



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Patienters upplevelser av svårigheter under sin tid i intensivvård

En kvalitativ intervjustudie

Patients' experiences of difficulties during their time in intensive care

A qualitative interview study

Författare: Caroline Kröger & Josefina Welin

Handledare: Pia Lundqvist

Magisteruppsats

Våren 2022

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Abstract

Bakgrund: Patienter inom intensivvård upplever många svårigheter och utmaningar under sin vårdtid. Törst, smärta, mardrömmar och hallucinationer liksom förlust av autonomi och ångest är tidigare beskrivet. Vidare har det framkommit att stressfulla minnen från intensivvård ökar risken för att patienter skall utveckla posttraumatiskt stressyndrom efter utskrivning från intensivvårdsavdelning.

Syfte: Beskriva vad patienter upplevde som svårt under sin tid i intensivvård.

Metod: Individuella semistrukturerade kvalitativa intervjuer genomfördes med åtta deltagare som vårdats inom intensivvård under 2021. En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats inspirerad av Burnard (1991) tillämpades vid analysen.

Resultat: Resultatet sammanfattades i två kategorier med vardera tre underkategorier. Kategorin "Ett existentiellt hot" innefattade hur patienter upplevde att de plötsligt blev begränsade relaterat till att de t.ex. inte kunde röra sig normalt på grund av den medicintekniska utrustningen och att deras hjälplöshet skapade ett beroende av vårdpersonal. Patienterna upplevde att de förlorade kontrollen när de t.ex. inte var delaktiga i sin vård. Även kroppsliga förändringar som viktnedgång upplevdes svårt att hantera. Kategorin "En annorlunda verklighet" beskriver hur patienter upplevde att de tappade verklighetsuppfattningen och därmed tid och rum, drömde obehagliga drömmar som skrämde dem samt att vårdmiljön var främmande och svår att ta in.

Konklusion och implikation: Patienter upplever många svårigheter inom intensivvården. Resultatet i denna studie stämmer väl överens med tidigare forskning trots den omvårdnadsutveckling som skett och sker. För att underlätta för patienter att hanteras dessa svåra upplevelser krävs en medvetenhet hos intensivvårdssjuksköterskans, det är centralt för att kunna arbeta personcentrerat.

Nyckelord

Intensivvård, Patienters upplevelser, Kvalitativ metod, Svårigheter

Innehållsförteckning

Problemområde.....	3
Bakgrund	4
Perspektiv och utgångspunkter.....	4
Teoretisk ram	5
En högteknologisk miljö	5
Kommunikation.....	6
Upplevelse av törst	7
Påverkan på sömn.....	7
Smärta och obehag	8
Känslomässiga svårigheter under intensivvård	9
Känna ångest.....	9
Maktlöshet och beroende	9
Begränsad autonomi	10
Syfte.....	11
Metod.....	11
Förförståelse	11
Urval.....	12
Instrument.....	12
Datainsamling.....	13
Analys av data	14
Forskningsetiska avvägningar	15
Resultat	17
ETT EXISTENTIELLT HOT	17
ATT VARA BEGRÄNSAD OCH BEROENDE	17
ATT FÖRLORA KONTROLLEN	18
EN KROPPSLIG FÖRÄNDRING	19
EN ANNORLUNDA VERKLIGHET	20
TAPPAD VERKLIGHETSUPPFATTNING	20

OBEHAGLIGA DRÖMMAR	20
EN FRÄMMANDE VÅRDMILJÖ	21
Diskussion	22
Metoddiskussion.....	22
Trovärdighet.....	22
Pålitlighet	23
Bekräftelsebarhet	24
Överförbarhet.....	25
Resultatdiskussion.....	25
Skillnader och likheter i patienters upplevda svårigheter inom intensivvården	25
Human-to-human relationship och PCV.....	27
Konklusion och implikationer	29
Referenser.....	30
Bilaga 1 (7).....	36
Bilaga 2 (7).....	37
Godkännande av verksamhetschef.....	38
Bilaga 3 (7).....	31
Bilaga 4 (7).....	32
Bilaga 5 (7).....	33
Bilaga 6 (7).....	34
Bilaga 7 (7).....	36

Problemområde

En inläggning på en intensivvårdsavdelning (IVA) är ofta oplanerad och traumatisk (Lykkegaard & Delmar, 2013). Patienternas upplevelse av sin vårdtid på IVA varierar från att de inte minns något alls till extremt stressfulla minnen. De starkaste minnena som patienter beskrev var smärta, att känna törst, svårigheter att kommunicera, att vara begränsad av endotrakealtuben och en obekväm känsla av att vara intuberad (Samuelson et al., 2007a). Samuelson et al. (2007b) beskriver att extremt stressfulla minnen från intensivvårdstiden ökar risken att patienter efter utskrivning utvecklar posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Inläggning på en intensivvårdsavdelning innebär också att plötsligt bli beroende av personal och medicinsk teknik för att överleva. Detta beroende är förenat med en känsla av skam och maktlöshet. Samtidigt uttrycker patienter en lättnad när det finns tillit till den man var beroende av (Lykkegaard & Delmar, 2013). För att patienters vilja och självständighet skall tas tillvara krävs ett partnerskap mellan patient och sjuksköterska i enlighet med kärnkompetenserna för intensivvårdssjuksköterskan (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Vidare krävs en medvetenhet angående patienters upplevelser och stressorer för att bedriva vården på ett personcentrerat plan.

Det finns mycket forskning om att intensivvård är förenat med många stressorer för patienterna. Patienternas upplevelse av intensivvården förändras i takt med den medicinsktekniska- och omvårdnadsutvecklingen och behöver ständigt undersökas. De senaste åren har personalen på intensivvårdsavdelningar varit under extrem belastning på grund av den rådande pandemin (Gerdin, 2021) vilket kan ha påverkat patienters upplevelse. Genom att undersöka hur patienternas upplevelser var under denna period kan ny kunskap framkomma som kan ge förutsättningar att utveckla intensivvården och därmed kunna underlätta för framtida patienter. Denna studie kan också bidra till ökad förståelse och kunskap hos intensivvårdssjuksköterskan för vad patienter upplever som svårt under tiden i intensivvården.

Bakgrund

Under 2020 hade intensivvårdsavdelningarna i landet, enligt Svenska intensivvårdsregistret (2021) sammanlagt 44 000 vårdtillfällen, detta jämfört med 2019 då det var något högre vårdtillfällen (45 500). Alla planerade ingrepp ställdes in på grund av covid-19 pandemin vilket kan ha påverkat antal inläggningar under 2020. Dock ökade den totala vårdtiden från 121 310 dygn (2019) till 155 671 dygn (2020). Medianvårdtiden var för en intensivvårdspatient år 2019 1.1 dygn men ökade 2020 till 6.1 dygn för Covid-patienterna (Svenska intensivvårdsregistret, 2021).

Perspektiv och utgångspunkter

Personcentrerad vård (PCV) sätter patienten i centrum och denna studie kommer att ha sin utgångspunkt i specialistsjuksköterskans kärnkompetenser (Svensk Sjuksköterskeförening & Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2020) med fokus på personcentrerad vård. De sex olika kärnkompetenserna är Personcentrerad vård, Evidensbaserad vård, Samverkan i team, Förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, Säker vård och Informatik. Enligt Svensk sjuksköterskeförening, Svenska läkaresällskapet och Dietisternas riksförbund (2019) är det lätt för vårdpersonal att låta sin profession och erfarenhet ta över. Patienten blir förminskad till en diagnos, ett sjukt organ eller ett symptom. Det gör att patientens självständighet och förmåga att ta beslut då inte får relevant inflytande. Løgstrup (1994) menar att vi som människor i relation till varandra ständigt lever i maktförhållanden. Det finns ett krav att ta vara på det som du har makt över och att aldrig ta ifrån någon dess självständighet. Detta beskriver Knud Løgstrup (1905-1981) med begreppet "Interdependence" som innebär att när någon är involverad i en annans liv finns det alltid en maktrelation mellan de involverade (Løgstrup, 1961 refererad i Rabjerg, 2017). Ekman och Norberg beskriver personcentrerad vård som att människan ska ses som fri där det föreligger ett ömsesidigt beroende mellan patient och vårdgivare. Dessutom betonas vikten av ett partnerskap med patienten och dess anhöriga för att arbeta mot ett gemensamt mål. En annan viktig komponent för att arbeta personcentrerat är att personen, inte diagnosen står i centrum (Ekman & Norberg, 2013). För att arbeta mer personcentrerat och ingå i ett partnerskap behöver patienternas upplevelser av svårigheter studeras och synliggöras.

Teoretisk ram

Joyce Travelbees (1971) teori "Human to human relationship" kommer att ligga som teoretisk grund för denna studie. Denna teori beskriver vårdrelationen som en mellanmänsklig kontakt mellan sjuksköterska och patient, och att den tillsammans med kommunikation är grundläggande för omvårdnadsprocessen. I denna teori gör Travelbee skillnad på relationen mellan sjuksköterska och patient och relationen mellan människa och människa. I den förstnämnda relationen strävar alltid sjuksköterskan att tillgodose patientens behov, men denna relation kan inte uppnås om inte sjuksköterskan ser patienten som en människa. För att en vårdrelation skall uppnås, enligt Travelbee (1971), måste både sjuksköterskan och patienten se varandra som individer.

Travelbees teori om hur en vårdrelation uppnås beskrivs i fem faser. Dessa benämns som första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati och ömsesidig förståelse och kontakt. Den första fasen, *första mötet*, innefattar mötet mellan den sjuka patienten och sjuksköterskan då de ser varandra i sina stereotypa roller. Den andra fasen, *framväxt av identiteter*, innebär att en första relation börjar då de ser varandra som individuella individer. Nästa steg, *den empatiska fasen*, är en process som innefattar att dela den andra personens erfarenheter och förstärks när det finns liknande erfarenheter och en önskan att förstå den andra personen. Den fjärde fasen, *den sympatiska fasen*, innebär att sjuksköterskan har en önskan att lindra orsaken till patientens sjukdom eller lidande. Den sista fasen, *ömsesidig förståelse och kontakt*, innebär att sjuksköterskan och patienten når en människa till människa relation där den sjuke känner både tillit och tro till sjuksköterskan (Travelbee, 1971).

En högteknologisk miljö

En viktig del i intensivvårdssjuksköterskans arbete är att kunna arbeta i en högteknologisk vårdmiljö med fokus på personcentrerad vård (Svensk sjuksköterskeförening & Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2020). Patienter som är helt beroende av medicinteknisk apparatur på en intensivvårdsavdelning känner sig inte sedda (Almerud et al, 2007; Lykkegaard & Delmar, 2015). Enligt Almerud et al. är det en utmaning att arbeta personcentrerat på en högteknologisk avdelning då patienter upplever att de blir en enhet tillsammans med den teknik som används. Det beskrivs hur patienter som är beroende av teknologin upplever en form av lidande på

grund av att de måste överlämna sig själv till rutiner och teknik (Almerud et al., 2007). Locsin och Kongsuwan (2013) menar att vara beroende av en mängd medicinteknisk utrustning inklusive en livsuppehållande respirator skapar en osäkerhet hos många och tvivel över sin egen kropp. Samuelson et al. (2007a) beskriver att patienterna hade minnen av att känna sig begränsade av endotrakealtuben och alla slangar, vilket rapporterades som extremt besvärligt. Lykkegaard och Delmar (2015) fann i sin studie att patienter som är beroende av maskiner upplever att deras kropp och person blir separerade. De blir inte sedda som en person som ligger i sjukhussängen utan som en kropp som vårdpersonalen arbetar med, vilket accepteras av patienter då det innebär överlevnad. Almerud et al. menar att patienter litar på tekniken om personalen gör det. Särskilt i början av en kritisk sjukdom upplever patienten inget intresse av tekniken utan litar på behovet av tekniken. Författarna betonar också att patienter inte har kunskap om det tekniska vilket gör att de följer instruktionerna från personalen. Det beskrivs samtidigt hur patienterna skäms om ett larm startas från en maskin. Hos människor finns det en vilja att göra den med makt nöjd (Almerud et al., 2007). Detta poängterar även Løgstrup (1994) som menar att vi som människor gärna vill ställa oss i ledet och inte ställa till det, just för att göra den med makt nöjd.

Kommunikation

Patienter som blir inlagda på en intensivvårdsavdelning blir det till följd av svikt i vitala organ på grund av kritisk sjukdom. Det kan också bero på behov av respiratoriskt stöd i form av intubation och respiratorbehandling (Castegren, 2020). Möjligheten för kommunikation är något som försämras eller totalt uteblir hos många patienter som vårdas inom intensivvården. Patienter som inte längre kan uttrycka sina behov och önskemål upplever att det leder till en förlust av autonomi (Locsin & Kongsuwan, 2013). Möjligheten att inte kunna kommunicera har ett samband med att känna sig hjälplös (Kjeldsen et al., 2017; Lykkegaard & Delmar, 2013). Besvär med att inte kunna kommunicera beskrivs även i Samuelson et al. (2007a) där patienters stressfulla erfarenheter undersökts. Samuelson (2009) beskriver även att 88% av de som mindes endotrakealtuben beskrev att inte kunna kommunicera var en av de mest stressfulla och ihåggkomna upplevelser. Lindberg et al. (2015) visade att ju bättre patientens kommunikation var, från enkel mimik till direkt tal, desto bättre lyssnade vårdpersonal på dem och de upplevde att de kunde vara medbestämmande i sin vård. Kommunikation

är en avgörande del i att ta och känna kontroll över sin situation och vårdpersonal har en stor roll i detta. Viljan att kommunicera och att tro på patienterna påverkade känslan av kontroll hos patienter (Hylén et al., 2020).

Upplevelse av törst

Patienter som genomgår ventilatorbehandling upplever törst som besvärande under sin vårdtid på IVA (Kjeldsen et al., 2017; Puntillo et al., 2010; Samuelson et al., 2007a). Endotrakealtub och djup sedering leder till en minskad salivproduktion. Detta ökar risken för infektioner och medför en obehaglig känsla för patienten, vilket ställer krav på personalen att utföra munvård och fukta munnen och slemhinnor (Greal, 2019). Kjeldsen et al. (2017) beskriver hur patienter upplevde en obehaglig och torr sandkänsla i munnen. Svårigheter att hantera törst gör att det blir lätt att tappa grepp om tid och rum då längtan efter att släcka törsten blir central. Detta beskrivs också i Puntillo et al. (2010) där patienter inom intensivvården rankade törst som det mest intensiva symtomet, mer intensivt än sorg och konfusion. Landström et al. (2009) fann i sin studie att hälften av intensivvårdssjuksköterskorna som deltog trodde att patienter som var sederade inte kände törst eller upplevde det som ett problem.

Påverkan på sömn

Sömn anses vara en viktig biologisk funktion för att upprätthålla fysiologiskt och känslomässigt välbefinnande. Sömn är nära relaterat till hälsa och återhämtning av sjukdom (Elliott & Aitken, 2019). Hajiabadi et al. (2018) beskriver i sin studie att buller, svår smärta, jobbiga tankar och känslor av kraftigt obehag är de faktorer som gör det omöjligt att få en bra sömn, vilket i sin tur leder till känsla av svaghet, förvirring, energilöshet och slöhet/letargi under behandlingen. Detta beskrivs också i en studie av Miranda-Ackerman et al. (2020) där det framkommer att både miljömässiga och biologiska faktorer påverkar sömnkvaliteten negativt. Majoriteten av patienterna upplevde en störd sömn och den miljöfaktor som hade störst negativ effekt på sömnen var ljud, både från vårdpersonal, telefoner som ringde samt övervakning och infusionspumpar som larmade. Belysningen på IVA var en annan störande miljöfaktor, då den påverkar utsöndringen av melatonin och förändrar patientens cykel för

dygnsrytm. Den mest förekommande biologiska faktorn som deltagarna upplevde påverkade sömnen negativt var ångest, följt av smärta. Elliott och Aitken (2019) beskriver att intensivvårdspatienter har sämre sömnkvalitet då de har färre perioder med djupsömn och REM-sömn. Carrera-Hernández et al. (2018) framhäver även i sin studie att smärta påverkar sömnen negativt. Det är viktigt att optimera smärtlindringen för att förbättra patientens komfort och välbefinnande samt främja god sömn (Elliott & McKinley, 2014). Enligt Samuelson et al. (2007a) besvärades patienter som hade längre vårdtid än mediantiden samt var mer sederade, i större mån av jobbiga mardrömmar. Dock var det inte många av de tillfrågade som kom ihåg mardrömmar men de som gjorde det beskrev det som extremt besvärande.

Smärta och obehag

På intensivvårdsavdelningen genomgår patienter ofta flera olika ingrepp och behandlingar som skapar smärta och obehag. Det framkommer hur smärta upplevs som en följeslagare genom IVA-tiden och skapar mycket lidande för patienterna. Respiratorn är en stor orsak till smärtupplevelsen, detta på grund av själva tuben och de sår tuben ger i mun och hals. Dessutom var sugning i endotrakealtuben ett av de mest smärtsamma momenten på IVA (Hajiabadi et al., 2018). Enligt Karlsson et al. (2011) var sugning av sekret något som gjorde det enklare att andas men gav samtidigt panikkänslor, särskilt om personalen var hårdhänta och sög för långt ner i halsen. Smärtan som endotrakealtuben gav belyses även i en studie av Samuelson (2009) där 88% av deltagarna som mindes tuben upplevde att det allmänna obehaget från tuben som en av de mest stressande och ihågkommande upplevelserna. Smärtan från tuben blev långvarig och i samma studie upplevde patienterna halsont och heshet flera veckor efter att de hade blivit av med tuben.

Smärta kan tolkas som olika känslor, inte bara kroppsliga och mentala utan även när det gäller sociala interaktioner. Vid smärta skapas ett behov av att ha kontroll, vilket många gånger var svårt att uppnå då det inte gavs tillräckligt med smärtlindring. Smärtan påverkar ens medvetande och skapar en känsla av panik och kaos (Hysten et al., 2020). Adekvat smärtkontroll är viktig för att kunna främja andra funktioner, så som mobilisering och sömn (Connelly et al., 2020). Att känna kontroll över smärtan och därmed ha kontroll över situationen upplevdes som en ständig kamp för patienterna.

Välplanerad vård, sätt att hantera smärtan och god kommunikation hjälper patienterna att känna kontroll (Hysten et al., 2020).

Känslomässiga svårigheter under intensivvård

Känna ångest

McKinley et al. (2002) beskriver hur patienter inom intensivvården upplever att ovisshet skapade osäkerhet, rädsla och ångest. Andra upplevelser som ledde till ökad ångest var när patienters behov inte förutsågs och när de upplevde vården som icke personcentrerad. Brist på vila och sömn ökade sårbarheten för att känna ångest medan närstående och familj bidrog till lugn och minskad ångest. Patienter i samma studie uppgav även att brist på information, kommunikationssvårigheter och oro för att dö, var orsaker som var starkt förknippade med ångest. Puntillo et al. (2010) fann att patienter som var mekaniskt ventilerade upplevde ångest i större utsträckning än de som inte var det. I en studie av Karlsson et al. (2011) upplevde patienterna det som svårt att andas genom tuben och att de hela tiden behövde tänka på att andas, detta medförde svårigheter att slappna av och sova. Det beskrevs också att känslan av att bli kvävd skapade panik och rädsla för att dö.

Maktlöshet och beroende

Maktlöshet uppstår i samband med kritisk sjukdom som leder till behov av vård, samt på grund av de kroppsliga förändringarna och den minskade möjligheten att kunna kommunicera (Lykkegaard & Delmar, 2013). Enligt Stryhn pågår det ständigt maktskillnader mellan patient och sjuksköterska. Detta leder till ett beroendeförhållande där sjuksköterskan har makten i sina händer och patienten kan uppleva en viss maktlöshet. Förhållandet kan också användas av sjuksköterskan för att skapa en gemenskap som bygger på respekt och omtanke för patienten. När gemenskap har uppnåtts handlar det inte längre om makt eftersom gemenskap är ett ömsesidigt beroendeförhållande (Stryhn, 2007). Løgstrup (1994) menar att "ha den andres liv i sina händer" innebär en relation med ett tydligt maktövertag som till en början är naturlig. Det är ett svävande tillstånd som kan få den ena eller andra utgången. Han uttrycker å andra sidan hur onaturligt det är att den ena människan på ett alldeles omedelbart sätt har

makt över den andra människan. Løgstrup menar också att det uppstår ett krav hos den som personen är beroende av, att ta tillvara på det som lagts i dennes händer. Dock innebär inte detta att ta ifrån någon dennes egna ansvar och självständighet.

Intensivvården innebär att patienten sätter sitt liv i vårdgivarens händer och blir då beroende av både vårdpersonal och medicinsk teknik (Almerud et al., 2007). Att vara beroende av någon annan och inte längre klara av det man kunde tidigare är förknippat med skam och maktlöshet (Lykkegaard & Delmar, 2013). Lykkegaard och Delmar (2015) beskriver att det påtvingade beroendet och förlusten av kontroll är två betydande stressorer för patienterna. En del patienter upplevde att hjälplösheten och brist på kontroll var mer hotfullt än hotet och rädslan att dö.

Patienter som kunde hantera sin beroendeställning rapporterade en ökad känsla av säkerhet och förtroende, oavsett sjukdomstillstånd och den tillit-situation de befann sig i (McKinley et al., 2002). I en annan studie av Lykkegaard och Delmar (2015) framkommer det att när relationen mellan patient och sjuksköterska upplevs som bra är det lättare att vara beroende då det skapar en känsla av säkerhet och gemenskap.

Løgstrup (1994) menar att visa tillit är ett grundläggande fenomen i vår tillvaro och att visa tillit innebär att utlämna sig själv. Lindberg et al. (2015) beskriver att personalens attityd är avgörande och att en god attityd leder till att patienten känner sig bekräftad och som någon unik. Att finna en acceptans i att vara i en beroendeställning tycker en del patienter var räddningen och nödvändigt för att orka med (Tingsvik et al., 2018). I en studie av Lindberg et al. (2015) framkommer å andra sidan hur en del patienter tyckte att beroendeskapet var skönt till en början, när de var som sjukast. De kände tacksamhet över att kunna sätta sin makt i någon annans händer och låta vårdpersonal ta över. Enligt Lykkegaards och Delmar (2013) förändras upplevelsen av att vara beroende över tid men uppfattningen var olika hos personerna i studien. Orsaken till detta kan bero på personens varierande ålder och inläggningsorsak (Lykkegaard & Delmar, 2013).

Begränsad autonomi

Enligt den finländske filosofen Juhani Pietarinen (1994, refererad i Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008) har autonomi tre dimensioner (handlingens, tankens och viljans autonomi). Handlingens autonomi innebär en möjlighet att genomföra det personen vill och har bestämt sig för. Detta förutsätter dock fysisk, psykisk och social förmåga samt

en del kunskap och färdigheter. Det kan finnas både yttre och inre hinder för autonomin som till exempel fysiska sjukdomar då det inte finns ork att ta emot information och därefter fatta beslut. Ett annat hinder kan vara att kunna fatta ett beslut men inte ha förmågan att utföra handlingen. Enligt en studie av Lykkegard och Delmar (2013) påverkades patienters självbild av ett beroendeskäp. Det pågår hela tiden en kamp att bli fri från detta beroende samt att åter bli självständig. Lindberg et al. (2015) menar att partnerskapet mellan patient och sjuksköterska ofta börjar med att sjuksköterskan bekräftar patientens behov av beroende och att relationen sedan övergår i att patienten blir en partner i vården. Utövandet av autonomi varierade under vårdtiden och resultatet visar att patienterna ibland hade begränsat med intresse av att utöva autonomi. Almerud et al. (2007) kommer fram till att patienterna i början av sin vårdtid, när de är som akut sjukast inte bryr sig om att vare sig behålla eller återfå sin autonomi.

Syfte

Syftet var att beskriva vad patienter upplevde som svårt under sin tid i intensivvård.

Metod

För att svara på syftet användes en kvalitativ metod med induktiv ansats inspirerad av Burnard (1991). Den kvalitativa metodens syfte är, enligt Polit och Beck (2022), att få en djupare och rikare förståelse av upplevelser, vilket är föremål för denna studie. Med induktiv ansats menas att analysen sker med utgångspunkt i de upplevelser som framkommit i intervjuerna (Priebe & Landström, 2012).

Förförståelse

Enligt Priebe och Landström (2012) innebär förförståelse det som människor har med sig sedan tidigare, upplevelser, erfarenheter och värderingar. Det vill säga att innan en studie påbörjas finns det redan en del kunskap om det som skall studeras. Båda författarna har jobbat som sjuksköterskor och har träffat patienter som nyligen vistats på

en intensivvårdsavdelning. Den ena författaren har jobbat inom medicinsk akutsjukvård och den andra har jobbat inom kirurgisk vård. Båda har därigenom haft kontakt med intensivvården på olika sätt. Under studietiden har författarna haft sin verksamhetsförlagda utbildning på IVA och har då vårdat patienter liknande de som ingår i denna studie. Det har funnits en förförståelse om att intensivvårdspatienter har det svårt under sin vårdtid. Detta uttalades mellan studieförfattarna och har beaktats genom fortlöpande diskussioner under hela arbetsprocessen för att säkerställa att analysresultatet baseras från data och inte författarnas förförståelse. Författarna gick flertalet gånger även tillbaka till transkriptionerna tillsammans för att säkerställa att det var data från intervjuerna som låg till grund för analysen och resultatet.

Urval

För att få deltagare som hade erfarenhet av fenomenet användes ett strategiskt urval. Inklusionskriteriet var patienter som hade vårdats på en intensivvårdsavdelning oavsett orsak till vård och som hade besökt uppföljningsmottagningen vid ett sjukhus i södra Sverige. Exklusionskriterierna var patienter med kognitiv svikt samt patienter yngre än 18 år. Totalt inkluderades nio deltagare i studien varav åtta deltog i intervjuerna. Ett bortfall skedde på grund av att deltagaren fick förhinder och deltog därför inte i intervjun.

Deltagarna hade en varierad vårdtid på intensivvårdsavdelningen, mellan 3 - 42 dagar. Åldern på informanterna varierade mellan 41-78 år. Av de åtta deltagarna var två kvinnor och sex män. Samtliga deltagare var inneliggande någon gång under perioden januari till juli 2021. Sju av åtta deltagare var inneliggande på grund av COVID-19 och hade varit intuberade, medan en varit inneliggande med annan diagnos som inte krävt intubering.

Instrument

För datainsamling valdes semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. Denna metod används då det finns ett antal olika ämnen som behöver kartläggas i intervjun (Polit & Beck, 2022). Intervjun inleddes med en öppen fråga "Hur upplevde du din tid på IVA?",

därefter ställdes frågor för fördjupad förståelse och för att förtydliga. En intervjuguide (Bilaga 1) användes som stöd för att säkerställa att alla områden som önskades belysas under intervjun fokuserades på. Frågorna ställdes i olika ordning utifrån om deltagaren pratade om de eller inte vilket den semistrukturerade intervjun ger möjlighet till (Polit Beck, 2022).

Datainsamling

Sjuksköterskor på uppföljningsmottagningen i Lund var behjälpliga och agerade som mellanhand för att hitta deltagare till studien. De tog kontakt med patienter och frågade om de ville vara med i en intervjustudie som skulle ske i mars 2022. Det var nio personer som tackade ja och de tillfrågades då av mellanhanden om tillstånd att få lämna ut kontaktuppgifter till studieförfattarna. De nio intresserade erhöll ett informationsbrev, samtyckesblankett och ett frankerat kuvert av studieförfattarna. Av de åtta deltagare som kunde delta, skickade tre samtyckesblanketten i retur, medan fem av deltagarna lämnade den i samband med intervjun.

Först genomfördes en pilotintervju där båda studieförfattarna deltog, detta för att testa intervjuteknik och utrustning. Pilotintervjun granskades sedan av handledaren innan resterande intervjuer hölls. Korrigeringar av intervjuteknik gjordes som till exempel att inte ställa ledande frågor samt att ha mer fokus på syftet i kommande intervjuer. Då pilotintervjun delvis svarade på studiens syfte inkluderades den.

Studieförfattarna genomförde därefter resterande intervjuer enskilt och jämnt fördelade mellan sig. Intervjudeltagarna fick själv bestämma tid och plats för intervjun samt om de önskade genomföra den digitalt, på till exempel Lu-Zoom. Fem deltagare valde att genomföra intervjun i sitt hem. Resterande valde ett café, konferensrum på sin arbetsplats och ett rum på universitetet. Intervjuerna bandades med mobiltelefon som var i flygplansläge och lades sedan över på USB. Därefter raderades rådatan från mobiltelefonerna. Sju av intervjuerna genomfördes individuellt med deltagarna och vid en var en anhörig med efter önskemål från deltagaren själv. Intervjuerna varade mellan 22 och 64 minuter.

Analys av data

För att kvalitativt analysera materialet används innehållsanalys enligt Burnards (1991) 14-stegsmall som inspiration (Bilaga 7). Av de 14 stegen genomfördes i denna studie 11 steg helt. Steg 6 och 9 genomfördes ej medans steg 11 delvis genomfördes.

Materialet transkriberades ordagrant av studieförfattarna. Därefter lästes transkriptionerna igenom av båda författarna var för sig och teman identifierades och markerades i marginalen av de utskrivna intervjuerna. Den övergripande helheten diskuterades sedan av författarna tills en samstämmighet nåddes. En öppen kodning gjordes därefter där meningsenheter markerades och kodades. Då det framkom många positiva upplevelser sorterades dessa bort eftersom de inte svarade på syftet. Därefter togs dubletter och snarlika koder bort. Detta dokumenterades ner i ett kodningsschema, där även meningsenheter kondenserades för att underlätta kodningen av meningsenheterna (Tabell 2).

Tabell 2 Utdrag ur kodningsschema

Meningsenhet	Kondenserad Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Nä jag fick inte ihopa det alls. 7 dygn? Jag blinkade till liksom, sen var det här	Fick ej ihopa det. Blinkade till sen var det här.	Tappa grepp om tid	Tappade verklighetsuppfattning	En annorlunda verklighet
..jag tittar mig lite runt och känner mig väldigt tung i kroppen ju..	Känner mig väldigt tung i kroppen	Känsla av tyngd i kroppen	En kroppslig förändring	Ett existentiellt hot

Men så sa jag det att jag är ju jättetörstig. Jag kommer ihåg att jag var så törsig så att jag.. Ja.. skulle kunna.. Ja allt.. Ställ eller öppna en kran ovanför mig.	Jag är jättetörstig. Ställ eller öppna en kran ovanför mig.	Känna sig törstig	En kroppslig förändring	Ett existentiellt hot
---	---	-------------------	-------------------------	-----------------------

Samtliga koder skrevs därefter ner och klipptes ut för att lättare få en överblick, och genom aktiva diskussioner skapades underkategorier. Dessa grupperades sedan in i bredare kategorier. Meningsenheterna och transkriptionerna lästes åter igenom för att kontrollera att kategorierna täckte in materialet. Till en början skapades tre kategorier med vardera tre underkategorier. Ytterligare diskussioner med handledare fördes och därefter grupperades kategorierna om. Det resulterade i två kategorier med vardera tre tillhörande underkategorier. Vid flertalet tillfällen gick studieförfattarna tillbaka till transkriptionerna för att se att kodningen stämde i sitt sammanhang. Under analysarbetet arbetade författarna aktivt tillsammans och diskuterade till samstämmighet uppnåddes och därefter sammanställdes resultatet. När analysen var färdigställd lät författarna texten vila för att sedan gå tillbaka och bearbeta den igen. Kollegial granskning har skett av två kolleger vid ett seminarium och analysen och resultatet bedömdes som rimligt.

Forskningsetiska avvägningar

Helsingforsdeklarationen framhäver att det är en plikt av den som bedriver medicinsk forskning att skydda deltagarnas värdighet, självbestämmanderätt och konfidentialitet. Vidare beskriver deklarationen att enligt informationskravet inom forskning, som berör människor, skall deltagare erhålla skriftlig och muntlig information om studien (The World Medical Association, 2018). I denna studie fick deltagarna ett skriftligt informationsbrev hemskickat till sig och informationen upprepades sedan muntligt innan intervjun genomfördes. Informationen beskrev att deltagandet i studien var frivilligt och

att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst utan att ange något skäl (Bilaga 2). Vidare var inte deltagarna i någon beroendeställning då det hade gått mellan 8 och 14 månader sedan de vårdades på IVA. Enligt samtyckeskravet inom forskning skall ett skriftligt informerat samtycke inhämtas (WMA, 2018), vilket gjordes innan intervjuerna påbörjades. Deltagarnas uppgifter hanteras konfidentiellt och ingen information kan spåras till en särskild deltagare då resultatet presenteras på gruppnivå. Enligt nyttjandekravet skall nyttan överväga riskerna i en studie (WMA, 2018). Risken med studien var att jobbiga minnen väcktes hos deltagarna, dock minskades denna genom att de kunde avbryta sitt deltagande vilket de hade fått information om skriftligt och muntligt innan intervjun. Risken minskade även då det var ett tag sedan de varit inlagda och börjat återhämta sig. Nyttan anses överväga riskerna då deltagarnas upplevelser kan gagna framtida patienter genom kunskap som kan förmedlas till vården. Ryan et al. (2009) menar att intervjuer kan vara ett forum där deltagare kan prata om smärtsamma upplevelser för en intresserad lyssnare och behöver därför inte vara plågsam.

Ljudfilerna förvaras skilt från kodlistan, inlåst och enbart ansvariga författare har tillgång till materialet. När uppsatsen är godkänd kommer de bandade intervjuerna och transkriptionerna att raderas.

Innan intervjuerna genomfördes erhöles ett rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN 10-22) och ansvarig verksamhetschef godkände studien (Bilaga 2). Arbetet räknas som kvalitetssäkringsarbete efter verksamhetschef godkännande (Bilaga 2), dock erhöles även skriftligt medgivande från deltagarna innan intervju hölls.

Resultat

Syftet var att beskriva vad patienter upplevde som svårt under sin tid i intensivvård och analysen resulterade i två kategorier och sex underkategorier vilket presenteras i Tabell 3.

Tabell 3. Kategorier och dess underkategorier

Ett existentiellt hot	En annorlunda verklighet
Att vara begränsad och beroende	Tappad verklighetsuppfattning
Att förlora kontrollen	Obehagliga drömmar
En kroppslig förändring	En främmande vårdmiljö

ETT EXISTENTIELLT HOT

Kategorin beskriver hur deltagarna upplevde ett existentiellt hot under sin tid i intensivvården. Detta innefattade att plötsligt vara begränsad och beroende, att förlora kontrollen samt uppleva kroppsliga förändringar.

ATT VARA BEGRÄNSAD OCH BEROENDE

Deltagarna kände sig hjälplösa och utsatta då de var så fysiskt svaga att de inte kunde röra sig själv utan var beroende av hjälp från vårdpersonalen. De uttryckte en känsla av att vara begränsade att röra sig på grund av uppkopplingar till medicinsk teknik. Vissa beskrev till exempel att de inte kunde röra huvudet som de ville, på grund av att de hade en endotrakealtub som var fixerad.

Deltagarna beskrev en frustration när de inte fick bestämma själva. Några beskrev hur de inte fick ligga hur de ville i sängen utan var tvungna att ligga på sidan medan andra beskrev att de blev tillsagda att de inte fick dricka inför intubering och efter extubering, samt att de var beroende av att personalen kom och fuktade munnen.

“...du skrev under min dödsdom precis liksom för att jag inte får lov att dricka...”

Intervju 2

Det framkom att deltagarna upplevde att den totala hjälplösheten skapade ett beroende av personalen. De upplevde det som fruktansvärt ansträngande att hela tiden vara i beroende av andra för att klara av saker och ta sig igenom dagen. Deltagare beskrev hur de till exempel i samband med skötsel av personlig hygien kände sig behandlade som ett litet objekt.

“...ja just de här me att man bara är en grönsak som ska vändas på emellanåt...”

Intervju 3

En begränsning som deltagarna upplevde var att de inte fick besök av anhöriga vilket de upplevde som svårt. Det uppkom en känsla av tomhet och övergivenhet hos dem.

ATT FÖRLORA KONTROLLEN

Deltagarna upplevde att de inte hade kontroll över sin situation då de vaknade efter att ha varit sövda. Några beskrev att de inte fick grepp om var de var någonstans eller hur omgivningen såg ut. Det fanns en oro över vad som hänt med familjen samt vad som har hänt med dem själva under tiden de varit intuberade.

“...jag somnade med en syrgasmask och en infart i handleden till att jag vaknade upp fullt uppkopplad. Vad som hände där under tiden jag sov...”

Intervju 2

Upplevelsen av information var viktig men beskrevs olika. Några deltagare beskrev en informationsbrist och att de, när de försökte få mer information, kände sig nonchalerade och inte hörda. Andra upplevde det som att de endast fick en del av informationen vilket beskrevs som frustrerande och gjorde att de upplevde en förlust av kontroll. Bristen på information gjorde att de inte kände sig delaktiga i det som hände dem. Det beskrevs som att inte ha någon talan utan att det hela tiden var någon annan som hade kontroll och bestämde åt dem.

Deltagarna upplevde en oro för framtiden när de insåg situationens allvar vilket blev tydligt för dem ju mer medvetna de blev. De kände att de lämnade sitt liv i någon annans händer och att någon annan nu hade kontroll över framtiden och deras liv. Bristen på kontroll var en källa till oro.

“...jag vill gärna ha kontroll över situationen o det kan du inte ha på IVA... Du måste låta andra ha kontrollen...”

Intervju 3

Deltagare beskrev intubationstillfället som en stor förlust av kontroll. Detta gav dödsångest och intubationen kunde upplevas som fruktansvärd. Det fanns en stor oro och rädsla över att inte vakna igen.

EN KROPPSLIG FÖRÄNDRING

Det var svårt att inte känna igen sin kropp första gången de såg den efter att ha varit sövda och vårdats i respirator. Vissa beskrev viktnedgången som svår att förstå och andra kände inte igen sig själv för att de till exempel hade blivit av med sitt skägg i samband med intubationen.

“Jag kan tänka det som ett lejon.. tar man manen ifrån den liksom ... “

Intervju 2

De beskrev också en fysisk svaghet, både i samband med mobilisering men även när de enbart skulle röra på händer och fötter. Deltagare upplevde det som att vara fångad i sin kropp samt att vara paralyserad. De beskrev svårigheter med att kommunicera då de var svaga i rösten. Det var även svårt att göra sig förstådd på annat sätt, som till exempel att skriva på grund av svaghet.

Deltagarna uttryckte en tung och onormal känsla i kroppen som de inte kände igen. Det beskrevs även en smärta i musklerna som gjorde det svårt att röra på sig, samt i lungorna vilket gjorde det svårt att andas. En del deltagare beskrev en smärta i halsen och andra fick sår i munnen efter endotrakealtuben.

Känslan av en nästan onormal törst upplevdes som svår för deltagarna. Vissa beskrev det som frustrerande och andra som en nästan panikartad upplevelse.

“...man var fruktansvärd törstig... Torr i munnen hela tiden nästan, under perioder i alla fall.. och det var ju fruktansvärt ibland...”

Intervju 8

Även svårigheter med sömnen framkom. Deltagarna beskrev att de inte kunde sova på flera nätter trots att de kände sig trötta. Det framkom också en hjärntrötthet som de kopplade till de intensiva drömmarna de upplevde. Några deltagare upplevde en oförklarlig ledsamhet efter att ha varit intuberade.

EN ANNORLUNDA VERKLIGHET

Kategorin beskriver hur deltagarna upplevde en annorlunda verklighet under sin tid i intensivvård. Detta innefattar att tappa verklighetsuppfattning, drömma obehagliga drömmar samt vara i en främmande vårdmiljö.

TAPPAD VERKLIGHETSUPPFATTNING

Att inte veta vad som hade skett eller vad som pågick var svårt för deltagarna. De var totalt förvirrade efter att ha varit sövda och fick inte ihop vare sig tid eller rum. De hade svårt att reda ut vilken tid på dygnet eller vilken veckodag det var.

Deltagare beskrev hur hallucinationer gjorde att deras verklighetsuppfattning blev förändrad och de hade svårt att skilja på om saker faktiskt hade hänt eller inte.

Hallucinationerna kunde ha en verklighetsförankring som gav ångest. Några deltagare beskrev hur de mindes saker de hade sagt till personer, men plötsligt blev osäkra på om de hade träffat dessa personer på riktigt eller om det var en hallucination.

“Ja.. så jag visste inte vilket som va.. va detta nu .. ska det va såhär.. e det en hallis eller va e de...”

Intervju 6

Deltagare beskrev hur de efter att ha vaknat upp inte mindes mer än sin närmaste familj. Allt annat var borta vilket upplevdes som väldigt ansträngande och obehagligt. Att vistas på IVA gav en märklig känsla där deltagarna upplevde att de var utanför sig själv och inte riktigt var med i det som hände.

OBEHAGLIGA DRÖMMAR

Deltagarna i studien beskrev att mardrömmar var en central svårighet och otäck upplevelse under tiden på IVA. Drömmarna var närvarande både när de var sederade och

osederade och en del beskrev dem som väldigt oroliga och konstiga medan andra beskrev drömmarna som väldigt svarta och mörka. De förstod inte hur de kunde drömma så mörka drömmar och många drömmar innehöll även mycket ångest. Deltagare beskrev hur de kunde vakna mitt i natten och vara helt kallsvettiga på grund av de otäcka drömmarna. Flera deltagare beskrev hur en känsla av törst var väldigt central i drömmarna, vilket skapade frustration. De obehagliga drömmarna påverkade personerna så pass mycket att de kände att de for illa av dem.

“... det var ju en del kring dom här.. mardrömmarna... som va.. frustrerande // mycket död och mycket sånt skit.”

Intervju 8

EN FRÄMMANDE VÅRDMILJÖ

Vårdmiljön upplevdes som obehaglig. Några beskrev en känsla av chock över vad de såg när de vaknade ur respiratorn och undrade vad alla olika slangar och apparater var till för. För andra var det obehagligt att se andra, svårt sjuka människor på IVA. De beskrev hur de höll för ögon och öron för att slippa se medpatienter i samband med förflyttning ut ur salen.

“Jag kommer bara ihåg att jag kan inte se det. Människor.. de låg.. om de levde eller inte det vet jag ju inte. Men att jag blundade och höll för öronen...”

Intervju 2

Inte bara den fysiska miljön upplevdes som oangenäm utan deltagare beskriver även hur de kunde höra dispyter mellan personalen som uppfattades som turbulent och jobbigt att lyssna på.

Diskussion

Metoddiskussion

För kvalitativa studier används oftast begreppet *Trovärdighet* (Trustworthiness) för att säkra studiens metodologiska kvalitet. Det innebär att författarna skapar en övertygelse om att skapad kunskap är rimlig och att resultatet är giltigt. Trovärdighet kan ses som ett paraplybegrepp till nedanstående fyra begrepp där trovärdighet även ingår som eget begrepp (Wallengren & Henricson, 2012).

Trovärdighet

Trovärdighet (Credibility) kan relateras till kontext och hur deltagarna blivit utvalda, men även till hur analysen genomförts (Granheim & Lundman, 2004). Författarna använde ett strategiskt urval för att få deltagare som svarade an på studiens syfte (Polit & Beck, 2022). Samtliga deltagare hade upplevt det fenomen som stod i fokus och bidrog till resultatet, vilket enligt Henricson och Billhult (2012) kan ses som att urvalsmetoden varit korrekt. Åtta av nio inkluderade deltagare deltog i studien. Urvalet bestod av patienter som varit intuberade/inte intuberade, hade olika inläggningsorsaker och varierad vårdtid. Henricson och Billhult (2012) menar att det är av större betydelse att inkludera få personer med en varierad erfarenhetsbeskrivning jämfört med ett större antal med inte lika varierade erfarenheter. Av de som deltog var två kvinnor och sex män och deltagarna var mellan 41 och 78 år gamla. Den spridda åldern hos deltagarna, liksom att både män och kvinnor deltog, kan ses som en styrka då det ger en variation i beskrivningarna (Henricson & Billhult, 2012). Urvalets storlek kan ses som litet men deltagarna i studien gav rika berättelser avseende fenomenet som undersöktes. Enligt Malterud et al. (2016) behövs ett mindre urval när fenomenet som studeras är snävt vilket det var i föreliggande studie.

Individuella intervjuer genomfördes och deltagarna fick själv bestämma plats för intervjun. Polit och Beck menar att det är positivt att låta deltagarna bestämma platsen för intervjuerna och att det är att föredra att intervjun hålls i deltagarens egen miljö även om andra alternativ går bra. Dock är det viktigt att platsen har minimalt med distraktion (Polit & Beck, 2021). Tre deltagare valde att bli intervjuade på ett café, konferensrum på

sin arbetsplats eller ett rum på universitetet. Då detta är offentliga platser kan det ha begränsat deltagarens berättelse och därmed påverkat resultatet. Vid en intervju var en anhörig närvarande enligt deltagarens önskan, vilket också kan ha påverkat deltagarens berättelse kring upplevelserna av intensivvårdstiden.

Ett sätt att öka tillförlitligheten är att flera personer deltar i analysprocessen vilket varit fallet i föreliggande studie. Studien är granskad och diskuterad vid ett seminarium där forskare med erfarenhet av kvalitativ metod deltog.

Pålitlighet

Pålitlighet (Dependability) är ett begrepp som innebär att författarna redogör för sin erfarenhet och hur detta kan ha påverkat datainsamlingen samt redogör för sin förförståelse (Wallengren & Henricson, 2012). Författarna har strävat efter att inte låta förförståelsen styra arbetsprocessen. Båda författarna hade en förförståelse att det var svårt att vårdas på IVA och för att minimera risken att förförståelsen påverkat analysen har diskussioner förts under analysfasen. Polit och Beck (2021) säger att förförståelsens påverkan på analysen och resultatet kan minimeras genom ovanstående åtgärder men kan aldrig helt uteslutas då den inte alltid är fullt uttalad eller tydlig för författarna. I resultatet används citat för att visa att tolkningen kommer från respondenternas berättelser vilket stärker pålitligheten. För att öka pålitligheten behövs vidare en tydlig beskrivning av datainsamlingen det vill säga vem som höll i intervjuerna, transkriberade dem och en beskrivning av den tekniska utrustningen som har använts (Wallengren & Henricson, 2012). I föreliggande studie är datainsamlingen beskriven så tydligt som möjligt för att ge läsaren förutsättningar att följa den.

Polit och Beck (2021) menar att en fråga som ska ställas gällande pålitlighet är om resultatet hade varit liknande om undersökningen genomfördes igen med samma deltagare. Detta var inte möjligt men då resultatet i föreliggande studie överensstämmer med liknande studiers resultat (Maartmann-Moe et al., 2021; Sanson et al., 2021) stärker detta pålitligheten. Henricson (2012) menar att pålitligheten ökar när en utomstående granskar analys och resultat. Detta gjordes genom att handledare samt kollegor gett feedback under arbetets gång.

Bekräftelsebarhet

Bekräftelsebarhet (Confirmability) innebär att data presenteras utifrån den information som deltagarna har gett och att författarna är så neutrala som möjligt och inte “färgar data” (Wallengren & Henricson, 2012). Detta har säkrats genom att författarna vid flertalet tillfällen gått tillbaka till transkriptionerna. I denna studie utgår resultatet från patienters egna erfarenheter och har redovisats med bland annat citat för att stärka bekräftelsebarheten. Enligt Wallengren och Henricson (2012) kan bekräftelsebarheten förstärkas om författarna har låtit någon annan granska utskrifter, analys och resultatbeskrivning. Studiens analys och resultat har diskuterats tillsammans med tre andra personer på ett seminarium där författarna fick positiv feedback på analysen och resultatet.

En svaghet i studien är att författarna inte har vetskap om hur många som blivit tillfrågade alternativt avstått från att delta eller hur urvalet gjorts. Detta kan innebära ett bortfall av grupper med andra upplevelser än de som framkommit i resultatet och det kan i sin tur påverka överförbarheten av resultatet (Billhult & Gunnarsson, 2012). En ytterligare svaghet i studien kan vara att författarna under intervjun hade fokus på tre områden; sömn, smärta och relationen med vårdpersonalen. Det kan ha påverkat resultatet men samtidigt berättade deltagarna spontant om dessa tre ämnen utan att direkta frågor ställdes kring sömn, smärta och vårdrelation under intervjun.

Författarna har tagit inspiration av Burnards (1991) 14-steps mall gällande analysarbetet. 11 av 14 steg genomfördes helt och ett steg genomfördes delvis. Steg 6 (*två kollegor skapar egna kategori-system utan att ha sett författarnas, därefter diskuteras de och eventuella ändringar görs*) och 9 (*varje kodad sektion klipps ut från transkriptionerna och förs ihop*) exkluderades. Dessa punkter genomfördes ej på grund av den smala tidsramen för studien. Punkt 11 (*utvalda respondenter tittar igenom kategorisystemet för att kontrollera lämpligheten av kategorisystemet*) genomfördes delvis. Det är en avvägning om respondenter skall göra detta då det inte är säkert att de i sin berättelse ser det analysen ger. Dock ökade bekräftelsebarheten genom att kategorisystemet diskuterades på ett seminarium tillsammans med två kollegor där författarna fick positiv feedback.

Överförbarhet

Överförbarhet (Transferability) är ett begrepp som innebär i vilken utsträckning resultatet är överförbart till annan kontext eller andra grupper och för att göra detta krävs en tydlig beskrivning av resultatet (Granheim & Lundman, 2004; Wallengren & Henricson, 2012). För att överförbarheten skall säkras behöver begreppen trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet vara bedömda. Denna studie är troligtvis svår att överföra till andra kontexter, såsom en vårdavdelning, där det inte bedrivs intensivvård. Dock kan resultatet vara överförbart till vårdavdelningar som bedriver specialiserad intensivvård, såsom Thoraxintensivvårdsavdelning (THIVA) eller Neurointensivvårdsavdelning (NIVA) med hänsyn tagen till att det finns avdelningsspecifika riktlinjer som kan påverka omvårdnaden.

Resultatdiskussion

I resultatet framgår att deltagarna upplevde IVA-tiden som svår med många utmaningar på vägen. Hallucinationer och drömmar påverkade dem och tid och rum försvann, vilket gjorde tillvaron svår att förstå. Detta presenteras i kategorin *En annorlunda verklighet*. Deltagare upplevde även hur de plötsligt förlorade sin självbestämmanderätt och kontroll, samt var i en beroendeställning, vilket framgår i kategorin *Ett existentiellt hot*.

Skillnader och likheter i patienters upplevda svårigheter inom intensivvården

Ett centralt fynd var deltagarnas upplevelse av att inte kunna skilja på verklighet och överklighet. Detta var framkallat av hallucinationer och mardrömmar. Att patienter upplever hallucinationer och mardrömmar under intensivvårdstiden stämmer väl överens med litteraturen (Engström et al., 2022; Guttormson, 2014; Maartmann-Moe et al., 2021; Samuelson et al., 2007a; Sanson et al., 2021). Drömmarna som deltagarna beskrev i föreliggande studie varierade. Vissa upplevde dem som mörka och obehagliga, vilket även belyses i en metaanalys där 16 artiklar ingick (Maartmann-Moe et al., 2021) och i en kvalitativ studie av Sanson et al. (2021). I dessa framkom det att mardrömmarna frambringade rädsla. I vårt resultat framkom även att drömmarna upplevdes konstiga och motsvarande resultat påvisades i Guttormsons (2014) där vissa deltagare inte upplever drömmarna som skrämmande utan konstiga och svåra att få ihop med verkligheten. Precis som i tidigare studier (Guttormson, 2014; Sanson et al., 2021; Wade et al., 2015)

visade vårt resultat att hallucinationer påverkade deltagarnas verklighetsuppfattning negativt. Hallucinationer kunde dock även ha sin grund i verkliga upplevelser vilket överensstämmer med resultatet av Wade et al. (2015) och Sanson et al. (2021).

Det som skiljer sig från föregående studier är att deltagarna i denna studie upplevde mardrömmar i större utsträckning jämfört med hallucinationer. Guttormson (2014) fann att patienter upplevde hallucinationer i större omfattning än mardrömmar. Även Samuelson et al. (2007a) fann att det inte var många patienter som mindes mardrömmar från sin intensivvårdstid. En anledning till detta skulle kunna vara diagnosrelaterat och till exempel bero på de långa behandlingstiderna i ventilator och eventuellt höga doserna av bland annat sederande läkemedel. Samuelson et al. (2007a) fann att patienter med längre vårdtid inom intensivvården, längre tid i ventilator samt djupare sedering besvärades mer av mardrömmar. Vidare fann Engström et al. (2022) att patienter som vårdats för COVID-19 upplevde mardrömmar på intensivvårdsavdelningen och besvärades av dessa. I föreliggande studie vårdades sju av åtta patienter för Covid-19 vilket skulle kunna vara en anledning till dessa upplevelser. Kotfis et al. (2020) beskriver att bidragande faktorer till ökade mardrömmar hos COVID-19 patienter skulle kunna vara behandlingstiden i respirator, kroppens immunsvår på infektionen, COVID-19 infektionen och det otillräckliga andningsarbetet innan intensivvården.

I föreliggande studie framkommer det att patienter som vårdats på IVA kände sig hjälplösa. Motsvarande upplevelser har även beskrivits i andra studier (Karlsson et al., 2011; Klavesta Moen & Nåden, 2015; Maartmann-Moe et al., 2021). Det framkom även att deltagarna upplevde att hjälplösheten skapade en känsla av beroende av vårdpersonal vilket även belyses i Maartmann-Moe et al. (2021). I tidigare studier har det, precis som i föreliggande resultat framkommit att patienter som var beroende av personal för hjälp med intimhygien och att uträtta behov upplevde detta som pinsamt och svårt och skapade en känsla av hjälplöshet (Karlsson et al., 2011; Klavestad Moen & Nåden, 2015; Maartman-Moe et al., 2021; Sanson, 2021). Deltagarna i denna studie beskriver även en känsla av att bli behandlad som ett objekt i samband med personlig hygien, vilket belyses i Klavestad Moen och Nåden (2015). Även Karlsson et al. (2011) beskriver hur patienter kände sig förminskade när de behövde hjälp med basala behov och att de då upplevde att de förlorade sin värdighet.

Resultatet visade att deltagarna upplevde att de blev av med sin självbestämmanderätt när någon annan tog beslut åt dem. Upplevelsen av att inte få ta egna beslut bidrog även till en känsla av kontrollförlust. Detta har visats i tidigare studier där patienter upplevde att deras hjälplöshet och beroende av personal bidrog till en förlust av kontroll (Karlsson et al., 2011; Klavestad Moen & Nåden, 2015; Maartmann-Moe et al., 2021). Klavestad Moen och Nåden (2015) menar att förlust av kontroll inte är något som främjar värdigheten.

Human-to-human relationship och PCV

Travelbee (Kirkevold, 2000) beskriver att för att uppnå en vårdrelation och dess faser är kommunikation det viktigaste redskapet och beskrivs som en ömsesidig process. Målet med kommunikation är att lära känna patienten och Travelbee menar att det är lika viktigt och nödvändigt som att genomföra procedurer och ge fysisk omvårdnad. I personcentrerad vård, är patientens berättelse en av tre viktiga delar (patientberättelser, partnerskapet, dokumentation) (Ekman et al., 2020), och denna har sin utgångspunkt i att ta reda på *vem* och inte *vad* personen är (Fors & Forsgren, 2020). Även i personcentrerad vård är kommunikation en viktig del och ses som en ömsesidig process där målet är att uppnå partnerskap (Fors & Forsgren, 2020). Resultatet visade att deltagarna kände sig förminskade till objekt vid till exempel personlig hygien och att detta ledde till att de kände sig hjälplösa. Klavestad Moen och Nåden (2015) fann att patienter på intensivvårdsavdelningar upplevde det lättare att ta emot hjälp med till exempel intimitvätt när de upplevde att personalen bemötte dem respektfullt och inte visade några tecken på motvilja. Det var även viktigt för patienterna att sjuksköterskorna inte gjorde saker utan att berätta för dem vad de skulle göra. Att inte se patienten som en individ anser Travelbee (Kirkevold, 2000) vara ett hinder i kommunikationen. När patienten känner sig som ett objekt har kommunikationen troligen inte varit en ömsesidig process och ett partnerskap har inte uppnåtts. Genom att inkludera patienter i det som ska ske i omvårdnadssituationer och använda en tydlig personcentrerad kommunikation (Epstein et al., 2005) blir det enklare för patienten att hantera sitt lidande och därmed inte känna sig lika hjälplös.

Vidare beskriver Travelbee (Kirkevold, 2000) att kommunikation är något som ständigt pågår mellan två individer, både icke-verbalt och verbalt. Det finns utmaningar i den

icke-verbala kommunikationen när det gäller att höra och förstå vad patienten vill förmedla. I resultatet framkom det att patienter upplevde kommunikationen som svår på grund av att de var svaga i rösten efter att ha varit intuberade, samt att de var för svaga i kroppen för att orka skriva vad de ville kommunicera. Kommunikationssvårigheter leder till att patienter känner sig maktlösa (Sanson et al., 2021) och hjälplösa (Maartmann-Moe et al., 2021). Fors och Forsgren menar att en svårighet med personcentrerad vård är när kommunikationssvårigheter gör att vårdpersonalen inte uppfattar vad som sägs eller inte tolkar helheten av vad patienten vill förmedla. En utmaning för vårdpersonalen är att inte enbart höra vad patienten säger, utan att faktiskt lyssna på berättelsen (Fors & Forsgren, 2020). Intensivvårdssjuksköterskor har ett stort ansvar i att identifiera behov och förstå patienter med kommunikationssvårigheter för att uppnå en ömsesidig kommunikation i enlighet med Travelbee (Kirkevold, 2000) och personcentrerad vård (Fors & Forsgren, 2020).

Deltagare i föreliggande studie upplevde drömmar och hallucinationer som ledde till att de inte visste vad som hade skett eller vad som pågick. Om vårdpersonal pratar med patienterna om deras hallucinationer och mardrömmar och hjälper dem att reda ut vad som är verklighet och överklighet kan deras lidande lindras. Enligt Ekman et al. (2020) är det viktigt att vårdpersonalen visar att de tror på patienternas upplevelser som de beskriver men att det också kan vara nödvändigt att hjälpa patienten att orientera sig till tid och rum.

Målet för omvårdnad är enligt Travelbee (Kirkevold, 2000) att hjälpa patienten att bemästra sjukdom och lidande och att finna en mening i sin situation. Vidare menar Travelbee att kommunikation är en förutsättning för att uppnå målet för omvårdnad. I personcentrerad vård är fokus på att lyssna på personens berättelser för att identifiera dennes erfarenhet, behov och resurser. Dessa samtal handlar inte om att vårdpersonalen är experter och patienten en passiv mottagare, utan denna kommunikation handlar om ömsesidighet och ett partnerskap, där samtalsdeltagarna tillsammans formar innehållet (Fors & Forsgren, 2020). Deltagare i studien beskrev hur det fanns tillfällen då de inte kände sig lyssnade på, utan istället kände sig nonchalerade vilket i sin tur bidrog till att de inte kände sig delaktiga i det som hände dem. Författarna till föreliggande studie reflekterar över att målet med omvårdnad, enligt Travelbee, kan bli svår att uppnå om inte sjuksköterskan har tid att lyssna på patienten och dennes berättelse. I vår studie

framkom det även att patienter upplevde att de inte hade kontroll över sin situation. Travelbee (Kirkevold, 2000) menar att ett sätt att hantera sjukdom och lidande är att acceptera sin situation. Patienter inom intensivvården kan inte uppnå full kontroll och att intensivvårdssjuköterskan behöver hjälpa patienten att acceptera detta, samtidigt låta patienten kontrollera det som är möjligt. Detta kan göras genom att lyssna på vad som är viktigt för patienten och försöka tillgodose det, genom att till exempel informera om hur dagen ser ut eller låta patienten hjälpa till i omvårdnaden i den mån det går. Detta kan leda till mindre svåra minnen från IVA-tiden. Patienter som har svåra minnen från intensivvården upplever PTSD-liknande symtom efter sin vårdtid (Wade et al., 2015). Detta kan leda till sämre välmående hos personer som vårdats på IVA, vilket kan leda till behov av stöd och hjälp från samhället som i sin tur leder till en ökad kostnad.

Konklusion och implikationer

Resultatet visar att personer som vårdats på en intensivvårdsavdelning har många svåra upplevelser. Beroendet av personal och medicinteknisk utrustning som uppstår när kroppen förändras på grund av sjukdom leder till en förlust av kontroll. Svårigheter att orientera sig i tid och rum på grund av mardrömmar och hallucinationer gör det svårt för dem att förstå sin omgivning. Resultatet i denna studie stämmer väl överens med föregående studier och inte många skillnader kunde identifieras, trots att det sker en ständig omvårdnadsutveckling inom intensivvårdsfältet. En medvetenhet och förståelse kring vilka svårigheter patienter som vårdas på IVA upplever är central för intensivvårdssjuköterskan då det är en förutsättning för att arbeta personcentrerat vilket förordas inom Svensk hälso- och sjukvård i dag (Svensk sjuksköterskeförening, Svenska läkaresällskapet och Dietisternas riksförbund, 2019). Kompetensutveckling inom t.ex. personcentrerad kommunikation skulle kunna vara ett steg mot att, när så är möjligt, inkludera patienter inom intensivvård i sin egen vård (Ammentorp et al., 2011). Vidare forskning angående patienters upplevelser i intensivvården behövs i större skala.

Referenser

- Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2007). Of vigilance and invisibility-being a patient in technologically intense environments. *Nursing in critical care*, 12(3), 151–158. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00216.x>
- Ammertorp, J., Kofoed, P.-E., & Laulund, L. W. (2011). Impact of communication skills training on parents perceptions of care: intervention study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 394–400. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2648.2010.05475.x>
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012) Analytisk statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (4 uppl., s. 317-326). Studentlitteratur.
- Burnard P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse education today*, 11(6), 461–466. [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(91\)90009-y](https://doi.org/10.1016/0260-6917(91)90009-y)
- Carrera-Hernández, L., Aizpitarte-Pejenaute, E., Zugazagoitia-Ciarrusta, N., & Goñi-Viguria, R. (2018). Patients' perceptions of sleep in a Critical Care Unit. Percepción del sueño de los pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*, 29(2), 53–63. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.01.002>
- Castegren, M. (2020). Organisation av en intensivvårdsavdelning. I S. Rubertsson., A. Larsson., M. Lipcsey. & D. Smekal. (Red.), *Intensivvård* (3 uppl., s. 13-16). Liber.
- Connelly, C., Jarvie, L., Daniel, M., Monachello, E., Quasim, T., Dunn, L., & McPeake, J. (2020). Understanding what matters to patients in critical care: An exploratory evaluation. *Nursing in critical care*, 25(4), 214–220. <https://doi.org/10.1111/nicc.12461>
- Ekman, I., Lundberg, M., Lood, Q., Swedberg, K., & Norberg, A. (2020). Personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering - en etik i praktiken* (2:a uppl., s. 27-53). Liber.
- Ekman I., & Norberg A. (2013). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I E. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 29-62). Studentlitteratur.

- Elliott, R., & Aitken, L. (2019). Patient comfort and psychological care. I L. Aitken, A. Marshall, & W. Chaboyer (Red.), *Critical care nursing* (3 uppl., s. 103-136). Liber.
- Elliott, R., & McKinley, S. (2014). The development of a clinical practice guideline to improve sleep in intensive care patients: a solution focused approach. *Intensive & critical care nursing*, 30(5), 246–256. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.04.003>
- Engström, Å., Juuso, P., Andersson, M., Nordin, A., & Strömbäck, U. (2022). The Meaning of Critical Illness for People Suffering From COVID-19: When a Frightening Unreality Becomes Reality. *Qualitative health research*, 32(1), 135–144. <https://doi.org/10.1177/10497323211050048>
- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L., & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social science & medicine* 61(7), 1516–1528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.001>
- Fors, A., & Forsgren, E. (2020). Personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrerade samtal* (2:a uppl., s. 144-166). Liber.
- Gerdin, B. (2021). *Intensivvården under covid-19 pandemin* (Underrapport till SOU 2021:89). Coronakommissionen. <https://coronakommissionen.com/wp-content/uploads/2021/10/underlagsrapport-gerdin-intensivvarden-i-sverige-under-covid-19-pandemin.pdf>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grealy, B., Johansson, L., & Coyer, F. (2019). Essential nursing care of the critically ill patient. I L. Aitken, A. Marshall, & W. Chaboyer (Red.), *Critical care nursing* (3 uppl., s. 103-136). Liber.
- 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(5), 427–431. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.04.007>
- Hajiabadi, F., Heydari, A., & Manzari, Z. S. (2018). Enclosed in the synergistic rings of suffering: The experience of conscious patients under mechanical ventilation in the intensive care unit of the causes of suffering. *Electronic physician*, 10(4), 6697–6706. <https://doi.org/10.19082/6697>

- Henricson, M. (2012) Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (4 uppl., s. 471-478). Studentlitteratur.
- Henricson, H. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (4 uppl., s. 129-137). Studentlitteratur.
- Hylén, M., Akerman, E., Idvall, E., & Alm-Roijer, C. (2020). Patients' experiences of pain in the intensive care-The delicate balance of control. *Journal of advanced nursing*, 76(10), 2660–2669. <https://doi.org/10.1111/jan.14503>
- Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2011). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive & critical care nursing*, 28(1), 6–15. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.11.002>
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier-analys och utvärdering*. (2:a uppl.). Studentlitteratur.
- Kjeldsen, C. L., Hansen, M. S., Jensen, K., Holm, A., Haahr, A., & Dreyer, P. (2017). Patients' experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit. *Nursing in critical care*, 23(2), 75–81. <https://doi.org/10.1111/nicc.12277>
- Klavestad Moen, E. & Nåden, D. (2015). Intensive care patients' perception of how their dignity is maintained: A phenomenological study. *Intensive & critical care nursing*, 31(5), 285–293. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.03.003>
- Kotfis, K., Williams Roberson, S., Wilson, J. E., Dabrowski, W., Pun, B. T., & Ely, E. W. (2020). COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic. *Critical care*, 24(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02882-x>
- Landström, M., Rehn, I. M., & Frisman, G. H. (2009). Perceptions of registered and enrolled nurses on thirst in mechanically ventilated adult patients in intensive care units-a phenomenographic study. *Intensive & critical care nursing*, 25(3), 133–139. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.03.001>
- Lindberg, C., Sivberg, B., Willman, A., & Fagerström, C. (2015). A trajectory towards partnership in care-Patient experiences of autonomy in intensive care: A qualitative study. *Intensive & critical care nursing*, 31(5), 294–302. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.04.003>

- Locsin, R. C., & Kongsuwan, W. (2013). Lived experience of patients being cared for in ICUs in Southern Thailand. *Nursing in critical care*, 18(4), 200–211.
<https://doi.org/10.1111/nicc.12025>
- Lykkegaard, K., & Delmar, C. (2015). Between violation and competent care--lived experiences of dependency on care in the ICU. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 10, 26603. <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.26603>
- Lykkegaard, K., & Delmar, C. (2013). A threat to the understanding of oneself: intensive care patients' experiences of dependency. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 8, 20934. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20934>
- Løgstrup, K. E. (1994). *Det etiske kravet*. (M. Brandby-Cöster, Övers.). Daidalos. (Originalutgåvan publicerad 1956)
- Maartmann-Moe, C. C., Solberg, M. T., Larsen, M. H., & Steindal, S. A. (2021). Patients' memories from intensive care unit: A qualitative systematic review. *Nursing open*, 8(5), 2221–2234. <https://doi.org/10.1002/nop2.804>
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive & critical care nursing*, 18(1), 27–36. <https://doi.org/10.1054/iccn.2002.1611>
- Miranda-Ackerman, R. C., Lira-Trujillo, M., Gollaz-Cervantez, A. C., Cortés-Flores, A. O., Zuloaga-Fernández Del Valle, C. J., García-González, L. A., Morgan-Villela, G., Barbosa-Camacho, F. J., Pintor-Belmontes, K. J., Guzmán-Ramírez, B. G., Bernal-Hernández, A., Fuentes-Orozco, C., & González-Ojeda, A. (2020). Associations between stressors and difficulty sleeping in critically ill patients admitted to the intensive care unit: a cohort study. *BMC health services research*, 20(1), 631. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05497-8>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021) *Generating and assessing evidence for nursing practice* (11 uppl.). Wolters Kluwer.
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2022) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (10 uppl.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (4 uppl., s. 31-52). Studentlitteratur.
- Puntillo, K. A., Arai, S., Cohen, N. H., Gropper, M. A., Neuhaus, J., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2010). Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Critical care medicine*, 38(11), 2155–2160.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181f267ee>
- Rabjer, B. (2017). Løgstrup's Ontological Ethics An analysis of human interdependent existence. *Res Cogitans*, 12 (1), 93-110.
- Ryan, F., Coughlan, M., & Cronin, P. (2009). Interviewing in qualitative research: The one-to-one interview. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(6), 309-314. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2009.16.6.42433>
- Samuelson K. A. (2009). Adult intensive care patients' perception of endotracheal tube-related discomforts: a prospective evaluation. *Heart & lung: the journal of critical care*, 40(1), 49–55. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.12.009>
- Samuelson, K. A., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2007a). Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing in critical care*, 12(2), 93–104. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2006.00199.x>
- Samuelson, K. A., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2007b). Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients- a 2-month follow-up study. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 51(6), 671–678.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2007.01292.x>
- Sanson, G., Lobefalo, A., & Fascì, A. (2021). "Love Can't Be Taken to the Hospital. If It Were Possible, It Would Be Better": Patients' Experiences of Being Cared for in an Intensive Care Unit. *Qualitative health research*, 31(4), 736–753.
<https://doi.org/10.1177/1049732320982276>
- Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2008). *Omvårdnadens etik - sjuksköterskan och det moraliska rummet* (2 uppl.) Liber.
- Strandberg, G., & Jansson, L. (2003). Meaning of dependency on care as narrated by nurses. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17(1), 84–91.
<https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00213.x>

- Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Studentlitteratur.
- Svensk sjuksköterskeförening & Riksföreningen för anestesi och intensivvård. (2020). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå* [Broschyr].
<https://www.swenurse.se/download/18.b986b9d1768421a1b576141/1610610246380/Kompetensbeskrivning%20Intensivvård%20CC%28Ardssjuksk%C3%B6terska.pdf>
- Svenska intensivvårdsregistret. (18 mars 2021). *Beläggning*.
<https://www.icuregsw.se/data--resultat/covid-19-i-svensk-intensivvard/belagging/>
- Svensk sjuksköterskeförening, Svenska läkaresällskapet och Dietisternas riksförbund (2019). *Personcentrerad vård - en kärnkompetens för god och säker vård* [Broschyr]
https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/personcentrerad-var-d-2019_digital.pdf
- Tingsvik, C., Hammarsköld, F., Mårtensson, J., & Henricson, M. (2018). Patients' lived experience of intensive care when being on mechanical ventilation during the weaning process: A hermeneutic phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 47, 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.004>
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. F.A. Davis Company: Philadelphia, USA
- Wade, D. M., Brewin, C. R., Howell, D. C., White, E., Mythen, M. G., & Weinman, J. A. (2015). Intrusive memories of hallucinations and delusions in traumatized intensive care patients: An interview study. *British journal of health psychology*, 20(3), 613–631. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12109>
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (4 uppl., s. 481-495). Studentlitteratur.
- World Medical Association. (9 Juli 2018). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilaga 1 (7)

Intervjuguide

Bakgrund

- Förklara studiens syfte
- Informera om frivillighet och kan avbryta eller pausa när som helst under intervjun.

Inledning

- Hur upplevde du tiden på IVA?

Fortsättning

- Hur upplevde du sömnen?
- Hur upplevde du smärta?
- Hur upplevde du relationen med vårdpersonalen?
- Upplevde du några svårigheter under din vårdtid på IVA?
- Är det något mer du vill tillägga om din vistelse på IVA?

Avslutning

- Hur gammal är du?
- Hur länge låg du på IVA?
- Varför vårdades du på IVA?

Bilaga 2 (7)

Brev till Anders Rehn

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien *Patienters upplevelser av svårigheter under tiden i intensivvård*.

Syftet är att beskriva vad patienter upplever som svårt under sin tid i intensivvård. Studien görs för att bidra med kunskap till hur specialistsjuksköterskans och vårdpersonalens arbetssätt kan utvecklas, mot ett mer personcentrerat arbetssätt.

Metoden för studien kommer att vara kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, detta för att utforska patienters upplevelser av ett fenomen. För att få deltagare som har erfarenhet av fenomenet kommer strategiskt urval att användas. Patienter med olika sorters diagnoser, olika längd på vårdtid samt patienter som varit både intuberade och icke-intuberade ska inkluderas. Beräknat antal deltagare är ca 10-12 patienter. Informationsbrev med samtycke kommer att skickas till deltagarna. Intervjuerna kommer att ske v. 9-10, antingen på Zoom, telefonsamtal eller på plats beroende på aktuell smittspridning och vad deltagaren önskar. Intervjuerna kommer att bandas och sedan transkriberas. Därefter kommer en kvalitativ innehållsanalys att göras.

IVA-sjuksköterska på uppföljningsmottagningen i Lund kommer att informera patienterna och tillfråga om kontaktuppgifter får lämnas till aktuell studie. Samtycke och informationsbrev kommer att skickas hem till patienterna som sedan skickas tillbaka med frankerade kuvert om intervjun sker digitalt. Om intervjun sker på plats lämnas samtyckesblankett i samband med detta. Deltagarna kommer att få kodnummer och endast benämnas med dessa i studien. Informationen kommer att hanteras konfidentiellt.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs. Facit med vilken deltagare som har vilken kod kommer att förvaras inlåst, som ett separat dokument i pappersform. Allt material kommer att förstöras efter examination av uppsatsen.

Studien ingår som ett examensarbete i Intensivvårdssjuksköterske-programmet.

Godkännande av verksamhetschef



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhäl

INFORMATIONSBREV

2022-01-19

Bilaga 2

Till Anders Rehn

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien *Patienters upplevelser av svårigheter under tiden i intensivvård*.

Syftet är att beskriva vad patienter upplever som svårt under sin tid i intensivvård. Studien görs för att bidra med kunskap till hur specialistsjuksköterskans och vårdpersonalens arbetssätt kan utvecklas, mot ett mer personcentrerat arbetssätt.

Metoden för studien kommer att vara kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, detta för att utforska patienters upplevelser av ett fenomen. För att få deltagare som har erfarenhet av fenomenet kommer strategiskt att användas. Patienter med olika sorters diagnoser, olika längd på vårdtid samt patienter som varit både intuberade och icke-intuberade ska inkluderas. Beräknat antal deltagare är ca 10-12 patienter. Informationsbrev med samtycke kommer att skickas till deltagarna. Intervjuerna kommer att ske v 9-10, antingen på Zoom, telefonsamtal eller på plats beroende på aktuell smittspridning och vad deltagaren önskar. Intervjuerna kommer att bandas och sedan transkriberas. Därefter kommer en kvalitativ innehållsanalys att göras.

IVA-sjuksköterska på uppföljningsmottagningen i Lund kommer att informera patienterna och tillfråga om kontaktuppgifter får lämnas till aktuell studie. Samtycke och informationsbrev kommer att skickas hem till patienterna som sedan skickas tillbaka med frankerade kuvert om intervjun sker digitalt. Om intervjun sker på plats lämnas samtyckesblankett i samband med detta. Deltagarna kommer att få kodnummer och endast benämnas med dessa i studien. Informationen kommer hanteras konfidentiellt.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs. Facit med vilken deltagare som har vilken kod kommer att sparas inlåst, som ett separat dokument i pappersform. Allt material kommer att förstöras efter examination av uppsatsen. Studien ingår som ett examensarbete i Intensivvårdssjuksköterske-programmet.

Med vänlig hälsning

Caroline Kröger
Leg. Sjuksköterska
Studerande på
Intensivvårdssjuksköterske-
programmet
e-post: ca5882kr-s@student.lu

Josefina Welin
Leg. Sjuksköterska
Studerande på
Intensivvårdssjuksköterske-
programmet

Handledare
Bengt Sivberg
Professor
Postadress: 221 00

e-post: jo0285we-s@student.lu.se

e-post: Bengt.Sivberg@med.lu.se

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Titel på studien... *Patienters upplevelser av svårigheter under tiden i intensivvård.*

Er anhållan

- Medgives
 Medgives ej

Härmed intygas att studien är inom ramen för Regionens kvalitetsutvecklingsarbete, att studien genomförande är i verksamhetens intresse och kommer att användas som ett led i verksamhetens kvalitetsuppföljning

- Bekräftas
 Bekräftas ej

Lund _____ *21/01/19* _____
Ort Datum

Marie Marsch _____
Underskrift (enhetschef)

MARIE MARSCH _____
Namnförtydligande (enhetschef)

Malmö _____ *2021-01-19* _____
Ort Datum

Anders Rehn _____
Underskrift (verksamhetschef)

Anders Rehn
Verksamhetschef

Namnförtydligande (verksamhetsområde)
Skånes Universitetssjukhus
Intensiv- och perioperativ vård
Carl Bertil Laurells gata 9, hisshall B, plan 3
205 02 Malmö

Verksamhetsområde

Bilaga 3 (7)

Brev till studiedeltagare

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie. Vi har fått ditt namn från en Intensivvårdssjuksköterska på Uppföljningsmottagningen i Lund.

Syftet är att beskriva vad patienter upplever som svårt under sin tid i intensivvård. Studien görs för att bidra med kunskap till hur specialistsjuksköterskans och vårdpersonalens arbetssätt kan utvecklas, mot ett mer personcentrerat arbetssätt.

Vi skulle vilja göra en intervju med Dig, en dag i v. 9 eller 10. Vi vill veta vad Du upplevde som svårt under Din vårdtid på IVA. Intervjun beräknas ta cirka 30 min - 1 timme och genomförs av Caroline Kröger eller Josefina Welin. Vi erbjuder en plats för intervjun alternativt att Du själv föreslår en plats. På grund av rådande pandemi kan intervjun ske digitalt via Zoom eller telefonsamtal.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information Du lämnar kommer att hanteras konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten och skicka tillbaka den i bifogat svarskuvert till Karin Samuelson, Health Science Center, Box 157, 22100 Lund, senast den 21/2. Vill Du ha intervjun på plats kan Du ta med blanketten då istället.

Insamlat material kommer att förvaras inlåst om det är fysiskt material. Personuppgifter kommer skyddas så ingen obehörig får tillgång till dem. Insamlat material kommer att förstöras efter examination av uppsatsen.

Studien ingår som ett examensarbete i Intensivvårdssjuksköterskeprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Bilaga 4 (7)

Brev till Marie Rosenqvist och Josefine Vigren

Till Intensivvårdssjuksköterskorna på Uppföljningsmottagningen i Lund.

Patienters upplevelser av svårigheter under tiden i intensivvård.

Vi frågar dig om du vill vara behjälplig med att samla informanter till ovanstående studie.

Syftet är att beskriva vad patienter upplever som svårt under sin tid i intensivvård. Studien görs för att bidra med kunskap till hur specialistsjuksköterskans och vårdpersonalens arbetssätt kan utvecklas, mot ett mer personcentrerat arbetssätt.

Metoden för studien kommer att vara kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, detta för att utforska patienters upplevelser av ett fenomen. För att få deltagare som har erfarenhet av fenomenet kommer strategiskt urval att användas. Patienter med olika sorters diagnoser, olika längd på vårdtid samt patienter som varit både intuberade och icke-intuberade ska inkluderas. Beräknat antal deltagare är ca 10-12 patienter. Informationsbrev med samtycke kommer att skickas till deltagarna. Intervjuerna kommer att ske v. 9-10, antingen på Zoom, telefonsamtal eller på plats beroende på aktuell smittspridning och vad deltagaren önskar. Intervjuerna kommer att bandas och sedan transkriberas. Därefter kommer en kvalitativ innehållsanalys att göras.

Studien kommer att vara frivillig och deltagaren har under hela datainsamlingsperioden rätt att avbryta sin medverkan. Deltagarnas information kommer att hanteras konfidentiellt. De kommer att erhålla ett kodnummer och facit på vilken deltagare som har vilket nummer kommer att förvaras inlåst och vara i pappersform. Efter examinerat arbete kommer materialet att förstöras.

Studien ingår som ett examensarbete i Intensivvårdssjuksköterskeprogrammet.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Bilaga 5 (7)

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om *Vad patienter upplever som svårt inom Intensivvården*.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift av studiedeltagare

Ort, datum

Underskrift

Telefonnummer

Bilaga 6 (7)

UTLÅTANDE

1 (2)

LUNDS
UNIVERSITET
Vårdvetenskapliga etiknämnden

**MEDICINSKA
FAKULTETEN**

2020-03-10

Caroline Kröger & Josefina Welin

VEN 10-22 Patienters upplevelser av svårigheter under tiden i intensivvård
Caroline Kröger & Josefina Welin
Handledare: Bengt Sivberg
Område: Specialistsjuksköterskeprogram – inriktning Intensivvård

Föredragande Catharina Sjö Dahl Hammarlund

Yttrande

VEN har inga etiska invändningar mot att studien genomförs såsom den beskrivs i ansökan.

I punkten 11.1 anger ni att mellanhanden kommer att tillfråga aktuella patienter om kontaktuppgifter får lämnas ut till er. VEN föreslår istället att mellanhanden delar ut information om studien till aktuella patienter, som därefter kan ta kontakt med er om de är intresserade att delta i studien.

Det är onödigt att ge deltagaren tips på svar som ni förväntar er innan ni har påbörjat intervjun. Såsom andra stycket: "*Vi vill veta vad Du upplevde som svårt under Din vårdtid på IVA. Det kan vara till exempel tekniska saker som pipande maskiner, sömn eller att aldrig vara själv.*", vilket bör strykas.

14.6: Säkerställ att ni inte redovisar uppgifter, som kan kopplas till enskild person.

15.2: Om en deltagare börjar må dåligt av att minnas det hen har varit med om, kan det vara bra att ha förberett en plan för personen, exempelvis en person som kan ta hand om och samtala med deltagaren.

15.3: Det är svårt att redan nu veta om resultatet kan användas för att förbättra omvårdnaden kring en IVA-patient. Det är också viktigt att projektet avser att få en fördjupad förståelse för deltagarens upplevelser och erfarenheter, och inte en möjlighet för att studiedeltagaren att bearbeta sina upplevelser.

UTLÅTANDE

2020-03-10

Ovanstående korrigeringar görs i samråd med handledaren.

Komplettering:

Ingen



Ulf Jakobsson
Ordförande

Postadress: Institutionen för hälsovetenskaper, Box 157, 221 00 Lund. *Besöksadress:* Baravägen 3, Lund
Telefon: 046-222 00 00 vx. *Telefax:* 046-222 18 08
Internet: <https://canvas.education.lu.se/courses/15149>
Ordförande: Ulf Jakobsson *E-post:* ulf.jakobsson@med.lu.se
Sekreterare: Anna Blomgren. 046-222 18 69. *E-post:* ven@med.lu.se



A method of analysing interview transcripts in qualitative research

Philip Burnard

A method of analysing qualitative interview data is outlined as a stage-by-stage process. Some of the problems associated with the method are identified. The researcher in the field of qualitative work is urged to be systematic and open to the difficulties of the task of understanding other people's perceptions.

INTRODUCTION

Qualitative research methods are being used increasingly to explore aspects of nurse education. Often, such methods involve the use of unstructured or semi-structured interviews as a principle methodology. Sometimes, the interview process is straightforward enough (though, as we shall see, this is by no means always the case). The difficulty often lies with the question of how to analyse the transcripts once the interviews have been completed. As in all research, it is essential to know what sort of method of analysis you are going to use before you collect data. This paper offers one method of analysis.

It should be noted that it is one method: essentially, it is one that can be described as a method of thematic content analysis. It has been adapted from Glaser and Strauss' 'grounded theory' approach and from various works on content analysis (Babbie 1979; Berg 1989; Fox 1982; Glaser & Strauss 1967).

Philip Burnard PhD MSc RMN RGN DipN Cert Ed RNT
 Director of Postgraduate Nursing Studies, University
 of Wales College of Medicine, Heath Park, Cardiff,
 Wales
 (Requests for offprints to PB)
 Manuscript accepted 3 July 1991

Assumptions about the data

No one method of analysis can be used for all types of interview data. The method described here assumes that semi-structured, open-ended interviews have been carried out and that those interviews have been recorded in full. It is also assumed that the whole of each recording has been transcribed. It is suggested that an adapted version of this method could also be used for data arising from more clearly structured interviews.

The method used to categorise and codify the interview transcripts is best described through the stages that are worked through by the researcher. The method was developed out of those described in the grounded theory literature (Glaser & Strauss 1967; Strauss 1986) and in the literature on content analysis (Babbie 1979; Couchman & Dawson 1990; Fox 1982) and out of other sources concerned with the analysis of qualitative data (Bryman 1988; Field & Morse 1985).

AIM OF THE ANALYSIS

The aim is to produce a detailed and systematic

recording of the themes and issues addressed in the interviews and to link the themes and interviews together under a reasonably exhaustive category system. Herein lies the first problem that the researcher must remain aware of. To what degree is it reasonable and accurate to compare the utterances of one person with those of another? Are 'common themes' in interviews really 'common'? Can we assume that one person's world view can be linked with another person's? The method described here takes it for granted that this is a reasonable thing to do. However, the researcher should stay open to the complications involved in the process and not feel that the method described here can be used in a 'doing by numbers' sort of way.

STAGES OF THE ANALYSIS

Stage one

Notes are made after each interview regarding the topics talked about in that interview. At times throughout the research project, the researcher also writes 'memos' (Field & Morse 1985) about ways of categorising the data. These serve as memory joggers and to record ideas and theories that the researcher has as he works with the data. Such memos may record anything that attracts the researcher's attention during the initial phases of the analysis.

Stage two

Transcripts are read through and notes made, throughout the reading, on general themes within the transcripts. The aim, here, is to become immersed in the data. This process of immersion is used to attempt to become more fully aware of the 'life world' of the respondent; to enter, as Rogers (1951) would have it, the other person's 'frame of reference'. Examples of such notes could include:

- There are lots of different sorts of counselling being described in these interviews,

- A major category seems to be emerging to do with 'coping with anger in counselling'.

Stage three

Transcripts are read through again and as many headings as necessary are written down to describe all aspects of the content, excluding 'dross'. Field and Morse (1985) use the term dross to denote the unusable 'fillers' in an interview – issues that are unrelated to the topic in hand. The 'headings' or 'category system' should account for almost all of the interview data. This stage is known as 'open coding' (Berg 1989); categories are freely generated at this stage. An example of this sort of coding is found in Table 1.

Table 1

Interview transcript	Open coding
I suppose most people need counselling at some point in their lives.	Open coding Most people need counselling . . .
I would think that some nurses are quite good at it. They have the skills.	Some nurses are good at it . . . They have the skills . . .
Although I'm not sure if many nurses get counselling training as part of their nurse training.	Not sure about counselling training in nurse education . . .

Stage four

The list of categories is surveyed by the researcher and grouped together under higher-order headings. The aim, here, is to reduce the numbers of categories by 'collapsing' some of the ones that are similar into broader categories. For example, it may be decided that the following categories are all collapsed into one category entitled 'Counselling Training for Nurses':

- Some nurses have counselling training,
- Nurses have training in counselling,
- Need for counselling training.

Stage five

The new list of categories and sub-headings is worked through and repetitious or very similar headings are removed to produce a final list.

Stage six

Two colleagues are invited to generate category systems, independently and without seeing the researcher's list. The three lists of categories are then discussed and adjustments made as necessary. The aim of this stage is to attempt to enhance the validity of the categorising method and to guard against researcher bias.

Stage seven

Transcripts are re-read alongside the finally agreed list of categories and sub-headings to establish the degree to which the categories cover all aspects of the interviews. Adjustments are made as necessary.

Stage eight

Each transcript is worked through with the list of categories and sub-headings and 'coded' according to the list of categories headings. Coloured highlighting pens can be used here to distinguish between each piece of the transcript allocated to a category and sub-heading. Examples of the way such colours could be used are as follows:

- Definitions of counselling: blue,
- Patients' needs for counselling: red,
- Counselling and nurse training: green.

Alternatively, these categories can be identified on a computer, using a wordprocessor and a coding scheme devised by the individual researcher (Table 2).

Stage nine

Each coded section of the interviews is cut out of the transcript and all items of each code are collected together. Multiple photocopies of the transcripts are used here to ensure that the *context* of the coded sections is maintained.

Table 2

Transcript	Categories
Counselling, for me, is a question of helping people to sort out their own problems in their own way.	Definition of counselling
There are other definitions, of course. This is not the only one	Definition of counselling
I would think that a lot of nurses get taught something like this during their training	Counselling and nurse training
I suppose that we were taught the non-directive approach which says that patients have to find their own solutions.	Definition of counselling

Everything that is said in an interview is said in a context. Merely to cut out strings of words, devoid of context is to risk altering the *meaning* of what was said. A crude example of this might be as follows. Here, the bracketed words have been cut out to leave a phrase which, on its own, clearly means something different than it does when read with the words in brackets.

[I'm not sure. I don't think that] *everyone needs counselling in nursing*, [to say that would be to exaggerate a lot. . .]

The multiple copies allow for the sections either side of the coded sections to be cut out with the coded areas. A note of caution must be sounded here. Once sections of interviews are cut up into pieces, the 'whole' of the interview is lost: it is no longer possible to appreciate the context of a particular remark or piece of conversation. For this reason, a second 'complete' transcript must be kept for reference purposes.

Stage ten

The cut out sections are pasted onto sheets, headed up with the appropriate headings and sub-headings.

any other aspect of the study but who is familiar with the process of category generation in the style of Glaser and Strauss, to read through three transcripts and to identify a category system. The categories generated in this way are then discussed with the researcher and compared with the researcher's own category system. If the two category analyses prove to be very similar, at least three possibilities exist:

- a) the original category analysis was reasonably complete and accurate,
- b) the original category analysis was too broad and general in nature and thus easily identified and corroborated by another person,
- c) the colleague was anticipating the sorts of categories that the researcher may have found and offering the researcher 'what he wanted to hear'.

The last possibility can be reasonably ruled out if the colleague is unfamiliar with the subject and content of the study prior to being asked to help validate the category system.

The question of whether or not the category system is too broad and general in nature may be countered by the fact that the system described here encourages a 'funneling' process — many categories are generated at first and these are then distilled down to a smaller number by the process of 'collapsing' described above. It is to be hoped, therefore, that the agreement of two independent parties over the category system helps to suggest that the system has some internal validity.

The second check for validity is that of returning to three of the people interviewed and asking them to read through the transcripts of their interviews and asking them to jot down what they see as the main points that emerged from the interview. This produces a list of headings which can then be compared with the researcher's and the two lists can be discussed with the respondents. Out of these discussions, minor adjustments may be made to the category system.

This paper has offered just one way of exploring and categorising qualitative data. It is likely that the method could be used with a range of

types of data — from interview transcripts to articles and papers. It combines elements of content analysis with aspects of the grounded theory approach suggested by Glaser and Strauss. One of the difficulties in this sort of work is always going to be finding a method of presenting findings in an honest and reliable way. Arguably, the only real way of presenting interview findings without any sort of manipulation would be to offer the interview transcripts whole and unanalysed. This, clearly, would not be satisfactory and the reader of those transcripts would have to find his own way of categorising what was read. The method suggested here is one that stays close to the original material and yet allows for categories to be generated which allow the reader of a researcher report to 'make sense' of the data.

CONCLUSION

The issue of how to analyse qualitative data remains a thorny one. This paper has identified one method of attempting such analysis but has also identified some of the many problems associated with the process. It is stressed that this is just one way to analyse data and that the method must be used cautiously and with constant awareness of possible problems. It is asserted that the researcher needs to be both systematic and alert to the complexity of the task. On the other hand, the researcher must start somewhere — attempts must be made to represent the thoughts and feelings of others in a systematic but honest way. This paper has offered one such method.

References

- Babbie E 1979 *The practice of social research*, 3rd ed. Wadsworth, Belmont, California
- Berg B L 1989 *Qualitative research methods for the social sciences*. Allyn and Bacon, New York
- Bryman A 1988 *Quantity and quality in social research*. Unwin Hyman, London

...ings to the literature on the topic and make ... researcher asks a colleague who is familiar with the

any other aspect of the study but who is familiar with the process of category generation in the style of Glaser and Strauss, to read through three transcripts and to identify a category system. The categories generated in this way are then discussed with the researcher and compared with the researcher's own category system. If the two category analyses prove to be very similar, at least three possibilities exist:

- a) the original category analysis was reasonably complete and accurate,
- b) the original category analysis was too broad and general in nature and thus easily identified and corroborated by another person,
- c) the colleague was anticipating the sorts of categories that the researcher may have found and offering the researcher 'what he wanted to hear'.

The last possibility can be reasonably ruled out if the colleague is unfamiliar with the subject and content of the study prior to being asked to help validate the category system.

The question of whether or not the category system is too broad and general in nature may be countered by the fact that the system described here encourages a 'funnelling' process — many categories are generated at first and these are then distilled down to a smaller number by the process of 'collapsing' described above. It is to be hoped, therefore, that the agreement of two independent parties over the category system helps to suggest that the system has some internal validity.

The second check for validity is that of returning to three of the people interviewed and asking them to read through the transcripts of their interviews and asking them to jot down what they see as the main points that emerged from the interview. This produces a list of headings which can then be compared with the researcher's and the two lists can be discussed with the respondents. Out of these discussions, minor adjustments may be made to the category system.

This paper has offered just one way of exploring and categorising qualitative data. It is likely that the method could be used with a range of

types of data — from interview transcripts to articles and papers. It combines elements of content analysis with aspects of the grounded theory approach suggested by Glaser and Strauss. One of the difficulties in this sort of work is always going to be finding a method of presenting findings in an honest and reliable way. Arguably, the only real way of presenting interview findings without any sort of manipulation would be to offer the interview transcripts whole and unanalysed. This, clearly, would not be satisfactory and the reader of those transcripts would have to find his own way of categorising what was read. The method suggested here is one that stays close to the original material and yet allows for categories to be generated which allow the reader of a researcher report to 'make sense' of the data.

CONCLUSION

The issue of how to analyse qualitative data remains a thorny one. This paper has identified one method of attempting such analysis but has also identified some of the many problems associated with the process. It is stressed that this is just one way to analyse data and that the method must be used cautiously and with constant awareness of possible problems. It is asserted that the researcher needs to be both systematic and alert to the complexity of the task. On the other hand, the researcher must start somewhere — attempts must be made to represent the thoughts and feelings of others in a systematic but honest way. This paper has offered one such method.

References

- Babbie E 1979 *The practice of social research*, 3rd ed. Wadsworth, Belmont, California
- Berg B L 1989 *Qualitative research methods for the social sciences*. Allyn and Bacon, New York
- Bryman A 1988 *Quantity and quality in social research*. Unwin Hyman, London

- Couchman W, Dawson J 1990 Nursing and health-care research: the use and applications of research for nurses and other health care professionals. Scutari, London
- Field P A, Morse J M 1985 Nursing research: the application of qualitative approaches. Croom Helm, London
- Fox D J 1982 Fundamentals of research in nursing, 4th ed. Appleton-Century-Crofts, Norwalk, New Jersey
- Glaser B G, Strauss A L 1967 The discovery of grounded theory. Aldine, New York
- Rogers C R 1951 Client centred therapy. Constable, London
- Strauss A L 1986 Qualitative data analysis for social scientists. Cambridge University Press, Cambridge.