slukker alarmen. Personalet starter med at smøre patienten og fortæller imens, hvordan hun gør det. Alarm. Personalet slukker alarmen. Personalet: "Nu vasker jeg dig lige videre". Patienten ligger og kigger lige ud i luften.</i></p> <p><i>Kl.8.50 Alarm. Alarmen bliver slukket.</i></p> <p><i>Kl.9.00 Personalet vasker videre, og fortæller meget grundigt om, hvordan hun vasker. Alarm. Alarm bliver slukket igen.</i></p> <p><i>Kl.9.00 Døren bliver åbnet og lukket igen. Alarm fra scoop. Personalet retter udstyr til</i></p>	<p>Der beskrives her, hvordan at der er mange forstyrrelser i tiden, i form af alle de alarmer, der er i tiden. Forstyrrelser der bryder tiden.</p>	<p>Den forstyrrede tid</p>