



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

PATIENTERS UPPLEVELSER AV ATT INTE KUNNA KOMMUNICERA VERBALT VID MEKANISK VENTILATION

En systematisk litteraturöversikt

Gabriella Helldin & Olivia Otter

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård/OM5330
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2021
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Mona Ringdal

Titel svensk: Patienters upplevelser av att inte kunna kommunicera verbalt vid mekanisk ventilation – En systematisk litteraturöversikt
Titel engelsk: Patients' experiences of being unable to communicate verbally during treatment with mechanical ventilation – a systematic literature review
Uppsats/Examensarbete: 15 hp
Program och/eller kurs: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård/OM5330
Nivå: Avancerad nivå
Termin/år: VT/2021
Handledare: Lars-Olof Persson
Examinator: Mona Ringdal
Nyckelord: Upplevelser, mekanisk ventilation, icke-verbal kommunikation, intensivvård

Sammanfattning

Bakgrund: Behandling med mekanisk ventilation förekommer ofta inom intensivvården och kan vara livräddande. Vanligt är att patienterna vid behandlingen har någon form av sedering för att göra situationen mer bekväm. Senare forskning har visat att användning av ytlig eller ingen sedering ger kortare tid med ventilatorbehandling, kortare vårdtid på intensivvårdsavdelning samt total vårdtid. När ytlig eller ingen sedering används innebär det att patienten är vaken men inte kan kommunicera verbalt på grund av endotrakealtuben eller tracheostomin. Det leder till att kommunikationen mellan patient och intensivvårdssjuksköterska måste ske icke-verbalt med hjälp av kroppsspråk samt olika kommunikationsstrategier- och hjälpmedel. Flera studier beskriver patienters helhetsupplevelse av att behandlas med mekanisk ventilation, men färre studier har undersökt patienters upplevelser av att kommunicera vid behandling med mekanisk ventilation.

Syfte: Syftet med denna systematiska litteraturöversikt är att beskriva patienters upplevelser av att inte kunna kommunicera verbalt vid behandling med mekanisk ventilation på intensivvårdsavdelning.

Metod: En systematisk litteraturöversikt med tematisk analys av insamlad data.

Resultat: Resultatet kan sammanfattas med fyra olika teman; 1. En känslostorm, 2. Att förlora makten över kropp och identitet, 3. Att utveckla rätt kommunikationsstrategier över tid och 4. En god vårdrelation kräver enkelhet i kommunikationen. Att inte kunna kommunicera med ord kan vara mycket påfrestande och påverkar patienten på flera olika sätt. Användning av kommunikativa strategier och hjälpmedel kan underlätta om dessa används på rätt sätt. Sjuksköterskan spelar en stor roll i hur patienten upplever kommunikationen under behandlingstiden.

Slutsats: Att inte kunna kommunicera verbalt under behandling med mekanisk ventilation upplevs som påfrestande. Situationen kan underlättas om kommunikativa hjälpmedel och strategier anpassas utifrån individen, om sjuksköterskan är närvarande och stöttande under behandlingen samt om närstående används som en resurs.

Nyckelord: Upplevelser, mekanisk ventilation, icke-verbal kommunikation, intensivvård

Abstract

Background: Mechanical ventilation is a common treatment in intensive care and can be lifesaving. It is common that patients during the treatment receive sedation to provide comfort. Recent years' evidence has shown that the use of light or no sedation is associated with a reduction of time with mechanical ventilation treatment, shorter stay in the intensive care unit and at the hospital. When light or no sedation is used the patient is awake, but cannot communicate due to the endotracheal tube or tracheostomy. Due to this, the patient and critical care nurse must use non-verbal communication strategies such as body language and different communication methods or tools. Several studies have described patients' experiences of treatment with mechanical ventilation, but fewer studies have examined patients' experiences of communication during treatment with mechanical ventilation.

Aim: The aim with this systematic literature review is to describe patients' experiences of being unable to communicate verbally during treatment with mechanical ventilation in the intensive care unit.

Method: A systematic literature review with a thematic analysis of collected data.

Results: The result could be summarized in four different themes; 1 A storm of emotions, 2. Losing power over body and identity, 3. Developing right communication strategies over time, 4. A solid care relation demands simplicity in communication. Being unable to communicate with words can be very exhausting and affect the patient in different ways. Communication strategies and tools can facilitate if they are used in the right way. The nurse has a key part in how the patient experiences communication during the time of treatment.

Conclusion: Inability to communicate verbally during treatment with mechanical ventilation is experienced as trying. The situation can be facilitated during the treatment if communication tools and strategies are adapted to the patient, if the nurse is present and supportive, and additionally, if the family can be used as a resource.

Key words: Experiences, mechanical ventilation, non-verbal communication, intensive care

Förord

Tack till Lars-Olof som har handledt oss genom examensarbetet. Vi vill också rikta ett tack till bibliotekarierna på Göteborgs Universitetsbibliotek som via Zoom guidat oss genom databasernas djungel.

Ett varmt tack till Helena och Harriet som fått agera lingvistiska bollplank. Tack till lapphunden Baloo som med härliga promenader och mysstunder givit oss pauser i uppsatsskrivandet.

Slutligen vill vi rikta ett stort tack till varandra och är stolta över vårt goda samarbete.

Göteborg, mars 2021

Gabriella Helldin & Olivia Otter

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
1.1 Intensivvård och intensivvårdssjuksköterskan	2
1.2 Mekanisk ventilation	2
1.3 Sedering.....	3
1.4 Kommunikation - verbal och icke-verbal.....	4
Problemformulering	5
Syfte	6
Metod	6
2.1 Design - systematisk litteraturoversikt	6
2.2 Utformning av frågeställning.....	6
2.3 Sökstrategi	6
2.4 Urval	7
2.5 Dataanalys	8
2.6 Forskningsetiska ställningstaganden	8
Resultat.....	10
1. En känslostorm.....	10
1.1 Maktlöshet och frustration	10
1.2 Isolerad från omvärlden	11
2. Att förlora makten över sin kropp och identitet	11
2.1 Oförmåga att uttrycka sina behov och önskemål.....	11
2.2 Att vara röstlös är utmattande och bidrar till uppgivenhet	11
3. Att utveckla rätt kommunikationsstrategier över tid.....	12
3.1 Hjälpmedel och strategier	12
3.2 Kommunikationens utveckling under vårdförloppet	13
4. En god vårdrelation kräver enkelhet i kommunikationen	13
4.1 Vårdrelationens betydelse för kommunikationen	13
4.2 När förståelse uppnås.....	14
4.3 Närståendes roll	14
Diskussion	15
Resultatdiskussion	15
Metoddiskussion.....	17
Slutsats	18

Kliniska implikationer.....	18
Referenslista	19
Bilaga 1. Artikelsökning Pubmed	25
Bilaga 2. Artikelsökning Cinahl	26
Bilaga 3. Artikelsökning PsycINFO	27
Bilaga 4. Sekundärsökning	28
Bilaga 5. PRISMA	29
Bilaga 6. Artikelsammanfattning	30
Bilaga 7. Exkluderade artiklar	36

Inledning

Att kunna tala och kommunicera med andra människor är något det flesta tar för givet. För kritiskt sjuka patienter som behöver andningsstöd genom mekanisk ventilation är det dock ingen självklarhet att kunna kommunicera verbalt och att ens kunna uttrycka sina grundläggande behov. Detta kan vara utmanande för både patient och vårdpersonal (Grossbach, Stranberg & Chlan, 2011). De senaste åren har ökad forskning lett till att yttlig sedering av patienter inom intensivvården eftersträvas då det bland annat visat sig förkorta tiden med mekanisk ventilation och den totala vårdtiden (Strøm, Martinussen & Toft, 2010). Yttlig sedering innebär även att patienten är vid medvetande (Elliott & Aitken, 2019). I kombination med mekanisk ventilation och en endotrakealtub eller tracheostomi innebär det att patienten är vaken men inte kan kommunicera verbalt (Grossbach, Stranberg & Chlan, 2011).

Intensivvårdssjuksköterskan ansvarar för att involvera patienten i vården, främja delaktighet samt ge vård efter patientens önskemål, behov och förutsättningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Genom att få en ökad förståelse för patienters upplevelse av icke-verbal kommunikation vid mekanisk ventilation kan alternativa kommunikationsmetoder och strategier anpassas så att patienten får en chans att uttrycka sina behov. Därmed kan patienten i högre grad delta i utförande och planeringen av vården, vilket också skulle kunna leda till en tryggare och mer individanpassad vård.

Intresset för kommunikation mellan patienter och vårdpersonal har funnits hos oss sedan tidigare arbete som grundutbildade sjuksköterskor. Vid kontakt med intensivvården under den verksamhetsförlagda delen av utbildningen blev vi nyfikna på hur kommunikationen fungerar när patienten är mekaniskt ventilerad.

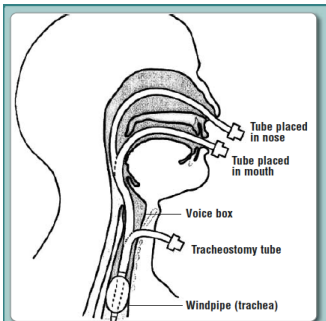
Bakgrund

1.1 Intensivvård och intensivvårdssjuksköterskan

Intensivvård är en typ av specialiserad vård som härstammar från 1950–1960-talet och som syftar till att vårda kritiskt sjuka och instabila patienter som har livshotande sjukdomstillstånd. Intensivvården kan vidare delas upp i ytterligare grenar, bland annat pediatrik, thorax och allmän intensivvård (Aitken, Chaboyer, Marshall, 2019). Svenska intensivvårdsregistret beskriver intensivvård som en vårdnivå där kritiskt sjuka patienter behöver noggrann övervakning och avancerad behandling. Patienterna kan svikta i ett eller flera vitala organ och en intensivvårdsavdelning är utrustad för att kunna ge vård och behandling till dessa tillstånd. Intensivvården är högteknologisk och är en av de mest resurskrävande formerna av sjukvård och teamen som arbetar där är specialistutbildade inom intensivvård (SIR, 2020). En intensivvårdssjuksköterskas kompetens bygger på den grundutbildade sjuksköterskans sex kärnkompetenser, men har också fördjupade kunskaper och färdigheter inom omvårdnad i intensivvård. I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor står det att en specialistsjuksköterska inom intensivvården bland annat ska kunna *”använda olika kommunikationsverktyg, interagera och arbeta stödjande för att kunna kommunicera med kritiskt sjuka och/eller kognitivt påverkade patienter samt deras närstående”* (Svensk sjuksköterskeförening, 2021).

1.2 Mekanisk ventilation

Mekanisk ventilation, eller invasiv ventilatorbehandling, är en vanligt förekommande behandling inom intensivvården som potentiellt kan rädda liv (Rose & Paulus, 2019). Under året 2020 ökade behandlingen med mekanisk ventilation från 39 procent under året 2019 till 43 procent och enligt svenska intensivvårdsregistret (SIR, 2021).



Figur 1. Skillnaden mellan nasal och oral intubering samt tracheostomi. Kuffens placering syns längst ned. Bild från Grossbach, Stranberg & Chlan (2011).

Medeldurationen för behandling med mekanisk ventilation i Sverige är 104 timmar år 2020 (SIR, 2021). De vanligaste tillstånden som kräver invasiv ventilatorbehandling är respiratorisk svikt av olika orsaker och koma (Rose & Paulus, 2019). Mekanisk ventilation innebär att patientens andning assisteras genom att luft, vanligen genom ett positivt tryck, flödar ner i lungorna vid inandning via en tub (Rose & Paulus, 2019). Behandlingen kan ges invasivt eller icke-invasivt och styrs via inställningar av volym, tryck och flöde på ventilatorn. Icke-invasiv ventilation innebär att patienten ventileras via en näsgrimpa eller mask som täcker ansiktet (Rose & Paulus, 2019). Vid invasiv behandling krävs att patienten har en tracheal infart som tillåter ventilering av lungorna och vanligtvis används en oral endotrakealtub eller en tracheostomi för detta. Båda dessa fungerar genom att de fixeras i luftstrupen med en uppblåsbar

kuff som gör att luftvägen är fri och skyddas mot aspiration. Kuffen är uppblåst när patienten andas med hjälp av en ventilator, vilket också innebär att talförmågan förloras då luft inte kan passera stämbanden. Patienten får då kommunicera icke-verbalt med stöd av olika kommunikativa strategier- och hjälpmedel (Grossbach, Stranberg & Chlan, 2011). En tracheostomi läggs kirurgiskt alternativt via en perkutan dilatationsteknik på patienter som har övre luftvägsobstruktion eller kräver mekanisk ventilation under en längre tid. För dessa patienter finns möjligheten att koppla en talventil som tillåter verbal kommunikation (Rose & Paulus, 2019).

Att behandlas med mekanisk ventilation och samtidigt vara vid medvetande kan skapa känslor hos patienten av att vara sårbar, beroende av andra människor och maskiner för att kunna överleva samt skapa en osäkerhet kring den egna förmågan att kunna andas (Engström et al., 2013). Trots obehaget som mekanisk ventilation kan innebära både fysiskt och psykiskt fann Holm och Dreyer (2017) att vissa patienter hellre var ytligt sederade eller utan sedering än djupt sederade, då detta ingav en känsla av kontroll om patienten inkluderades i vården.

Innan en patient extuberas och den mekaniska ventilationen avslutas bör en bedömning av patientens spontanandning genomföras (Rose & Paulus, 2019). För en del patienter kan det krävas en förlängd urträning innan extubation, vilket kan medföra förlängd vårdtid, ökad komplikationsrisk och risk för mortalitet. För att underlätta denna process för patienterna kan sjuksköterskor genom ett personcentrerat arbetssätt eftersträva att skapa en relation till patienten och försöka att möjliggöra en kommunikation (Cederwall et al., 2018). Davies (2007) menar också att om kommunikationen är lyckad mellan sjuksköterska och patient under ventilatorurträning kan förloppet anpassas efter patientens behov och minska risken för att patienten drabbas av panikattacker.

1.3 Sedering

Vid sedering administreras anestetika för att uppnå en ytlig eller djup medvetslöshet. Läkemedlet kan användas som kontinuerlig infusion för att upprätthålla sedering eller ges som enstaka doser (Naess & Strand, 2013). Dagligt sedationsstopp kan tillämpas, vilket innebär att patienten är sövd och väcks en gång per dag. Det finns dock ingen stark evidens för att dagligt sedationsstopp påverkar tid med ventilatorbehandling, vårdtid och utveckling av delirium positivt (Elliott & Aitken, 2019; Burry et al., 2014; Mehta et al., 2012). Arbetsbelastningen har även setts öka för sjuksköterskor när dagligt sedationsstopp tillämpas (Mehta et al., 2012).

Sederande läkemedel används inom intensivvården för att göra situationen så bekväm som möjligt för patienten och administreras ofta samtidigt som smärtlindrande – eller ångestdämpande läkemedel. Det minskar det obehag som uppkommer av invasiva procedurer och behandlingar (Elliott & Aitken, 2019). Mängden sedativa läkemedel som krävs är olika beroende på vilka behov patienten har utifrån tillstånd och behandling, och måste kontinuerligt utvärderas (Jackson et al., 2010). Vissa patienter är i behov av högre dos och blir då djupt sederade, medan andra är i behov av en mindre dos som ger ytlig sedering (Elliot & Aitken, 2019). Det är viktigt att i utvärderingen av sederingsbehov ta hänsyn till patientens status och ta reda på om det verkligen är sedering som behövs och inte smärtlindring, då patienter kan uppleva smärta från exempelvis traumatiska skador eller efter kirurgi. Endotrakealtuben och sugning av luftvägar kan också orsaka smärta och obehag (Hogarth & Hall, 2004, Elliott & Aitken, 2019).

I vissa fall är det dock helt nödvändigt med djup sedering, som till exempel när patienten är muskelrelaxerad (Hogarth & Hall, 2004, Elliott & Aitken, 2019). Att överanvända sedativa läkemedel kan orsaka försämrad funktion i hjärta, lungor och njurar och därmed leda till förlängd ventilatorbehandling (Elliott & Aitken, 2019). En djupt sederad patient blir också svårare att bedöma avseende neurologiska funktioner (Hogarth & Hall, 2004). Olsen et al. (2020) påvisade även en högre risk för tromboemboliska komplikationer vid djup sedering. Om patienten istället behandlas med för liten dos sederande läkemedel kan stress, oro och rastlöshet uppkomma med risk för att patienten skadar sig genom att dra i slangar och sladdar som är fästa

till kroppen (Hogarth & Hall, 2004; Elliott & Aitken, 2019). För låg dos kan också påfresta hjärtat genom stresspåslag och göra att patienten får en försämrad tolerans för ventilatorbehandlingen (Elliott & Aitken, 2019).

En ytligare sedering av intensivvårdspatienter har visat sig kunna öka den psykologiska återhämtningen samt minska risken för obehagliga minnen efter intensivvårdsvistelse med mekanisk ventilation (Treggiari et al., 2009). Med ytligare sedering får patienten även möjlighet att kommunicera och interagera med omgivningen (Cederwall et al., 2018). Att inte administrera sederande läkemedel, utan enbart opioider, till patienter med invasiv ventilatorbehandling har även visat sig ha positiva utfall då tiden på intensivvårdsavdelning samt den totala vårdtiden blev betydligt kortare (Strøm, Martinussen & Toft, 2010; Laerkner, Stroem & Toft, 2015), dock var andelen patienter som utvecklade delirium högre bland patienterna som inte fick sederande läkemedel (Strøm, Martinussen & Toft, 2010). Tiden med ventilatorbehandling har även dokumenterats bli kortare utan – eller med ytlig sedering (Strøm, Martinussen & Toft, 2010; Treggiari et al., 2009; Hogarth & Hall, 2004). Laerkner, Stroem och Toft (2015) kunde också visa i sin studie att sjuksköterskor inte upplevde någon skillnad i arbetsbelastning om de ansvarade för en patient utan sedering istället för två patienter med sedering som genomgick dagligt sedationsstopp. Ur en ekonomisk aspekt kunde det således ses som fördelaktigt att inte använda sederande läkemedel då intensivvårdstiden samt den totala vårdtiden minskade.

1.4 Kommunikation - verbal och icke-verbal

Kommunikation kan beskrivas som utbyte av information, respons, idéer eller känslor. För att en god kommunikation ska kunna uppnås ska det ske en tvåvägskommunikation vilket innebär att det är en som delger/sänder informationen och en som agerar som mottagare för informationen. Mottagaren avkodar därefter informationen som har givits för att kunna uppnå en förståelse av informationen. När mottagaren har fått en förståelse kan denne sedan svara (Flin, O'Connor & Crichton, 2008). Kommunikationen kan ske på olika sätt; verbalt eller icke-verbalt. Kroppsspråk, gester och skriven kommunikation betraktas som icke-verbal kommunikation (Chaboyer & Bergman, 2019).

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om delaktighet behöver patienten information för att kunna vara delaktig. För att delaktighet ska kunna uppnås i vården kräver det kunskap och insikt, vilket innebär att patienten behöver få god och anpassad information om sin vård och behandling. Kommunikationen mellan patienten och vårdpersonalen ses som central i delaktigheten och det är bättre att fråga patienten vad hen prioriterar eller önskar istället för att gissa eller anta. Patientens vård blir säkrare om denne är välinformerad, vården ska därför om möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (Socialstyrelsen, 2021). I FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning fastställs att alla människor har rätt till kommunikation oavsett om denne har möjlighet att kommunicera verbalt eller inte (FN, 2008). Dahlberg och Segesten (2010) belyser vikten av anpassad information som går att förstå samt en vårdare som lyssnar och vill förstå. För att patienten ska kunna vara delaktig i denna nya situation, som det innebär vid sjukdom och vistelse på sjukhus, krävs det ett vårdande sammanhang där patienten kan påverka och att den som vårdar tillämpar ett patientperspektiv.

Augmentative and alternative communication, AAC, är kommunikativa strategier som inkluderar alla olika typer av kommunikation förutom den verbala kommunikationen. AAC kan tillämpas under en kort eller lång period beroende på orsak till att patientens förmåga att

kommunicera verbalt är nedsatt eller obefintlig. Gester, skrift, handrörelser och användning av beskrivande föremål räknas som AAC (American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), 2021). Likaså betraktas även olika strategier och hjälpmedel såsom kommunikationstavlor och moderna elektroniska kommunikationshjälpmedel som AAC (ASHA, 2021; Handberg & Voss, 2018). Numera finns flertalet teknologiska kommunikationshjälpmedel att använda sig av (ten Hoorn et al., 2016). Det kan till exempel vara en dator eller surfplatta där patienten kan skapa eller använda redan förinspelade meningar som sedan läses upp. Patienten styr uppläsningen av meningar och ord via en touch-skärm eller via en detektor som reagerar på ögonblinkningar. Electrolarynx är en apparat som kan användas genom att tryckas mot halsen för att skapa ljud från vibrationer. Användning av dessa hjälpmedel kan upplevas som positivt av både patient och vårdpersonal. Det kräver dock en förståelse för hur hjälpmedlet fungerar, att patienten inte är alltför trött och har koordination och styrka i övre extremiteter (ten Hoorn et al., 2016).

AAC är stärkande för individen som har nedsatt förmåga att tala och är alternativ när förmågan att tala är helt frånvarande (ASHA, 2021). Att ha tillgång till AAC kan vara framgångsrik för intensivvårdsavdelningar. Tillgången till AAC kan stötta sjuksköterskan att kommunicera med den mekaniskt ventilerade patienten som inte kan kommunicera verbalt. Även enklare lågteknologiska hjälpmedel så som kommunikationstavlor kan underlätta och förbättra kommunikationen (Dithole, 2017). Vidare beskriver Oczkowski et al. (2016) att om personal utbildas i användningen av AAC kan detta förkorta vårdtiden och minska morbiditet. I en systematisk litteraturoversikt av Carruthers, Astin och Munro (2017) kunde det inte utrönas vilken kommunikationsstrategi som var den mest effektiva inom intensivvård, men användning av AAC kunde öka patientens tillfredsställelse. Att kunna kommunicera effektivt med patienten är viktigt för att kunna uppnå en god vård.

Genom att säkerställa kommunikationen med patienten kan sjuksköterskan fastställa grundläggande psykiska och fysiska behov och patienten kan ge uttryck för sina önskemål. För att ta reda dessa kan sjuksköterskan alltså använda sig av ett flertal olika metoder och strategier i kommunikationen, som till exempel kroppsspråk, nickningar, mima ord, skrift, användning av bokstavs- och bildtavlor eller andra teknologiska hjälpmedel (Grossbach, Stranberg & Chlan, 2011). När kommunikationen misslyckas kan detta leda till komplikationer för patienten så som förvärrad upplevelse av smärta och oro, men också orsaka förlängda vårdtider. Dock kan en lyckad och effektiv kommunikation leda till det motsatta, det vill säga en snabbare återhämtning och en mer tillfredsställd patient (Jansson, et al., 2019). Grossbach, Stranberg & Chlan (2011) menar också att det är viktigt att både patienten och anhöriga utbildas i kommunikativa strategier för den enskilde patienten samt att personalen håller sig till samma strategi för att undvika förvirring eller frustration i kommunikationen. De kommunikativa hjälpmedlen bör finnas vid patientens sängbord för att vara nära till hands för användning.

Problemformulering

När patienter behandlas med mekanisk ventilation i vaket tillstånd kan de inte kommunicera verbalt på grund av endotrakealtuben eller tracheostomin. Verbal kommunikation ger förutsättningar för att kunna få omvårdnads- och informationsbehov tillgodosedda som patient vilket blir komplicerat när rösten försvinner. En hel del forskning finns redan om patienters upplevelser av att vara vakna under behandling med mekanisk ventilation men upplevelsen av kommunikation har inte beskrivits i lika stor utsträckning. Det lyfts också fram i flertalet studier att mer kunskap behövs hos sjuksköterskor för att kunna underlätta patienters kommunikation

vid mekanisk ventilation. I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom intensivvård beskrivs det att sjuksköterskor bland annat ska kunna använda kommunikationsverktyg för att kommunicera med den kritiskt sjuka patienten. Genom att få kunskap om patienters upplevelse av att inte kunna kommunicera verbalt vid mekanisk ventilation kan lämpliga hjälpmedel och stärkande strategier implementeras för att underlätta kommunikationen. Det kan då leda till en bättre och säkrare vård genom att patientens behov i större grad tillgodoses och delaktigheten ökar.

Syfte

Syftet med denna systematiska litteraturöversikt är att beskriva patienters upplevelser av att inte kunna kommunicera verbalt vid behandling med mekanisk ventilation på intensivvårdsavdelning.

Metod

2.1 Design - systematisk litteraturöversikt

För att skapa en bild över forskningsläget inom ett område lämpar sig en systematisk litteraturöversikt. På så sätt kan forskare undersöka vilken kunskap som finns samt vilken kunskap som saknas inom ett ämne. En systematisk litteraturöversikt kräver ett systematiskt och transparent tillvägagångssätt där tydliga inklusions- och exklusionskriterier redovisas. För att bibehålla en hög kvalitet på den systematiska litteraturöversikten behöver ett antal principer följas; 1. en preciserad fråga 2. dokumentation och reproducerbarhet 3. systematisk sökning efter all relevant litteratur 4. kvalitetsgranskning av artiklar 5. extraktion av data 6. sammanvägning av resultaten och 7. bedömning av resultaten. Genom att följa dessa principer minimeras riskerna att slumpen eller godtycklighet påverkat slutsatserna (Rosén, 2017).

2.2 Utformning av frågeställning

För att strukturera frågeställningen användes modellen SPICE (Setting, Perspective, Intervention, Comparison, Evaluation) då den med fördel används för studier som bygger på kvalitativ data. Genom att använda SPICE klargörs inklusions- och exklusionskriterier för studien samt vilka begränsningar som finns för litteratursökningarna (SBU, 2017). Författarna till denna litteraturöversikt valde att inte tillämpa "comparison" i SPICE då det inte ansågs som relevant för översiktens syfte. Utformningen av frågeställningen i SPICE kan ses nedan i tabell 1.

Tabell 1. SPICE

S	Intensivvårdsavdelning
P	Mekaniskt ventilerade patienter
I	Icke-verbal kommunikation
C	Ej Aktuellt
E	Upplevelser

2.3 Sökstrategi

Litteraturöversikten startade med testsökningar inom det valda ämnet för att undersöka vilka termer som förekom i titlar och abstract, hur stor sökmängd som kunde förväntas samt om

frågeställningen var tillräckligt väldefinierad (SBU, 2017). Sökstrategien diskuterades med handledare samt med bibliotekarierna på Göteborgs bibliotek. För huvudsökningarna till litteraturoversikten valdes databaserna Pubmed, Cinahl och PsycINFO för att täcka in artiklar med inriktning medicin, omvårdnad och psykologi. Som sökstrategi till databaserna användes blocksökning, vilket innebär att varje del i SPICE ses som ett block av söktermer och sökfraser. "Intensivvård" valdes att inte tas med i blocksökningen då mekanisk ventilation framförallt är en behandling som bedrivs inom intensivvården, vilket innebär att de artiklar som var utanför en intensivvårdskontext manuellt sorterades bort.

I sökblocken användes de booleska operatorerna AND och OR för att kunna kombinera synonymer och vid behov användes trunkering (*) i slutet på en ordstam för att innefatta fler varianter av ordet. Den booleska operatoren NOT valdes att inte användas för att minimera risken att relevanta artiklar missades (SBU, 2017). Sökningarna i databaserna är dokumenterade i bilaga 1–4, artikelsökning. Sökorden kontrollerades i svensk MeSH, i dokumentet "Termer för upplevelser och bemötande i olika former" från Karolinska institutet och även mot en engelsk ordbok för att säkerställa korrekt stavning och översättning. Se använda sökord i tabell 2 samt avgränsningar i databassökningarna i bilaga 1–4. Att notera är att avgränsning gällande publikationsår enbart gjordes där det krävdes för att få ett hanterbart antal sökträffar.

Tabell 2. Sökord

Patient	Patient, inpatient
Upplevelse	Experience, perception, view, feeling, attitude
Kommunikation	Communication, interaction, nonverbal, nonspeaking, nonvocal
Mekanisk ventilation	Mechanical ventilation, invasive ventilation, artificial respiration, artificial ventilation, intubated

På sökträffarna i databaserna lästes titlar och relevanta abstract. Vid relevanta abstract sparades artikeln och lästes därefter i sin helhet. Referenslistorna i artiklarna granskades för att hitta eventuella studier som inte upptäckts i databassökningen. Utifrån denna referensgranskning inkluderades en artikel som var återkommande i flera referenslistor och sågs som bärande för efterföljande forskning (se bilaga 4). Övriga artiklar i referenslistorna som verkade intressanta på titelnivå var antingen redan inkluderade, var artiklar av typen review eller ansågs inte relevanta för denna litteraturoversikts syfte.

2.4 Urval

I tabell 3 listas inklusions- och exklusionskriterier som tillämpades vid urvalet av artiklar. Polit och Beck (2021) rekommenderar att redovisning av artiklar för systematiska reviews och metaanalyser görs i en PRISMA flödesdiagram för att förtydliga urvalsprocessen av artiklarna till översikten. Denna översikts PRISMA redovisas i bilaga 5. Flödesschemat beskriver identifiering, screening, granskning och inklusion av artiklar. De artiklar som inkluderades till översikten kvalitetsgranskades med hjälp av SBU:s granskningsmallar för kvalitativa och kvantitativa studier. En sammanfattning av de inkluderade artiklarna kan ses i bilaga 6, artikelsammanfattning. Artiklar exkluderades om de inte svarade an på denna översikts syfte, inte var utförda i en intensivvårdsmiljö eller hade bristande kvalitet. Exkluderade artiklar redovisas i bilaga 7.

Tabell 3. Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Peer Reviewed • Originalartikel • Artikeln är på engelska • Vuxna patienter • Intensivvårdskontext • Patienter har varit vakna under behandling med mekanisk ventilation via endotrakealtub eller tracheostomi • Medelhög eller hög kvalitet vid granskning 	<ul style="list-style-type: none"> • Artikeln finns ej i fulltext i Göteborgs universitetsbiblioteks databas • Mekanisk ventilation i hemmet eller i rehabiliteringskontext • Låg kvalitet vid granskning

2.5 Dataanalys

Data extraherades enligt de nio stegen för kvalitativ systematisk litteraturoversikt beskriven av Bettany-Saltikov och McSherry (2016, s. 144-146). Båda författarna till denna litteraturoversikt läste igenom samtliga artiklars resultat för att bli medvetna om patienters upplevelse av att inte kunna kommunicera verbalt vid behandling med mekanisk ventilation. Vid inläsning av resultat markerades relevant data manuellt. Därefter extraherades alla markeringar till ett arbetsblad med tabeller. Extraherad data delades upp i subteman enligt metoden för *öppen kodning*, se tabell 4 för exempel. Vidare kontrollerades samtliga subteman mot varandra för att kunna gruppera dem till större teman och göra liknande subteman enhetliga. Därefter granskades subteman och huvudteman i sin helhet igen för att kontrollera att all relevant data från artikelresultaten inkluderats. För presentation av kvalitativ data rekommenderar Bettany-Saltikov och McSherry (2016) att resultatet redovisas i subteman och huvudteman, dock innefattar denna litteraturoversikt två kvantitativa studier (Martinho & Rodrigues, 2016; Khalaila et al., 2011) samt tre studier med mixad-metod (Patak et al., 2006; Guttormson, Bremer & Jones, 2015; Roberts et al., 2019). Dessa studier kommer att redovisas på samma sätt som de övriga kvalitativa studierna (Tembo, Higgins & Parker, 2015; Flinterud & Andershed, 2015; Karlsson, Bergbom & Forsberg, 2012; Holm & Dreyer, 2018; Hafsteindóttir, 1996; Laerkner et al., 2017) i resultatet.

Tabell 4. Extraherad data

Artikel	Sida	Kolum	Rad	Extraherad data	Öppen kodning	Subtema	Huvudtema
Flinterud & Andershed (2015)	2299	Most difficult in the beginning	18-22	The shock of waking up, not knowing what had happened and being unable to speak, evoked feelings of frustration and despair. Some did not understand that they could not speak; thus, they tried to talk louder and louder and became increasingly stressed out.	Frustration och förtvivlan av att vakna och inte kunna tala	Maktlöshet och frustration	En känslostorm

2.6 Forskningsetiska ställningstaganden

Det kan vara svårt att bedöma om en studie är utförd i enlighet med etiska riktlinjer då det inte alltid finns information om etik i artikeltexten som är detaljerad nog. Det finns dock nio kritiska

frågor om etik som läsaren kan ställa sig vid granskning av en artikel (Polit och Beck, 2021, s.148). Vid granskning av artiklar i denna litteraturöversikt har dessa frågor reflekterats över för att bedöma etiska aspekter i de inkluderade studierna. Frågorna inkluderar bland annat om studien har godkänts av etisk kommitté eller motsvarande, om deltagarna har utsatts för obehag eller någon form av skada, huruvida konfidentialitet och samtycke har säkrats samt om deltagarna har fått tillräcklig information om studien (Polit & Beck, 2021). En av dessa frågor belyser även deltagarnas sårbarhet i samband med att studierna utförs och hur detta hanterats. Detta är något som är viktigt att reflektera över i denna litteraturöversikt då intensivvårdspatienter ofta kan vara mycket trötta och sköra relaterat till kritisk sjukdom. I de inkluderade studierna har patienternas sårbarhet beaktats, särskilt om studien ägt rum i samband med eller i nära anslutning till intensivvårdsvistelsen.

Patienter som deltagit i de inkluderade studierna har varit kapabla att ge ett informerat samtycke och delirium eller någon form av kognitiv nedsättning har varit exklusionskriterier i samtliga artiklar. Alla inkluderade artiklar i denna litteraturöversikt har ett etiskt resonemang och de studier som är utförda i länder där det krävs godkännande av en etisk kommitté, Institutional Review Board eller motsvarande har beviljats detta.

Inom forskningsetik är det också viktigt att vi som studenter och författare till uppsatsen arbetar enligt grundvärderingarna för hederlighet och ärlighet. Detta betyder enligt Kjellström (2017) att arbetet inte får manipuleras eller medvetet förvrängas genom att exempelvis plagiera och/eller förvränga andras forskningsmaterial alternativt ändra i metoder eller resultat. Utöver detta är det också viktigt att korrekt citat- och referensteknik används för att tydligt ange källan bakom den inhämtade informationen. Detta reflekterades över och eftersträvades under hela magisteruppsatsens gång.

Resultat

Denna litteraturöversikt bygger på sammanlagt 11 inkluderade artiklar med 147 intervjuade patienter och 295 utförda skattningsformulär gällande patienters upplevelser av kommunikation vid behandling med mekanisk ventilation. Studierna är genomförda i Australien (Tembo, Higgins & Parker, 2015) Norge (Flinterud & Andershed, 2015), Sverige (Karlsson, Bergbom & Forsberg, 2012), Danmark (Holm & Dreyer, 2018; Laerkner et al., 2017), Israel (Khalaila et al., 2011), Portugal (Martinho & Rodrigues, 2016) och Island (Hafsteindóttir, 1996) samt i USA (Roberts et al., 2019; Guttormson, Bremer & Jones, 2015; Patak et al., 2006) och publicerades mellan år 1996 och 2019. Under analysen av artikelmaterialen arbetades fyra teman fram med tillhörande subteman. En sammanställning av teman och subteman presenteras i tabell 5.

Tabell 5. Extraherade teman och subteman

Tema	Subtema
1. En känslostorm	• Maktlöshet och frustration • Isolerad från omvärlden
2. Att förlora makten över kropp och identitet	• Oförmåga att uttrycka sina behov och önskemål • Att vara röstlös är utmattande och bidrar till uppgivenhet
3. Att utveckla rätt kommunikationsstrategier över tid	• Hjälpmedel och strategier • Kommunikationens utveckling under vårdförloppet
4. En god vårdrelation kräver enkelhet i kommunikationen	• Vårdrelationens betydelse för kommunikationen • När förståelse uppnås • Närståendes roll

1. En känslostorm

1.1 Maktlöshet och frustration

Frustration över att inte kunna tala vid behandling med mekanisk ventilation var en känsla som återfanns i flertalet av de inkluderade studierna (Tembo, Higgins & Parker 2015; Roberts et al., 2019; Patak et al., 2006, Flinterud & Andershed; 2015; Holm & Dreyer, 2018; Guttormson, Bremer & Jones, 2015). Att upprepade gånger försöka göra sig förstådd kunde till slut leda till att patienten gav upp (Holm & Dreyer, 2018; Hafsteinsdóttir, 1996; Flinterud & Andershed, 2015). Holm och Dreyer (2018) beskriver vidare att en känsla av förödmjukelse kunde uppstå när patienterna fick frågor som inte handlade om vad de egentligen kände och ville uttrycka utan om enbart om sådant som sjuksköterskan ansåg viktigt. En patient beskrev att smärta upptog alla tankar till en början och att kommunikationen inte ansågs som viktig just då, men när smärtan lindrats upplevdes en irritation över att inte kunna kommunicera verbalt. Även ilska var en känsla som kunde upplevas (Hafsteinsdóttir, 1996; Flinterud & Andershed, 2015; Khalaila et al., 2011). Deltagare i tre olika studier (Hafsteinsdóttir, 1996; Flinterud & Andersheds, 2015; Tembo, Higgins & Parker, 2015) upplevde chock och rädsla när de insåg att de inte kunde uttrycka sig verbalt när de vaknade och var intuberade.

Att inte kunna tala under behandling med mekanisk ventilation upplevdes som värre än själva behandlingen i sig. Misslyckad kommunikation och brist på information påverkade patienternas välbefinnande, känsla av säkerhet och bekvämlighet i en negativ aspekt (Guttormson, Bremer & Jones, 2015). Roberts et al. (2019) fann att rädsla var en vanligt förekommande känsla vid vakenhet och mekanisk ventilation. Khalaila et al. (2011) kunde också bekräfta ett samband mellan svårigheter att kommunicera och rädsla. Att förlora sin röst och sitt tal kunde även te sig som överkligt och orsakade en rädsla över att inte kunna tala i framtiden (Flinterud &

Andershed, 2015). Roberts et al. (2019) fann även att negativa känslor var vanligare än positiva känslor såsom glädje. I Khalaila et al.'s (2011) studie fann de att anestesi-längd och kommunikationssvårigheter kunde ha en negativ inverkan på den psykiska hälsan.

1.2 Isolerad från omvärlden

Oförmågan att inte kunna kommunicera verbalt ingav känslor av hjälplöshet och maktlöshet då patienten var oförmögen att kommunicera sina önskemål, behov och sin vilja (Karlsson, Bergbom & Forsberg, 2012; Guttormson, Bremer & Jones, 2015; Flinterud & Andershed, 2015; Roberts et al., 2019; Laerkner et al., 2017). Att inte kunna kommunicera verbalt och att inte kunna använda hjälpmedel eller gester på ett förståeligt sätt gjorde att patienterna kände sig hjälplösa, ensamma och fångade (Holm & Dreyer, 2018; Hafsteinsdóttir, 1996; Tembo, Higgins & Parker, 2015). En känsla av att bli avfärdad kunde uppstå när vårdpersonalen inte förstod vad patienten ville kommunicera. Att bli avfärdad innebar att känslan av kontroll förlorades och på så sätt uppstod även en rädsla (Guttormson, Bremer & Jones, 2015). Rädsla uppkom även till följd av känslan av att vara isolerad (Roberts et al., 2019). Förlust av rösten ledde till att patienter kände sig isolerade från omgivningen och en upplevelse av att den sjuka kroppen var som ett fångelse, något som också kunde leda till att kontrollen över situationen förlorades (Tembo, Higgins & Parker, 2015). Det upplevdes också svårt att inte kunna påverka eller ha någon kontroll över vad människor i omgivningen gjorde (Laerkner et al. 2017).

2. Att förlora makten över sin kropp och identitet

2.1 Oförmåga att uttrycka sina behov och önskemål

En av de värsta upplevelsorna under behandling med mekanisk ventilation var att förlora rösten, vilket också förknippades med en form av identitetsförlust. Särskilt frustrerande ansågs det att inte ens kunna säga sitt namn, vilket var förknippat med identitet. Detta kunde ta mycket energi från patienten (Karlsson, Bergbom & Forsberg, 2012). I Guttormson, Bremer och Jones studie (2015) fann de att 30 procent av patienterna upplevde att det var svårt att uttrycka sina behov icke-verbalt. När de hade mer komplexa frågor om sin vård och behandling kunde inte detta uttryckas med de enstaka ord som patienten kunde förmedla (Holm & Dreyer, 2018). Det uppkom känslor av rädsla och förtvivlan över att inte kunna förmedla sina komplexa omvårdnadsbehov, till exempel andnöd (Hafsteinsdóttir, 1996). Känslor av hjälplöshet, förtvivlan och oro framkom också när patienterna förlorade förmågan att kalla på hjälp eller förklara sina behov, såsom vid smärtproblematik (Guttormson, Bremer & Jones, 2015; Flinterud & Andershed, 2015; Roberts et al., 2019; Laerkner et al., 2017). I Flinterud och Andersheds studie (2015) beskrev patienterna att de kunde skrika inombords av smärta, men kunde inte kommunicera den verbalt till personalen. Det var även svårare att uttrycka sina känslor utan ord (Tembo, Higgins & Parker, 2015). Orden fanns i huvudet och var redo att sägas men kunde inte yttras (Roberts et al., 2019). Att vara vaken och inte kunna kommunicera verbalt skapade enligt Karlsson, Bergbom och Forsberg (2012) en hjälplöshet relaterat till oförmågan att kunna agera efter egen vilja.

2.2 Att vara röstlös är utmattande och bidrar till uppgivenhet

Muskelsvaghet, trötthet, medvetandegrad och patientens kognitiva förmåga påverkade möjligheterna att kunna kommunicera icke-verbalt. Graden av dessa kunde variera under behandlingsperioden med mekanisk ventilation och därmed göra kommunikationen komplex. Det belyses också hur utmattande det kunde vara för patienter att försöka kommunicera icke-verbalt, bland annat på grund av att det tog lång tid att skriva på bokstavstavla. Det ledde till att patienten kunde glömma bort vad som var tänkt att förmedlas från början (Holm & Dreyer,

2018). Att svara på många frågor från personalen kunde också leda till utmattning (Flinterud & Andershed, 2015).

Användning av penna och papper för att kommunicera var vanligt förekommande, men oftast svårt då patienterna var för trötta och svaga för att kunna använda finmotoriken för skrift, vilket då ledde till en känsla av uppgivenhet och frustration. Att göra försök till att kommunicera, men att ständigt misslyckas och inte bli förstådd, ledde till att patienterna till slut gav upp (Hafsteinsdóttir, 1996; Flinterud & Andershed, 2015; Tembo, Higgins, & Parker, 2015; Laerker et al., 2017). Det beskrevs också att vissa istället undvek att beskriva sina känslor vilket mynnade ut i en passivitet (Hafsteinsdóttir, 1996). För andra ledde utmattningen som kom utav att inte kunna tala till ett utlopp av känslor och gråt.

Vissa patienter förstod inte varför de inte kunde tala eller yttra några ord. Det kunde leda till att de gjorde försök till att tala trots att de inte hade någon röst, vilket försvårade kommunikationen och upplevdes som mycket stressande (Holm & Dreyer, 2018; Flinterud & Andershed, 2015). Andra hade en förståelse för varför de inte kunde tala och hade istället insett att de inte kunde påverka den aktuella situationen och kommunikationen upplevdes då som en återvändsgränd (Roberts et al., 2019). Det uppstod också en rädsla när patienten inte förstod varför rösten var förlorad och när de inte kunde ta kontakt med personer i sin omgivning. En patient beskrev det som meningslöst och frustrerande att förstå vad människor i omgivningen sa men utan att kunna svara (Tembo, Higgins & Parker, 2015).

3. Att utveckla rätt kommunikationsstrategier över tid

3.1 Hjälpmedel och strategier

Icke-verbal kommunikation under behandling med mekanisk ventilation ansågs som något av det svåraste att bemästra under intensivvårdsvistelsen (Guttormson, Bremer & Jones, 2015; Marthino & Rodrigues, 2016; Khalaila et al., 2011). De vanligaste sätten att kommunicera utan att tala var att nicka eller skaka på huvudet, läsa på läppar, använda penna och papper, ord- och bildtavlor samt elektroniska hjälpmedel (Khalaila et al., 2011). Tillämpning av kommunikativa hjälpmedel, såsom bildtavla, kunde försvåras på grund av muskelsvaghet och tremor (Flinterud & Andershed, 2015; Hafsteinsdóttir, 1996; Laerkner et al., 2017). Även användning av penna och papper för att kommunicera kunde vara svårt relaterat till svaga eller svullna händer. Likaså i Tembo, Higgins och Parkers studie (2015) beskrev patienterna svårigheter att använda skrift relaterat till den kroppsliga svagheten och det upplevdes då som skrämmande att inte kunna kommunicera varken verbalt eller skriftligt. Vissa patienter uppskattade dock att kommunicera med skrift och önskade att de oftare hade haft tillgång till penna och papper (Guttormson, Bremer & Jones, 2015). När patienten skulle skriva på papper var det viktigt att det gavs tid på grund av kognitiv påverkan med svårigheter att komma ihåg bokstäver och ord (Laerkner et al., 2017).

Det hände att patienterna till en början kunde vara övertygade om att de kunde bemästra de tillgängliga hjälpmedlen men blev istället besvikna när de misslyckades (Flinterud & Andershed, 2015). Upprepade försök till att göra sig förstådd med ett hjälpmedel kunde ses som tröttsamt (Flinterud & Andershed, 2015). Samtidigt beskriver Roberts et al. (2019) och Khalaila et al. (2019) att när kommunikativa hjälpmedel och strategier används med rätt förutsättningar och leder till effektiv kommunikation kan det i sin tur leda till minskad rädsla. När patienter fick uppskatta om deras frustration skulle minska vid användning av en kommunikationstavla

där ord och bilder fanns att peka på för att beskriva behov, svarade majoriteten att frustrationen troligtvis skulle varit mindre om de fått använda denna istället för inget hjälpmedel alls (Patak et al., 2006). Det upplevdes också som effektivare och snabbare att använda en kommunikationstavla än inga hjälpmedel. Att använda en kommunikationstavla betraktades som ett organiserat sätt att beskriva sin vilja och lättare bli förstådd (Guttormson, Bremer & Jones, 2015). Dock krävdes det att patienten fick tid på sig att förmedla sitt budskap med hjälpmedlet och att vårdpersonalen hade tålamod, annars blev det ineffektivt och frustrerande för patienten.

3.2 Kommunikationens utveckling under vårdförloppet

Vilken typ av kommunikationsmetod som användes samt kommunikationens innehåll berodde på vilken fas i förloppet patienten befann sig i (Holm & Dreyer, 2018). En mer vaken patient önskade mer effektiva kommunikationsmetoder. Effektiv kommunikation gjorde patienten mer bekväm och mindre rädd (Roberts et al., 2019). Till en början kunde kommunikationens innehåll mestadels handla om att kommunicera exempelvis smärta för att sedan övergå till uttryck av andra behov och djupare känslor (Holm & Dreyer, 2018). Initialt användes ofta enbart metoder som att nicka eller skaka på huvudet samt kroppsrorelser (Flinterud & Andershed, 2015; Tembo, Higgins & Parker, 2015). När patienterna återfått kontrollen över sin kropp möjliggjordes användning av andra hjälpmedel och strategier för kommunikation. Upplevelsen av att kommunicera icke-verbalt blev bättre med tiden, då patienterna hittade nya strategier för att hantera situationen. En annan anledning till förbättrad kommunikation med tiden var att personalen lärde känna patienten och därför kunde tolka deras olika kommunikativa strategier (Flinterud & Andershed, 2015). Patienterna lärde sig också att anpassa sina uttryck för att sjuksköterskorna lättare skulle förstå, till exempel genom att mima orden på ett visst sätt (Karlsson, Bergbom & Forsberg, 2012). I Guttormson, Bremer och Jones studie (2015) belyses vikten av att etablera en metod för att förbättra kommunikationen mellan patient och sjuksköterska under behandlingstiden med mekanisk ventilation.

4. En god vårdrelation kräver enkelhet i kommunikationen

4.1 Vårdrelationens betydelse för kommunikationen

Trots frustration på grund av bristande kommunikationsmöjligheter kunde patienterna ändå uppleva att de fick god omvårdnad och ett bra omhändertagande om vårdpersonalen utstrålade ett lugn och en trygghet i patientens närvaro (Flinterud & Andershed, 2015; Roberts et al., 2019). Holm och Dreyer (2018) och Guttormson, Bremer och Jones (2015) beskriver att en förutsättning för att patienten skulle uppleva god kommunikation var att sjuksköterskan var tålmodig och visade att det fanns tid till kommunikation. Ögonkontakt och fysisk beröring ansågs också som stärkande i kommunikationen (Flinterud & Andershed, 2015; Laerkner et al., 2017). Att lätt kunna få ögonkontakt med sjuksköterskan upplevdes som en trygghet och i motsats kändes situationen osäker av att inte kunna få ögonkontakt med någon i omgivningen (Laerkner et al., 2017). Det sågs som lugnande att vara omgiven av vårdpersonal som vågade bemöta oro, höll ögonkontakt under mötet och talade till patienten även om de inte kunde svara tillbaka i ord (Flinterud & Andershed, 2015). Patienter beskrev även att personal som vårdade dem instinktivt kunde veta deras behov utan att de hade kommunicerat dem, vilket sågs som något positivt (Flinterud & Andershed, 2015; Laerkner et al., 2017). Att vakna med mekanisk ventilation och att inte kunna tala upplevdes som skrämmande, men en sjuksköterskas närvaro och information hade en lugnande inverkan på patienten (Hafsteinsdóttir, 1996; Flinterud & Andershed, 2015). Samtidigt blev vårdrelationen ojämn när patienten inte kunde återkoppla i ord (Holm & Dreyer, 2018). Det kunde också skapas en känsla av förödmjukelse över att inte

kunna svara, vilket upplevdes som en maktförskjutning åt sjuksköterskans håll. Sjuksköterskan blev den som bestämde samtalsämne, vilket kunde leda till att det som patienten önskade att kommunicera inte kom fram. Detta exemplifierades där en sjuksköterska förklarade att de skulle suga rent i luftvägarna, men allt patienten tänkte på och ville fråga om handlade om närstående och när ventilatorbehandlingen skulle komma att avslutas. Maktförskjutningen i kommunikationen skapade även känslor av förlorad värdighet och nedvärdering (Holm & Dreyer, 2018). Ständig närvaro av vårdpersonal kunde också upplevas som begränsande när patienten hade besök av närstående, då de upplevde att de inte kunde kommunicera fritt (Karlsson, Bergbom & Forsberg, 2012). Att vara vid medvetande och inte kunna tala kunde skapa känslor hos patienterna av att de inte blev bemötta med respekt om sjuksköterskorna inte försökte förstå vad patienten ville säga eller agerade på ett sådant sätt som utstrålade att de ignorerade patientens försök till kommunikation (Karlsson, Bergbom & Forsberg, 2012; Guttormson, Bremer & Jones, 2015; Laerkner et al., 2017). Det var av värde att sjuksköterskan riktade sig till patienten under samtalet för att inte skapa en känsla av att prata över patientens huvud (Guttormson, Bremer & Jones, 2015). Viktigt i kommunikationen var också att det fanns en god attityd från sjuksköterskans sida; ett intresse och en vilja att förstå, samt att uppmärksamheten var riktad mot patienten för att visa att det som uttrycktes hade betydelse (Laerkner et al., 2017).

4.2 När förståelse uppnås

När patienten upplevde att hen blev förstådd av sjuksköterskan kunde kommunikationen upplevas som något positivt. För att uppnå detta underlättades det om kommunikationen var på en enkel nivå samt att det fanns kontinuitet, tålmod, lugn och empati från sjuksköterskans sida. Det ansågs också viktigt att prioritera och avsätta tid för att lyckad kommunikation skulle uppnås (Holm & Dreyer, 2018). När patienterna lyckades styra samtalsämnet och aktivt delta i kommunikationen med gester och kroppsspråk kunde detta inge en känsla av att kunna påverka sin situation, vilket upplevdes som positivt (Laerkner et al., 2017). Patienter kunde uppleva att de blev förstådda och fick god omvårdnad trots att kommunikationen inte alltid var enkel (Flinterud & Andershed, 2015) och Holm och Dreyer (2018) beskriver hur kommunikationen mellan patienten och sjuksköterskan hela tiden rörde sig mellan känsla av förståelse och frustration. När en patient fick behandlingsplanen förklarad för sig, till exempel svar på hur länge ventilatorbehandlingen skulle pågå, upplevdes frustrationen som mindre (Hafsteinsdóttir, 1996). Andra positiva faktorer för kommunikationen var upplevd trygghet och säkerhet (Flinterud & Andershed, 2015).

4.3 Närståendes roll

För de mekaniskt ventilerade patienterna i Guttormson, Bremer och Jones studie (2015) var det viktigt att närstående inkluderades i kommunikationen och informationen för att skapa en trygghet. Närstående sågs även som ett stöd under behandling med mekanisk ventilation (Hafsteinsdóttir, 1996) och det sågs som en negativ upplevelse att inte kunna tala med sina närstående, utan istället behöva använda gester (Roberts et al., 2019). Närstående kunde också stötta kommunikationen och agera som en länk mellan patienten och vårdpersonalen, då närstående kände patienten och var välbekanta med patientens kroppsspråk och gester sedan tidigare (Karlsson, Bergbom & Forsberg 2012; Hafsteinsdóttir, 1996; Flinterud & Andershed, 2015). Samtidigt rapporterade Martinho och Rodrigues (2016) i motsats till ovanstående att patienterna i deras studie upplevde det som svårare att kommunicera med närstående. Även i Guttormson Bremer och Jones studie (2015) kunde patienterna uppleva att familjemedlemmar var för ivriga att försöka förstå den mekaniskt ventilerade patienten, vilket då kunde leda till en känsla av frustration.

Diskussion

Resultatdiskussion

Resultatet visade att en stor del av de patienter som behandlas med mekanisk ventilation kan uppleva någon form av negativ känsla såsom frustration, rädsla, isolering, maktlöshet samt svårigheter att använda kommunikativa hjälpmedel. Att göra sig förstådd icke-verbalt kunde vara utmattande med efterföljande känslor av uppgivenhet. Närstående och vårdpersonal kunde ha både en positiv och negativ inverkan på patienters upplevelser av kommunikation under behandling med mekanisk ventilation. I enighet med Baumgarten och Poulsens metasyntes (2015) framkom det även i vår litteraturöversikt att patienter kunde uppleva att de sattes i en beroendeställning gentemot vårdpersonalen på grund av att de inte kunde kommunicera verbalt och att detta i sin tur skapade känslor av rädsla, oro och ensamhet. Likt denna litteraturöversikts resultat framkom det också att personalen kan lindra patientens känslor av rädsla, oro och ensamhet genom att vara närvarande. Sjuksköterskan kan upplevas ha en maktposition och det är därför viktigt att sjuksköterskan som arbetar med patienter som inte kan kommunicera verbalt har i beaktning att inte försöka styra samtalsämnet för mycket utan med tålmod låta patienten försöka förmedla sitt budskap. Det ses också som viktigt att patienten får anpassad information för att uppleva trygghet samt anpassade kommunikationshjälpmedel för att underlätta den icke-verbala kommunikationen, vilket stärks av Carroll (2004) som kom fram till ett liknande resultat.

Ett tema i denna litteraturöversikts resultat belyser sjuksköterskans roll för att lindra den oro och rädsla som uppstår när patienten inte kan kommunicera under mekanisk ventilation. Sjuksköterskan kan underlätta för patienten genom att visa tålmod, lugn och närvaro samt genom att våga hålla ögonkontakt och ge fysisk kontakt som exempelvis hålla handen. Denna typ av omvårdnadsåtgärder skulle kunna ha en positiv inverkan på patientens välmående vilket poängteras av Hofhuis et al. (2008) som undersökte upplevelser hos kritiskt sjuka patienter och kom fram till att en sjuksköterskas omvårdnadsåtgärder är mycket värdefulla för att lindra patientens oro.

Barriärer för en lyckad icke-verbalt kommunikation från intensivvårdssjuksköterskans sida har visat sig vara hög arbetsbelastning, att mycket tid upptas av medicintekniska uppgifter kring patienten, svårigheter att avläsa vad patienten vill säga genom läppläsning samt svårigheter att förstå vad patienten skriver (Happ, 2001). Detta skulle kunna kopplas till denna litteraturöversikts resultat som en orsak till att patienter ibland kan känna sig ignorerade av personalen. Happ (2001) beskriver också hur intensivvårdssjuksköterskan, likt patienterna i detta resultat, kan uppleva frustration relaterat till bristande förståelse vid kommunikation. Det kan i sin tur leda till stress och en motvillighet till att låta patienten förmedla sitt budskap även om det tar tid, samt att kommunikation med patienten sedan undviks.

I denna litteraturöversikts resultat framkom att användning av kommunikativa hjälpmedel ofta kunde ses som något positivt, då det kunde ge ett mer strukturerat budskap, påskynda processen samt underlätta tolkningen av budskapet. Dock fanns inget enhetligt svar om vilket kommunikativt hjälpmedel som ansågs som det bästa och mest effektiva, vilket stämmer överens med vad Carruthers, Astin och Munro kom fram till i sin studie (2017). Vilken metod som patienten föredrog var högst personligt och individuellt beroende på i vilket skick patienten var fysiskt och psykiskt, vilket innebär att vårdpersonalen behöver arbeta enligt ett

personcentrerat arbetssätt. Det är därför viktigt att sjuksköterskan ser till vilken typ av hjälpmedel som kan underlätta för just den specifika individen med dennes styrkor och svagheter (Istanboulian et al., 2020). Happ (2001) lyfter även vikten av kontinuitet och att lära känna patienten för att kunna förstå varandra icke-verbalt.

Utefter översiktens resultat kan det konstateras att sjuksköterskor behöver ytterligare träning i hur de kan kommunicera icke-verbalt och använda kommunikativa hjälpmedel och strategier. Detta styrks av Happ et al. (2014) och Istanboulian et al. (2020) som fann att det var högre andel lyckad kommunikation mellan sjuksköterska och mekaniskt ventilerad patient om sjuksköterskan hade fått träning i AAC. Mobasheri et al. (2016) belyser i sin studie att intensivvårdssjuksköterskan kan behöva ytterligare utbildning inom AAC för att kommunicera med patienter som inte kan uttrycka sig verbalt. Genom utbildning inom AAC kan intensivvårdssjuksköterskan bättre individanpassa och utvärdera de hjälpmedel som finns tillgängliga för den kritiskt sjuka patienten på intensivvårdsavdelningen. Happ et al. (2014) visade även i en klinisk prövning fördelarna med att intensivvårdssjuksköterskor får undervisning i hur lågteknologisk- och elektronisk AAC tillämpas samt hur hjälpmedlet anpassas till patienten. Det gav i högre grad en lyckad kommunikation gällande smärta och andra symtom, minskade kommunikationssvårigheter och gjorde att patient och sjuksköterska kommunicerade längre. Istanboulian et al. (2020) beskriver också att det är betydelsefullt att sjuksköterskan skapar en främjande fysisk miljö med till exempel tillräcklig belysning, frånvaro av störande ljud samt lättillgänglig AAC.

Utvecklingen av högteknologisk AAC har lett till att det finns många alternativ för patienten att göra sig förstådd vilket kan resultera i ökat självförtroende (Ju, Yang & Liu, 2020). Det kan också underlätta möjligheten att kommunicera behov såsom smärtlindring, ge en ökad känsla av kontroll samt minska oro och frustration. Högteknologisk AAC kan ses som en möjlighet att öka delaktigheten och minska negativa känslor hos patienter med mekanisk ventilation. I de inkluderade artiklarna i denna översikt tas dock inte denna typ av AAC upp i någon större utsträckning utan lågteknologiska hjälpmedel är det som mestadels använts. Baserat på Ju, Yang & Lius systematiska översikt (2020) skulle det kunna bero på att högteknologisk AAC kan ta mycket utrymme, är svåra att placera lämpligt så att patienten kan använda dem och ställer krav på att patienten kan lära sig hjälpmedlet och sedan minnas funktionen. Att sjuksköterskan har för lite tid till kommunikation och för lite kunskap om högteknologisk AAC kan också vara en orsak. Mobasheri et al. (2016) poängterar även de krav som högteknologisk AAC ställer på rengöringsmöjligheter, vattenresistens samt batteritid.

Genom att använda närstående som en resurs i kommunikationen kan den kritiskt sjuka patienten uppleva kommunikationen som enklare med färre barriärer, då närstående känner patienten på ett djupare plan än sjuksköterskan (Broyles, Tate & Happ, 2012; Happ, 2001). Detta belyser vikten av att arbeta med ett familjecentrat förhållningssätt inom intensivvården för att på så sätt öka kvalitén på kommunikation. Familjecentrat arbetssätt och en god kommunikationskvalité skulle kunna förkorta vårdtiden för patienten (Broyles, Tate & Happ, 2012). Dock kan en stressad närstående också ses som ett hinder i kommunikationen mellan patient och sjuksköterska (Happ, 2001). Det som verkar spela roll när det kommer till närståendes inverkan på patientkommunikationen är deras sinnesstämning; en trygg närstående har en positiv inverkan medan en orolig närstående har en negativ inverkan.

Metoddiskussion

Att använda en systematisk litteraturöversikt som metod har både för- och nackdelar. Rosén (2012) belyser vikten av att inom omvårdnadsforskning välja en metod där resultatet sedan kan leda till en förbättrad vård av patienterna eller den grupp vars upplevelser undersöks. En intervjustudie hade även passat för att utforska hur patienter upplever det att inte kunna kommunicera verbalt vid behandling med mekanisk ventilation, dock bedömdes detta som svårare att utföra i nuläget relaterat till den pågående covid-19-pandemin med efterföljande belastning på sjukvården.

I processen för artikelsökning användes SBU:s metodbok samt hjälp från bibliotekarier på Göteborgs universitetsbibliotek. Detta för att säkerställa att översiktens syfte var tydligt utformat och att sökstrategin i databaserna optimerades för att minska risken att relevant forskning uteblev på grund av bristande kunskaper i sökstrategi. Något som skulle kunna ses som en styrka är att sökstrategin har varit systematisk och likadant uppbyggd i samtliga databaser. Skribenterna har under hela processen försökt att vara transparenta i utförande och metod för att på så sätt kunna stärka översiktens reliabilitet. De artiklar som exkluderades kunde inte svara på studiens syfte, hade fel perspektiv, fel miljö eller bedömdes ha bristande beskrivning i metoden. Det ses som en styrka att denna systematiska litteraturöversikts analysmetod bygger på Bettany-Saltikov och McSherrys mall (2016) för systematisk litteraturöversikt. Genom användning av en tidigare mall har artiklarnas resultat kunnat analyseras på ett strukturerat och systematiskt sätt.

Godkännande av etiska kommittéer kan ses som en indikator för att studierna är genomförda professionellt, etiskt och med vetenskapliga standarder. På så sätt kan det även stärka en studies reliabilitet och validitet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Det ses som en styrka för denna litteraturöversikt att samtliga primära artiklar har ett tydligt etiskt resonemang eller godkännande av etiska lokala kommittéer. Vidare ses det också som en styrka att alla artiklarna är granskade gällande etik enligt nio kritiska frågor som beskrivs av Polit och Beck (2021).

De inkluderade artiklarna är från år 2006–2019, förutom en artikel skriven av Hafsteinsdóttir från år 1996 som identifierades genom sekundärsökning. Denna artikel fanns som referens i flertalet av artiklarna och ter sig vara en av de första studier som belyst patienters upplevelser av kommunikation vid mekanisk ventilation. Den ses som en grund för efterföljande forskning och inkluderades därför i vårt resultat då upplevelsen som undersöks kan antas vara oförändrad trots att den är från år 1996. Det fanns en spridning i vilka länder studierna var genomförda, men trots detta var upplevelsen av att inte kunna kommunicera verbalt under behandling med mekanisk ventilation densamma oavsett om patienten befunnit sig på en intensivvårdsavdelning i exempelvis Sverige eller i Australien. Detta kan ses som en styrka för studien.

Inkluderade studier är granskade avseende kvalitet med SBU:s granskningsmallar som stöd för bedömning, dock kan inte eventuella brister i de inkluderade studiernas tillvägagångssätt gällande metod uteslutas. Priebe och Lindström (2012) förklarar vikten av att vara medveten om sin förförståelse vid tolkning av data. Förförståelsen inkluderar allt det vi lärt oss, både innan- och utanför ramen av universitetsstudierna. Det är också de värderingar vi har och tidigare livserfarenheter. Denna subjektivitet kan komma att påverka hur resultatet i examensarbetet tolkas och det är därför fördelaktigt att beskriva vilken roll och vilka tidigare erfarenheter skribenterna har för att läsaren lättare ska kunna utläsa om resultatet kan ha

influerats av skribentens förförståelse. Vi som författare har enbart en oansenlig praktisk erfarenhet av intensivvård och patienter som vårdas med ventilatorbehandling. Detta skulle dock kunna ses som en styrka då det är lättare att förhålla sig objektiv till ämnet och inte påverkas av egna erfarenheter och värderingar inom ämnet.

Slutsats

Att vara mekaniskt ventilerad och inte kunna tala är en skrämmande och påfrestande upplevelse för patienten. Situationen kan underlättas om rätt kommunikativa hjälpmedel och strategier anpassas utifrån individen och om sjuksköterskan är närvarande och stöttande under behandlingen samt bemöter med tålamod och respekt. Närstående bör ses som en resurs då de känner patienten och är välbekant med dennes kroppsspråk och gester. Denna litteraturöversikt belyser även vikten av att utbilda intensivvårdssjuksköterskor i icke-verbal kommunikation för att utforma individanpassade kommunikationsstrategier och därmed stärka patientens ställning, samt motverka de negativa känslor som kan uppstå till följd av oförmågan att kommunicera verbalt under behandling med mekanisk ventilation.

Kliniska implikationer

Kliniska implikationer gällande utbildning i icke-verbal kommunikation kan sammanfattas i tre punkter:

- Utbilda intensivvårdssjuksköterskor så att de blir väl förtrogna med både låg- och högteknologiska kommunikationshjälpmedel som tillhandahålls på avdelningen. Det kan således vara användning av pek- och bokstavstavlor eller dator/surfplatta.
- I utbildningen belysa vikten av att prova ut och anpassa hjälpmedlen efter patienten och använda dem konsekvent för att skapa kontinuitet. Patienterna har olika förutsättningar till följd av sin kritiska sjukdom och kan således ha lättare att använda en viss typ av hjälpmedel. Behov och förutsättningar kan komma att förändras under vårdförloppet.
- Klarlägga betydelsen av att som intensivvårdssjuksköterska vara närvarande, ha tålamod och ge patienten tid att göra sig förstådd samt vikten av ögonkontakt och fysisk beröring för att bekräfta patienten.

Referenslista

- American Speech-Language-Hearing Association. *Augmentative and Alternative Communication* (Practice Portal). Hämtad 2021-03-24 från www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Augmentative-and-Alternative-Communication/.
- Atiken, L., Chaboyer, W., Marshall, A. (2019). Scope of critical care practice. In D. Elliott, W. Chaboyer, & N. Australian College of Critical Care (Eds.), *Critical care nursing* (Fourth edition. ed., pp. 3-19): Chatswood, NSW: Elsevier.
- Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. In (Vol. 29, pp. 205-214).
- Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide* (2. ed. ed.): London: McGraw-Hill Education/Open University Press.
- Broyles, L. M., Tate, J. A., & Happ, M. B. (2012). Use of augmentative and alternative communication strategies by family members in the intensive care unit. *Am J Crit Care*, 21(2), e21-32. doi:10.4037/ajcc2012752
- Burry, L., Rose, L., McCullagh, I., Fergusson, D., Ferguson, N., & Mehta, S. (2014). Daily sedation interruption versus no daily sedation interruption for critically ill adult patients requiring invasive mechanical ventilation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 2014(7). doi:10.1002/14651858.CD009176.pub2
- Carroll, S. M. (2004). Nonvocal Ventilated Patients' Perceptions of Being Understood. *Western Journal of Nursing Research*, 26(1), 85-103. doi:http://dx.doi.org/10.1177/0193945903259462
- Carruthers, H., Astin, F., & Munro, W. (2017). Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review. *Intensive Crit Care Nurs*, 42, 88-96. doi:10.1016/j.iccn.2017.03.003
- Cederwall, C.-J., Olausson, S., Rose, L., Naredi, S., & Ringdal, M. (2018). Person-centred care during prolonged weaning from mechanical ventilation, nurses' views: an interview study. *Intensive & critical care nursing*, 46, 32-37. doi:10.1016/j.iccn.2017.11.004
- Chaboyer, W., Bergman, L. (2019). Quality and Safety. In D. Elliott, W. Chaboyer, & N. Australian College of Critical Care (Eds.), *Critical care nursing* (Fourth edition. ed., pp. 44-75): Chatswood, NSW: Elsevier.
- Dahlberg, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis* (1. utg. ed.): Stockholm: Natur & kultur.
- Davies, D. (2007). Reflection on practice: an intubated patient suffering panic attacks. *Nursing in critical care*, 12(4), 198-201. doi:10.1111/j.1478-5153.2007.00228.x

- Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A., & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing, 16*, 1-6. doi:10.1186/s12912-017-0268-5
- Elliott, R., Aitken, L. (2019). Patient comfort and psychological care. In D. Elliott, W. Chaboyer, & N. Australian College of Critical Care (Eds.), *Critical care nursing* (Fourth edition. ed., pp. 137-170): Chatswood, NSW: Elsevier
- Engstrom, A., Nystrom, N., Sundelin, G., & Rattray, J. (2013). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. (Report). *Intensive and Critical Care Nursing, 29*(2), 88.
- Flin, R., O'Connor, P., & Crichton, M. (2008). *Safety at the sharp end : A guide to non-technical skills*. Aldershot, England ; Burlington, VT: Ashgate.
- Flinterud, S. I., & Andershed, B. (2015). Transitions in the communication experiences of tracheostomised patients in intensive care: a qualitative descriptive study. *Journal of clinical nursing, 24*(15-16), 2295-2304. doi:10.1111/jocn.12826
- FN. (2008). Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. Hämtad 2021-03-24 från <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- Grossbach, I., Stranberg, S., & Chlan, L. (2011). Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. (Report). *Critical Care Nurse, 31*(3), 46. doi:10.4037/ccn2010728
- Guttormson, J. L., Bremer, K. L., & Jones, R. M. (2015). "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation.(Report). *Intensive & critical care nursing, 31*(3), 179.
- Hafsteindóttir, T. B. (1996). Patient's experiences of communication during the respirator treatment period. *Intensive & critical care nursing, 12*(5), 261.
- Handberg, C., & Voss, A. K. (2018). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *J Clin Nurs, 27*(1-2), 102-114. doi:10.1111/jocn.13851
- Happ, M. B. (2001). Communicating with mechanically ventilated patients: state of the science. *AACN clinical issues, 12*(2), 247. doi:10.1097/00044067-200105000-00008
- Happ, M. B., Garrett, K. L., Tate, J. A., DiVirgilio, D., Houze, M. P., Demirci, J. R., . . . Sereika, S. M. (2014). Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: results of the SPEACS trial. *Heart Lung, 43*(2), 89-98. doi:10.1016/j.hrtlng.2013.11.010

- Hofhuis, J. G. M., Spronk, P. E., van Stel, H. F., Schrijvers, A. J. P., Rommes, J. H., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive & critical care nursing*, 24(5), 300-313. doi:10.1016/j.iccn.2008.03.004
- Hogarth, K. D., & Hall, K. J. (2004). Management of sedation in mechanically ventilated patients. *Current Opinion in Critical Care*, 10(1), 40-46. doi:10.1097/00075198-200402000-00007
- Holm, A., & Dreyer, P. (2017). Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nurs Crit Care*, 22(2), 81-88. doi:10.1111/nicc.12200
- Holm, A., & Dreyer, P. (2018). Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, 23(2), 88-94. doi:10.1111/nicc.12297
- Istanboulian, L., Rose, L., Gorospe, F., Yunusova, Y., & Dale, C. M. (2020). Barriers to and facilitators for the use of augmentative and alternative communication and voice restorative strategies for adults with an advanced airway in the intensive care unit: A scoping review. *J Crit Care*, 57, 168-176. doi:10.1016/j.jcrc.2020.02.015
- Jackson, D. L., Proudfoot, C. W., Cann, K., & Walsh, T. (2010). A systematic review of the impact of sedation practice in the ICU on resource use, costs and patient safety. *Critical Care*, 14(2). doi:10.1186/cc8956
- Jansson, S., Martin, T. R. S., Johnson, E., & Nilsson, S. (2019). Healthcare professionals' use of augmentative and alternative communication in an intensive care unit: A survey study. *Intensive Crit Care Nurs*, 54, 64–70. doi:10.1016/j.iccn.2019.04.002
- Ju, X.-X., Yang, J., & Liu, X.-X. (2020). A systematic review on voiceless patients' willingness to adopt high-technology augmentative and alternative communication in intensive care units. *Intensive & critical care nursing*, 102948. doi:10.1016/j.iccn.2020.102948
- Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). 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. doi:10.1016/j.iccn.2011.11.002
- Khalaila, R., Zbidat, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D. M., & Sviri, S. (2011). Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *Am J Crit Care*, 20(6), 470-479. doi:10.4037/ajcc2011989
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. In M. Henricson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan ed., pp. 57–80): Lund: Studentlitteratur.

- Laerkner, E., Egerod, I., Olesen, F., & Hansen, H. (2017). A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 1.
- Laerkner, E., Stroem, T., & Toft, P. (2016). No-sedation during mechanical ventilation: impact on patient's consciousness, nursing workload and costs. *Nursing in critical care*, 21(1), 28-35. doi:10.1111/nicc.12161
- Martinho, C. I. F., & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). Communication of mechanically ventilated patients in intensive care units. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 28(2), 132. doi:10.5935/0103-507X.20160027
- Mehta, S., Burry, L., Cook, D., Fergusson, D., Steinberg, M., Granton, J., . . . Meade, M. (2012). Daily Sedation Interruption in Mechanically Ventilated Critically Ill Patients Cared for With a Sedation Protocol A Randomized Controlled Trial. *Jama-Journal Of The American Medical Association*, 308(19), 1985-1992. doi:10.1001/jama.2012.13872
- Mobasheri, M. H., King, D., Judge, S., Arshad, F., Larsen, M., Safarfashandi, Z., . . . Darzi, A. (2016). Communication aid requirements of intensive care unit patients with transient speech loss. *Augment Altern Commun*, 32(4), 261-271. doi:10.1080/07434618.2016.1235610
- Naess, T., & Strand, T. (2013). Farmakologi - förståelse och kliniskt utövande. In I. L. Hovind, K. Grönwall, K. Olsson, & I. Bolinder-Palmér (Eds.), *Anestesiologisk omvårdnad* (2., [rev.] uppl. ed.): Lund: Studentlitteratur.
- Oczkowski, S. J. W., Chung, H.-O., Hanvey, L., Mbuagbaw, L., & You, J. J. (2016). Communication tools for end-of-life decision-making in the intensive care unit: a systematic review and meta-analysis.(Report). *Critical Care*, 20(95). doi:10.1186/s13054-016-1264-y
- Olsen, H. T., Nedergaard, H. K., Strøm, T., Oxlund, J., Wian, K. A., Ytrebø, L. M., . . . Toft, P. (2020). Nonsedation or Light Sedation in Critically Ill, Mechanically Ventilated Patients. *N Engl J Med*, 382(12), 1103-1111. doi:10.1056/NEJMoa1906759
- Patak, L., Gawlinski, A., Fung, N. I., Doering, L., Berg, J., & Henneman, E. A. (2006). Communication boards in critical care: patients' views. *Applied nursing research*, 19(4), 182-190. doi:10.1016/j.apnr.2005.09.006
- Polit, D. F. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition. International edition ed.): Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. In M. Henricson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl. ed.): Lund: Studentlitteratur

- Roberts, J. M., Bortolotto, A. S., Weyant, A. R., Jock, A. L., Lalonde, A. T., & Henderson, A. A. (2019). The Experience of Acute Mechanical Ventilation From the Patient's Perspective. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38(4), 201-212. doi:10.1097/DCC.0000000000000361
- Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. In M. Henricson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl. ed.): Lund: Studentlitteratur.
- Rose, L., & Paulus, F. (2019). Ventilation and oxygenation management. In L. Aitken, D. Elliott, W. Chaboyer, & N. Australian College of Critical Care (Eds.), *Critical care nursing* (Fourth edition. ed.): Chatswood, NSW: Elsevier.
- Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. In M. Henricson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan ed., pp. 375-389): Lund: Studentlitteratur.
- SBU. (2017). Litteratursökning. *Metodbok*. Hämtad 2021-02-03 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel04.pdf
- SIR. (2020). Vad är intensivvård?. Hämtad 2021-02-10 från <https://www.icuregsw.se/patient-och-narstaende/Intensiv/>
- SIR. (2021). Ventilatorbehandling, invasiv - Andel, förekomster. Hämtad 2021-02-03 från <https://portal.icuregsw.se/utdata/sv/report/atgA05-3>
- SIR. (2021). Ventilatorbehandling, invasiv - Åtgärdstid medel. Hämtad 2021-03-25 från <http://portal.icuregsw.se/utdata/sv/report/atgA05-5>
- Socialstyrelsen. (2021). Patientens delaktighet. Hämtad 2021-02-18 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbets-sakert/patientens-delaktighet/>
- Strøm, T., Martinussen, T., & Toft, P. (2010). A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *The Lancet (British edition)*, 375(9713), 475-480. doi:10.1016/S0140-6736(09)62072-9
- Svensk sjuksköterskeförening (2021). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå. Specialistsjuksköterska med inriktning mot intensivvård*. Hämtad 2021-02-18 från <https://www.swenurse.se/download/18.b986b9d1768421a1b576141/1610610246380/Kompetensbeskrivning%20Intensivva%CC%8Ardssjuksk%C3%B6terska.pdf>
- Tembo, A. C., Higgins, I., & Parker, V. (2015). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive & critical care nursing*, 31(3), 171-178. doi:10.1016/j.iccn.2014.10.004
- ten Hoorn, S., Elbers, P. W., Girbes, A. R., & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. In m. Intensive care, I. C.-. Circulation, & metabolism (Eds.), (Vol. 20).

Treggiari, M. M., Romand, D. J.-A., Yanez, A. N., Deem, S. S., Goldberg, S. J., Hudson, S. L., . . . Weiss, S. N. (2009). Randomized trial of light versus deep sedation on mental health after critical illness. *Critical Care Medicine*, 37(9), 2527-2534. doi:10.1097/CCM.0b013e3181a5689f

Bilagor

Bilaga 1. Artikelsökning Pubmed

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Granskade abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar Huvudförfattare/Årtal
2021-01-26	Pubmed	Patient* OR inpatient*	-	7,284,804	0		
2021-01-26	Pubmed	Experience OR perception OR view OR feeling OR attitude	-	2,408,501	0		
2021-01-26	Pubmed	Communicat* OR interaction OR nonverbal OR nonspeaking OR nonvocal	-	2,220,021	0		
2021-01-26	Pubmed	Mechanical* ventilat* OR invasive ventilation OR-artificial respiration OR artificial ventilation OR intubated		198,327	0		
2021-01-26	Pubmed	(((Patient* OR inpatient*) AND (Experience OR perception OR view OR feeling OR attitude)) AND (Mechanical* ventilat* OR invasive ventilation OR artificial respiration OR artificial ventilation OR intubated)) AND (Communicat* OR interaction OR nonverbal OR nonspeaking OR nonvocal)	English Year 2005-2021	574	26	15	Karlsson (2012) Roberts (2019) Tembo (2015) Flinterud (2015) Guttormson (2015) Holm (2018) Martinho (2016) Khalaila (2011) Patak (2006) Laerkner (2017)

Bilaga 2. Artikelsökning Cinahl

Datum	Databas/Sök-ID	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Granskade abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar Huvudförfattare/Årtal
2021-01-27	Cinahl	Patient* OR inpatient*	-	485,500	0		
	S1						
2021-01-27	Cinahl	Experience OR perception OR view OR feeling OR attitude	-	230,930	0		
	S2						
2021-01-27	Cinahl	Communicat* OR interaction OR nonverbal - OR nonspeaking OR nonvocal	-	96,365	0		
	S3						
2021-01-27	Cinahl	Mechanical* ventilat* OR invasive ventilation OR artificial respiration OR artificial ventilation OR intubated	-	5800	0		
	S4						
2021-01-27	Cinahl	(Patient* OR inpatient* AND Experience OR perception OR view OR feeling OR attitude AND Communicat* OR interaction OR nonverbal OR nonspeaking OR nonvocal AND Mechanical* ventilat* OR invasive ventilation OR artificial respiration OR artificial ventilation OR intubated) AND (S1 AND S2 AND S3 AND S4)	Peer-Reviewed	68	5	3	Khalaila (2011) Laerkner (2017) (Dubletter från tidigare sökning i Pubmed)

Bilaga 3. Artikelsökning PsycINFO

Datum	Databas/ Sök-ID	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Granskade Abstract	Granskade Artiklar	Valda artiklar Huvudförfattare/Årtal
2021-01-27	PsycINFO S1	Patient* OR inpatient*	-	828,596			
2021-01-27	PsycINFO S2	Experience OR perception OR view OR feeling OR attitude	-	1,655,869			
2021-01-27	PsycINFO S3	Communicat* OR interaction OR nonverbal - OR nonspeaking OR nonvocal		756,843			
2021-01-27	PsycINFO S4	Mechanical* ventilat* OR invasive ventilation OR artificial respiration OR artificial ventilation OR intubated	-	2348			
2021-01-27	PsycINFO	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Peer-Reviewed	104	18	10 (varav 8 är dubbletter från tidigare sökning i Pubmed)	Tembo (2015) Flinterud (2015) Guttormson (2015) Holm (2018) Karlsson (2012) Khalaila (2011) Laerkner (2017) (Samtliga är dubbletter från tidigare sökning i Pubmed)

Bilaga 4. Sekundärsökning

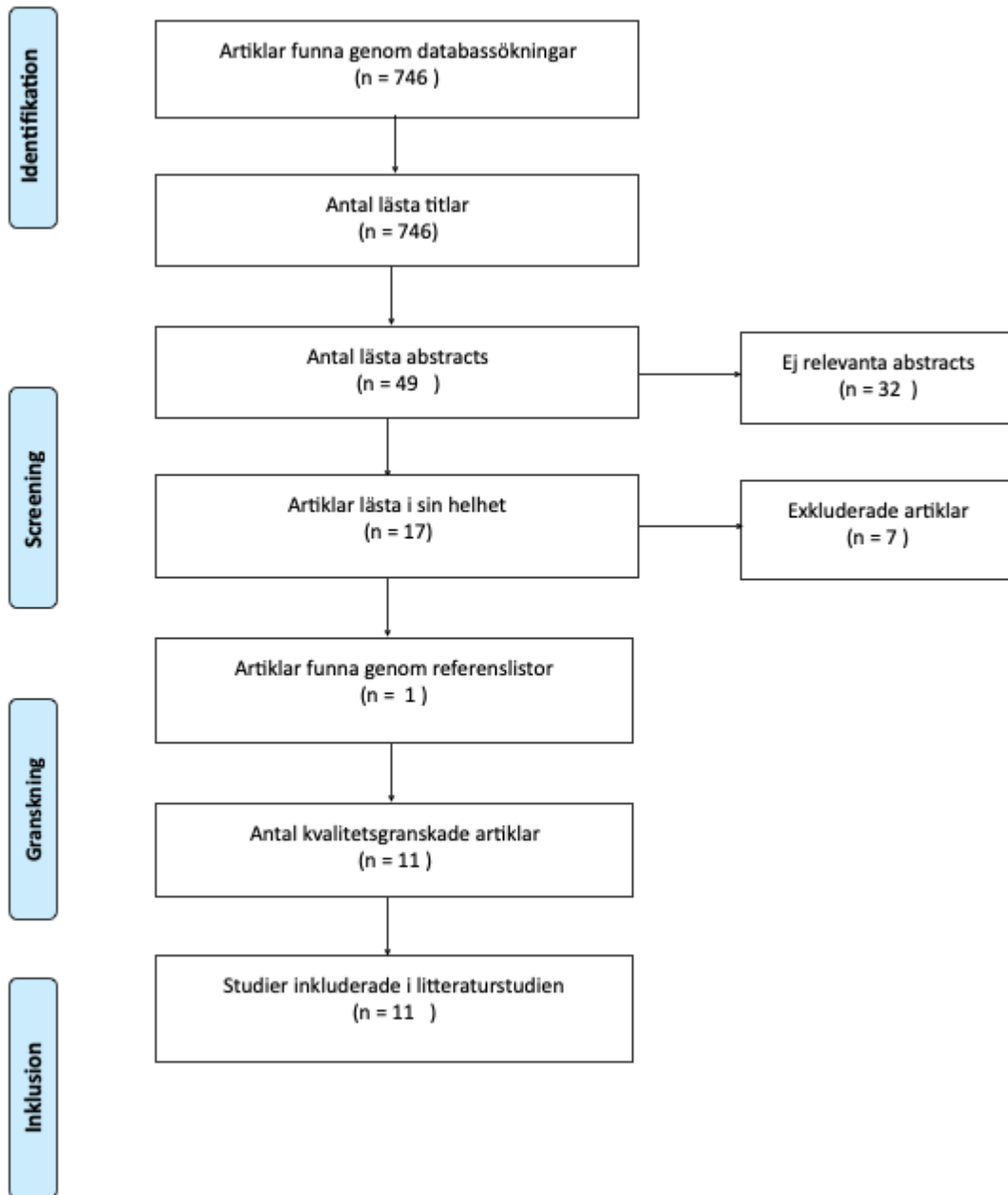
Referens

Hafsteindóttir, T. B. (1996). *Patient's experiences of communication during the respirator treatment period*. Intensive & critical care nursing, 12(5), 261-271. doi:10.1016/S0964-3397(96)80693-8

Funnin genom referenslista

Martinho, C. I., & Rodrigues, I. T. (2016). Communication of mechanically ventilated patients in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*, 28(2), 132-140. doi:10.5935/0103-507x.20160027

Bilaga 5. PRISMA



Bilaga 6. Artikelsammanfattning

Författare, År Tidskrift, Land	Tembo, Higgins & Parker (2015) Intensive and Critical Care Nursing, Australien
Titel	The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study
Syfte	Att beskriva människors upplevelse av kritisk sjukdom inom intensivvården i kontexten av DSI (dagligt sedationsstopp) och hur det påverkar livet efter intensivvårds- och sjukhusvistelsen.
Metod	Kvalitativ studie med hermeneutisk-fenomenologisk ansats. Studien utfördes på en stor intensivvårdsavdelning och deltagare rekryterades av en "nursing unit manager" och "senior nurses". 12 deltagare inkluderades i studien, 7 män och 5 kvinnor, som var mellan 20 och 76 år och hade varit inlagda på intensivvårdsavdelningen mellan 3 och 36 dagar. Deltagarna hade varit intuberade och mekaniskt ventilerade samt genomgått dagligt sedationsstopp. Djupintervjuer gjordes 2 veckor efter utskrivning samt efter 6–11 månader i 8 av 12 fall. Intervjuerna varade mellan 30 och 90 minuter och ägde rum i patientens hem eller annan säker plats.
Sammanfattning av resultat	Att vara fångad belyste känslan av att vara instängd i sin kropp och inte kunna röra sig eller göra sig hörd på grund av endotrakealtuben. Efter det följer subtemat att vara "röstlös", detta härleds till känslan av att inte ha någon kontroll och vara maktlös. Att vara fångad innebar att identiteten förlorades med rösten. Att vänta på den kända och pålitliga rösten symboliserade känslan av att inte kunna lita på sin röst efter intensivvårdsvistelsen.
Kvalitetsgranskning	Hög
<hr/>	
Författare, År Tidskrift, Land	Flinterud & Andershed (2015) Journal of Clinical Nursing, Norge
Titel	Transitions in the communication experiences of tracheostomised patients in intensive care: a qualitative descriptive study
Syfte	Beskriva hur patienter inom intensivvården upplevde kommunikationen under tiden de var tracheostomerade.
Metod	Deskriptiv kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer. Totalt 11 deltagare, 8 män och 3 kvinnor mellan 47 och 72 år, som varit tracheostomerade 3–27 dagar på en medicinsk/kirurgisk intensivvårdsavdelning valdes ut genom granskning av journalsystem. Intervjuerna ägde rum 3–18 månader efter utskrivning från sjukhuset och skedde fysiskt, förutom en som skedde via telefon. Intervjuerna hade en medellängd på 25 minuter. Insamlade data analyserades genom en induktiv innehållsanalys.
Sammanfattning av resultat	3 teman med vardera 3 subteman identifierades: 1. Emotionellt utmanande: Upprörande känslor, känsla av maktlöshet, förlust av kontroll. 2. Förändrad upplevelse med tiden: Ansträngande kommunikation, svårast i början, olika sätt för hantering. 3. Lyckad kommunikation: Omvårdnad från vårdpersonalen, förståelse från omgivningen, metoder av kommunikation.
Kvalitetsgranskning	Hög

Författare, År	Roberts et al. (2019)
Tidskrift, Land	Dimensions of Critical Care Nursing, USA
Titel	The Experience of Acute Mechanical Ventilation From the Patient's Perspective
Syfte	Utforska patientupplevelsens komponenter samt hur denna upplevelse påverkas av yttlig sederig.
Metod	<p>Prospektiv observationsstudie med mixad metod, enkätstudie som kombinerats med kvalitativa intervjuer. Bekvämlighetsurval tillämpades, patienter som varit intuberade oralt i mindre än 14 dagar och varit mekaniskt ventilerade rekryterades genom journalgranskning. 130 deltagare, alla över 18 år, besvarade sedan en enkät som representerar den kvantitativa delen. Enkäten gick ut på att välja olika känslor som var kopplade till upplevelsen av att behandlas med mekanisk ventilation. Beskrivande statistik tillämpades.</p> <p>I den kvalitativa delen tillämpades en induktiv, fenomenologisk ansats. 15 slumpmässigt valda patienter (av de totala 130) deltog i en kvalitativ intervju. Intervjun varade mellan 15 och 30 minuter och ägde rum efter IVA-vistelsen när patienten flyttats till vårdavdelning.</p> <p>Data till studien samlades in under 12 månader och på intensivvårdsavdelningar på tre olika sjukhus. Patienterna som deltog hade genomgått thoraxkirurgi eller vårdades för medicinska, kirurgiska, kardiologiska eller traumatiska åkommor.</p>
Sammanfattning av resultat	<p>Det största fyndet i enkätstudien var att 56,3% av de patienter som inte kunde kommunicera upplevde rädsla, jämfört med 34,5% av patienterna som kunde tala. Att vara intuberad var till största delen förknippat med negativa känslor.</p> <p>I den kvalitativa delen identifierades tre genomgående teman:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empiriska känslor kontra kunskap eller samlade erfarna händelser - Kommunikationssvårigheter relaterat till oförmågan att tala - Närvaro av fysisk och/eller psykisk smärta samt förlust av kontroll.
Kvalitetsgranskning	Medelhög

Författare, År	Karlsson, Bergbom & Forsberg (2012)
Tidskrift, Land	Intensive and Critical care Nursing, Sverige
Titel	The lived experience of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study
Syfte	Belysa patienters upplevelse av att vara vaken under mekanisk ventilation på intensivvårdsavdelning.
Metod	Kvalitativ design med fenomenologisk-hermeneutisk ansats inspirerad av Ricoeurs filosofi. Studien utfördes på en medicinsk/kirurgisk intensivvårdsavdelning. Deltagare valdes ut oberoende av diagnos eller kön. 12 deltagare inkluderas, varav 9 män och 3 kvinnor. De var mellan 23 och 88 år. Intervjuerna varade mellan 7 och 45 minuter och utfördes cirka en vecka efter utskrivning från intensivvården. De ägde rum antingen på intensivvårdsavdelningen eller på avdelningen där de vårdades. Data tolkades genom en strukturerad analys.
Sammanfattning av resultat	Förlust av röst var en av de värsta upplevelsorna. Att vara kritiskt sjuk och inte kunna tala ledde till känslor av maktlöshet, hjälplöshet och en känsla av att vara övergiven. När patienterna fick vara delaktiga i omvårdnaden och kunde kommunicera lindrades lidande.
Kvalitetsgranskning	Hög

Författare, År Tidskrift, Land	Guttormson, Bremer & Jones (2015) Intensive & Critical Care Nursing, USA
Titel	"Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation
Syfte	Beskriva patienters upplevelser av kommunikation under behandling med mekanisk ventilation.
Metod	Mixad metod. Studien är en sekundäranalys av tidigare insamlad data. 69 patienter som varit mekaniskt ventilerade i mer än 24 timmar rekryterades genom bekvämlighetsurval och fyllde i en enkät (ICEQ) där de fick skatta upplevda känslor under intensivvårdsvistelsen. Data redovisades med beskrivande statistik. Strukturerade intervjuer gjordes med 31 av dessa patienter efter extubation och efter att patienten förflyttats från intensivvården. Kvalitativ data bearbetades genom innehållsanalys. Studien utfördes på en stor intensivvårdsavdelning med medicinsk/kirurgisk inriktning. Patienternas ålder var mellan 31 och 87 år, ungefär hälften av dem var män och hälften kvinnor. Diagnoserna varierade.
Sammanfattning av resultat	En känsla av hjälplöshet, rädsla och av att inte ha någon kontroll uppkom av att inte kunna kommunicera. Det var svårt att använda alternativa kommunikationsmetoder för att uttrycka behov som smärta och oro. Patienter upplevde också att de fick otillräcklig information och kände sig ibland avfärdade. Att få information och instruktioner av personalen upplevdes som en trygghet.
Kvalitetsgranskning	Hög

Författare, År Tidskrift, Land	Holm & Dreyer (2018) Nursing in Critical Care, Danmark
Titel	Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study
Syfte	Undersöka kommunikationen mellan vuxna icke-sederade mekaniskt ventilerade patienter och sjuksköterskor på IVA.
Metod	Kvalitativ studiedesign. Fenomenologisk-hermeneutisk ansats. Studien utfördes på två intensivvårdsavdelningar med medicinsk och kirurgisk inriktning. Totalt 9 patienter intervjuades. Patienterna rekryterades av sjuksköterskekoordinatör. Patienterna som deltog hade olika diagnoser och var mellan 34 och 81 år. Intervjuer med öppna frågor genomfördes med patienter 1–2 dygn efter extubation. För sjuksköterskor valde forskarna att genomföra fokusgruppsintervjuer. Även fältobservationer utfördes. Dataanalysen inspirerades av Ricoeurs's teori.
Sammanfattning av resultat	Huvudtemat; en rörelse mellan förståelse och frustration som innefattade 3 underteman; - Maktförskjutning när patienten är röstlös. - Utmaningarna som uppstår när patienten är vid medvetande och inte kan kommunicera påverkar omvårdnaden. - Tolkning- och struktureringsprocessen av kommunikation beror på situationen.
Kvalitetsgranskning	Hög

Författare, År Tidskrift, Land	Khalaila et al. (2011) American Journal of Critical Care, Israel
Titel	Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation
Syfte	Undersöka sambandet mellan kommunikation och psykisk ohälsa hos patienter som behandlas med mekanisk ventilation.
Metod	Kvantitativ design, tvärsnittsstudie. Deltagarna rekryterades genom bekvämlighetsurval. 65 kritiskt sjuka patienter deltog som blivit extuberade senaste 72 timmarna. Genom användning av olika skattningsskalor mättes psykisk ohälsa som såsom depression och ångest (som sedan samlades in via journaler). Data gällande kommunikationens karaktär, stressfulla upplevelser och psykologiska besvär (såsom ilska och rädsla) samlades in genom personliga intervjuer med patienterna. Data analyserades med statistisk analys.
Sammanfattning av resultat	Resultaten i studien visade att oförmågan att tala ledde till medel- och höga nivåer av psykisk ohälsa hos patienter med mekanisk ventilation.
Kvalitetsgranskning	Hög

Författare, År Tidskrift, Land	Martinho & Rodrigues (2016) Revista Brasileira de Terapia Intensiva, Portugal
Titel	Communication of mechanically ventilated patients in intensive care units
Syfte	Översätta och kulturellt samt lingvistiskt anpassa ECS (Ease of communication scale) och bedöma nivån av kommunikationssvårigheter hos patienter som genomgår mekanisk ventilation med orotracheal intubation.
Metod	Kvantitativ design med bekvämlighetsurval med 31 deltagare som varit orotrachealt intuberade och mekaniskt ventilerade i minst 5 timmar. Majoriteten av deltagarna var män (64,5%) och deltagarnas ålder var mellan 34 och 83 år. Datainsamlingen genomfördes på 5 olika intensivvårdsavdelningar. Studien gjordes i 3 steg: 1. Anpassning av ECS, språkligt och kulturellt. 2. Inkluderade den preliminära bedömningen av den psykometriska delen av ECS, efter extubation. 3. Deskriptiv tvärsnittsstudie gällande upplevd nivå av kommunikationssvårigheter hos deltagarna. Data insamlades under 6 månader genom att ansvarig läkare eller sjuksköterska bad patienten besvara frågorna på ECS-formuläret efter extubation. Data analyserades med statistisk analys.
Sammanfattning av resultat	74,2% upplevde att kommunicera utan att tala som svårt till extremt svårt och 77,4% upplevde det som svårt till extremt svårt att bli förstådda utan att kunna tala. Resultatet visade också att deltagarna hade det svårast att tala med anhöriga. Inga deltagare ansåg det som lätt att kommunicera utan att tala. Den europeisk-portugisiska versionen av ECS visade sig ha en hög ekvivalens vid jämförelse med originalet.
Kvalitetsgranskning	Hög

Författare, år Tidskrift, Land	Hafsteindóttir (1996) Intensive and Critical care Nursing, Island
Titel	Patients' experiences of communication during the respirator treatment period
Syfte	Utforska och beskriva hur kommunikation upplevs av patienter som respiratorbehandlas på IVA.
Metod	Kvalitativ studiedesign med fenomenologisk ansats. 8 personer deltog som hade respiratorbehandlats på IVA. Deltagarna hade olika diagnoser och skulle vara över 16 år. Datasamling skedde genom öppna intervjuer. Insamlad material analyserades fenomenologiskt med Colaizzi's metod.
Sammanfattning av resultat	Patienterna upplevde att det var svårt att kommunicera sina behov icke-verbalt. Att inte bli förstådd ledde till känslor av ilska, sorg, uppgivenhet och utmattning. Efter ett tag uppgav patienterna acceptans för situationen. Information var en viktig faktor för att känna trygghet. Närstående var ett stort stöd och kunde underlätta kommunikationen med vårdpersonalen.
Kvalitetsgranskning	Hög

Författare, År Tidskrift, Land	Patak et al. (2006) Applied nursing research, USA
Titel	Communication boards in critical care: patients' views
Syfte	1. Studera patientens upplevda nivå av frustration vid försök till kommunikation under mekanisk ventilation. 2. Uppskatta patientens nivå av frustration om en kommunikationstavla hade använts. 3. Beskriva patientens uppfattning av lämpligt innehåll och format av en kommunikationstavla för patienter som har mekanisk ventilation.
Metod	Explorativ deskriptiv design med mixad-metod. Enbart kvalitativ data redovisas i denna studie. Bekvämlighetsurval tillämpades, 29 patienter som varit i behov av mekanisk ventilation i minst 18 timmar och var extuberade inom de senaste 72 timmarna intervjuades med hjälp av ett frågeformulär baserat på 13 frågor. Deltagarnas medelålder var 55,5 år, majoriteten var män (65,5%). Intervjuerna varade mellan 20 och 60 minuter. Kvalitativ data analyserades med innehållsanalys. Analys av kvantitativ data gjordes med beskrivande statistik.
Sammanfattning av resultat	62% av patienterna rapporterade hög nivå av frustration associerad med deras oförmåga att kunna kommunicera effektivt under mekanisk ventilation. Samtidigt rapporterade 69% att de trodde att en kommunikationstavla hade kunnat underlätta kommunikationen under mekanisk ventilation.
Kvalitetsgranskning	Medelhög

Författare, år	Laerkner et al. (2017)
Tidskrift, Land	International Journal of Nursing Studies, Danmark
Titel	A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit.
Syfte	Utforska patienters erfarenheter av att vara vakna under kritisk sjukdom med mekanisk ventilation på intensivvårdsavdelning.
Metod	Kvalitativ design med etnografisk ansats. Studien utfördes på två intensivvårdsavdelningar med medicinsk och kirurgisk inriktning. 28 patienter observerades mellan 1 och 6 dagar. 20 patientintervjuer gjordes inom 1 vecka efter utskrivning, 13 av dessa patienter deltog även i en semistrukturerad intervju 2–4 månader senare. Patienterna som inkluderades skulle vara över 18 år, förväntades vara mekaniskt ventilerade i mer än 3 dygn och inte ha någon sedering. De rekryterades oavsett kön eller diagnos. Data insamlades under 13 månader och analyserades genom interpretiv och deskriptiv tematisk analys.
Sammanfattning av resultat	Tre teman identifierades <ol style="list-style-type: none"> 1. En känsla av att kunna påverka– Patientens förmåga att interagera. 2. Den familjära och icke-familjära situationen- patienterna uppskattade att ha närstående eller personliga tillhörigheter för att göra den icke-familjära omgivningen mer familjär. 3. Medvetenhet om aktiviteter i sin omgivning– Medvetenhet av omgivningen och pågående aktiviteter runtom.
Kvalitetsgranskning	Hög

Bilaga 7. Exkluderade artiklar

Referens	Exklusionsorsak
Wallander Karlsen, M. M., Heggdal, K., Finset, A., Heyn, L. G. (2019). Attention-seeking actions by patients on mechanical ventilation in intensive care units: A phenomenological-hermeneutical study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 28(1-2), 66-79	Svarar ej mot uppsatsens syfte. Patienter har observerats för att ta reda på hur de tar initiativ till kommunikation under behandling med mekanisk ventilation men beskriver inte patienternas upplevelser.
Magnus, V. S., & Turkington, L. (2006). Communication interaction in ICU--Patient and staff experiences and perceptions. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 22(3), 167-180. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2005.09.009	Svarar ej mot uppsatsens syfte. Utforskar upplevelsen av kommunikationssvårigheter hos personal och patienter inom intensivvården. Barriärer i kommunikationen upplevt av patienterna beskrivs inte i relation till intubation och mekanisk ventilation utan generellt med andra orsaker såsom påverkan av läkemedel.
Rodriguez, C. S., Rowe, M., Thomas, L., Shuster, J., Koepfel, B., & Cairns, P. (2016). Enhancing the Communication of Suddenly Speechless Critical Care Patients. <i>Am J Crit Care</i> , 25(3), e40-47. doi:10.4037/ajcc2016217	Svarar ej mot uppsatsens syfte. Beskriver patienters upplevelse av att förlora talförmågan, dock inte bara på grund av intubation utan också på grund av flertalet andra medicinska tillstånd, exempelvis halskirurgi. Gick inte att särskilja de olika tillstånden i resultatdelen.
Prime, D., Arkless, P., Fine, J., Winter, S., Wakefield, D. B., & Scatena, R. (2016). Patient experiences during awake mechanical ventilation. <i>J Community Hosp Intern Med Perspect</i> , 6(1), 30426. doi:10.3402/jchimp.v6.30426	Svarar ej mot uppsatsens syfte. Bristande tillförlitlighet i metoden.
Karlsson, V., Lindahl, B., & Bergbom, I. (2012). Patients' statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: A prospective video-recorded study. <i>Nursing Inquiry</i> , 19(3), 247-258. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00576.x	Svarar ej mot uppsatsens syfte. Patienter har observerats för att analysera kroppsspråk och ansiktsmimik vid kommunikation under behandling med mekanisk ventilation. I denna studie beskrivs inte patienternas upplevelse.
Carroll, S. M. (2007). Silent, slow lifeworld: The communication experience of nonvocal ventilated patients. <i>Qualitative Health Research</i> , 17(9), 1165-1177. doi:http://dx.doi.org/10.1177/1049732307307334	Studien är gjord på rehabiliteringsenheter och inte inom intensivvården.
Momennasab, M., Ardakani, M. S., Rad, F. D., Dokoochaki, R., Dakhesh, R., & Jaber, A. (2019). Quality of Nurses' Communication with Mechanically Ventilated Patients in a Cardiac Surgery Intensive Care Unit. <i>Invest Educ Enferm</i> , 37(2). doi:10.17533/udea.iee.v37n2e02	Svarar ej mot uppsatsens syfte. Belyser till stor del sjuksköterskans perspektiv. Beskriver innehållet i kommunikationen mellan sjuksköterskan och den mekaniskt ventilerade patienten, dock inte patientens upplevelse av kommunikationen.