

# **PATIENTERS UPPLEVELSE AV PSYKISK HÄLSA EFTER KRITISK SJUKDOM**

## EN LITTERATURSTUDIE

LUDVIG ALM  
CHRISTIN PATTENDEN

# PATIENTERS UPPLEVELSE AV PSYKISK HÄLSA EFTER KRITISK SJUKDOM

## EN LITTERATURSTUDIE

LUDVIG ALM  
CHRISTIN PATTENDEN

Alm, L & Pattenden, C. Patienters upplevelse av psykisk hälsa efter kritisk sjukdom. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2024.

**Bakgrund:** Allt fler patienter överlever tack vare medicinska framsteg kritisk sjukdom. Aktuell forskning visar att patienter ofta upplever den akuta sjukdomsfasen som känslomässigt jobbig med känslor såsom stress och ovisshet. Det är känt att kritisk sjukdom och intensivvård medför fysiska konsekvenser även långt efter sjukhusvistelsen och att detta påverkar patienters återhämtning negativt. Med kunskap om patienters upplevelse av psykisk hälsa efter kritisk sjukdom kan sjuksköterskan anpassa vården för att erbjuda dessa patienter stöd för att uppnå en god återhämtning. **Syfte:** Att belysa hur patienters upplevelse av den psykiska hälsan påverkas efter kritisk sjukdom. **Metod:** En litteraturstudie baserad på tolv artiklar med kvalitativ ansats analyserades med tematisk innehållsanalys. **Resultat:** Deltagarnas upplevelse av psykisk hälsa efter kritisk sjukdom presenteras under fem huvudkategorier: tacksamhet, utsatthet, oro och rädsla, fatigue samt identitetsförändringar. **Konklusion:** Deltagarnas upplevelse av psykisk hälsa påverkades av att de kände tacksamhet över att ha överlevt och de stöd de fått, men utsatthet, oro, fatigue och ett behov av att omforma sin identitet var vanliga upplevelser som fick deltagarna att ändra sin självbild och sina perspektiv på livet. Vikten av att patienter känner sig förstådda och erbjuds stöd från såväl vården som närstående har framkommit och personcentrerad vård och ett holistiskt förhållningssätt lyfts fram som viktiga faktorer för att tillgodose de komplexa behov som uppstår efter kritisk sjukdom.

*Nyckelord:* Kritisk sjukdom, Litteraturstudie, Omvårdnad, Patienters upplevelse, Återhämtning

# PATIENTS' EXPERIENCES OF MENTAL HEALTH AFTER CRITICAL ILLNESS

A LITERATURE REVIEW

LUDVIG ALM  
CHRISTIN PATTENDEN

Alm, L & Pattenden C. Patients' experiences of mental health after critical illness. A literature review. *Degree project in nursing 15 credit points*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2024.

**Background:** An increasing number of patients survive critical illness due to medical advancements. Current research indicates that patients often find the acute phase of illness emotionally challenging, experiencing stress and uncertainty. It is known that critical illness and intensive care lead to physical consequences long after hospitalization, negatively impacting patients' recovery. With knowledge of patients' post-critical illness health experiences, nurses can tailor care to provide support for optimal recovery. **Aim:** To illuminate how patients' experiences of mental health are affected after critical illness. **Method:** A literature review based on twelve articles with a qualitative approach was analyzed using thematic content analysis. **Results:** Participants' experiences of mental health after critical illness are presented in five main categories: gratitude, vulnerability, worry and fear, fatigue, and identity changes. **Conclusion:** Participants' mental health experiences were influenced by gratitude for survival and the support received. However, vulnerability, worry, fatigue, and a need to reshape identity were common experiences leading participants to alter their self-perception and life perspectives. The importance of patients feeling understood and offered support from both healthcare and relatives has emerged and person-centered care and a holistic approach are highlighted as important factors in meeting the complex needs that arise after critical illness.

Keywords: Critical illness, Literature review, Nursing, Patients' experiences, Recovery

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	6
BAKGRUND .....	6
Aktuell forskning relaterat till kritisk sjukdom .....	6
Kritisk sjukdom .....	6
Hälsa .....	7
<i>Psykisk hälsa</i> .....	7
PROBLEMFÖRMULERING .....	8
SYFTE.....	8
METOD.....	8
PEO-modellen .....	8
Databassökning.....	8
Urvalsprocess.....	9
Kvalitetsgranskning .....	9
Analys.....	9
RESULTAT .....	10
Upplevelse av tacksamhet .....	11
Upplevelse av utsatthet.....	11
Upplevelse av oro och rädsla.....	12
Oro och rädsla kring ekonomi.....	12
Skuld och skam .....	13
Upplevelse av fatigue .....	13
Upplevelse av identitetsförändringar.....	14
Förlust och frustration.....	14
Förändrad självbild .....	14
Längtan att återfå livet .....	15
Existentiella känslor.....	15
Förändrade perspektiv och prioriteringar.....	15
DISKUSSION .....	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion .....	19
KONKLUSION.....	23
FÖRSLAG PÅ FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE .....	24

REFERENSER.....	25
BILAGA 1.....	29
BILAGA 2.....	31
BILAGA 3.....	33

# INLEDNING

Varje år dör miljontals människor globalt på grund av kritisk sjukdom som uppstår när kroppens organ inte längre fungerar som de ska och tillståndet blir därmed livshotande (Schell m.fl. 2021). Tack vare medicinska framsteg har överlevnaden för patienter som drabbas av kritisk sjukdom ökat vilket leder fram till att ett nytt intresseområde inom omvårdnad växer fram - livet efter kritisk sjukdom. Patienter som överlevt kritisk sjukdom har ofta ett fortsatt behov av vård efter utskrivning från vårdavdelningen (Rousseau m.fl. 2021). Ambitionen med denna litteraturstudie var därför att fördjupa sjuksköterskans förståelse för de psykiska behov som uppstår hos patienter efter kritisk sjukdom och därmed förbättra sjuksköterskans förmåga att vårda och stödja dessa patienter.

## BAKGRUND

Den legitimerade sjuksköterskan ansvarar för omvårdnaden av patienter och kommer vårda personer både före, under och efter personens insjuknande i kritisk sjukdom. Utifrån ett personcentrerat omvårdnadsperspektiv ska den legitimerade sjuksköterskan enligt Edvardsson m.fl. (2009) vårda såväl fysiska, psykiska och sociala aspekter av personen som tillsammans utgör faktorer som påverkar personens upplevda hälsa och välbefinnande. Personcentrerad omvårdnad är ett teoretiskt omvårdnadsperspektiv som används för att belysa vikten av att inkludera personen och livsvärldsperspektivet i hälso- och sjukvården och kännetecknas av att patienten och dess närstående blir sedda och förstådda som unika personer, med individuella behov, resurser, värderingar och förväntningar (Svensk sjuksköterskeförening 2010). För att förstå hela personens omvårdnadsbehov orsakade av det kritiska sjukdomstillståndet måste sjuksköterskan enligt Edvardsson m.fl. (2009) se bortom den akuta fasen och förstå hur tillståndet kan påverka personens upplevelse av hälsa och livssituation på lång sikt.

### **Aktuell forskning relaterat till kritisk sjukdom**

Perioden då patienten kämpar mot den kritiska sjukdomen är enligt deltagare i en studie av Hirshberg m.fl. (2020) präglad av ovisshet och stress och innebär en känslomässig påfrestning för patienten och dennes familj. Kritisk sjukdom kan enligt White m.fl. (2021) medföra konsekvenser för patienten även när den akuta fasen är över. Dessa konsekvenser kan utgöras av fysiska problem som exempelvis muskelsvaghet, viktnedgång och andnöd, men även kognitiva symtom såsom svårigheter med minne, problemlösning, uppmärksamhet eller exekutiva förmågor. Konsekvenserna ryms inom ramen för begreppet postintensivvårdssyndrom (PICS) som används för att beskriva de långvariga fysiska problem som kritisk sjukdom och intensivvård ofta medför. Brist av stöd och förståelse från sjukvården och närstående vid rehabilitering efter kritisk sjukdom riskerar att leda till allvarliga konsekvenser för patienten (a.a).

### **Kritisk sjukdom**

Begreppet kritisk sjukdom är svårdefinierat i det svenska språket. Begreppet används oftare i det engelska språket, i form av ”critical illness”, som en medicinsk term för att beskriva allvarliga medicinska tillstånd som hotar en persons liv eller riskerar att leda till betydande funktionsnedsättning för individen. Konceptuellt används dock termen ”critical illness” oftare för att beskriva patienters aktuella tillstånd snarare än som en medicinsk diagnos (Kayambankadzanja m.fl. 2022).

Enligt Svenska MeSH (2023) översätts "critical illness" till "livshotande sjukdom" och beskrivs som ett sjukdomstillstånd i vilket risken för dödlig utgång är överhängande. Socialstyrelsens termbank saknar definition av både kritisk sjukdom och livshotande sjukdom men definierar livshotande tillstånd som ett tillstånd som på grund av sjukdom eller skada innebär fara för en människans liv (Socialstyrelsen 2011). Även om definitionen av kritisk sjukdom varierar och uppdateras har de väsentliga komponenterna i princip varit samma hela tiden (Maslove m.fl. 2022). Att det inte finns internationellt konsensus kring begreppets definition skapar dock enligt Kayambankadzanja m.fl. (2022) problem både i det kliniska arbetet och forskningen inom området. I det kliniska arbetet riskerar diffusa definitioner leda till att sjukvårdspersonal gör olika bedömningar av tillståndet på likvärdiga patienter. Vilket kan leda till att det fattas olika beslut kring fortsatt behandling och handläggande baserat på att de som gör bedömningen har olika syn på vad som ryms inom ramen för kritisk sjukdom. För forskare kan det bli svårt att avgränsa en population eller tolka resultat utan en vedertagen och avgränsad definition. Kayambankadzanja m.fl. (2022) föreslår med anledning av detta följande definition av kritisk sjukdom: *"Kritisk sjukdom är ett tillstånd av ohälsa med dysfunktion i vitala organ, hög risk för omedelbar död om vård inte tillhandahålls samt att det finns potential för reversibilitet"*.

## Hälsa

Vad hälsa innebär är mångdimensionellt och kan definieras på olika sätt beroende på sammanhanget och perspektivet (Wärnå 2012). Världshälsoorganisationen (WHO) definierade år 1948 hälsa som *"ett tillstånd av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom"* (WHO 1948). Definitionen har sedan dess reviderats vid några tillfällen och kan numera tolkas som att hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet och ska ses som en resurs som individen erövrar genom att kontrollera och bemästra sin livssituation (Medin & Alexandersen 2000). En stor del av hälsoforskningen har utgått från ett bestämt biomedicinskt perspektiv men för att sjuksköterskor och vårdare ska få en uppfattning om vad hälsa utgör för patienter behöver de förstå vad hälsa innebär för varje individuell person de vårdar (Eriksson 2000). Det vårdvetenskapliga hälsoperspektivet lägger sitt fokus på människans upplevelse av hälsa och lidande snarare än själva sjukdomen. Syftet med vården ur en sjuksköterskas perspektiv är att lindra patientens lidande och ge patienten den hjälp och stöd hen behöver för att uppleva sin personliga känsla av hälsa (Wiklund 2003).

## Psykisk hälsa

Begreppet hälsa har flera olika dimensioner, där en av dimensionerna är den psykiska hälsan (Brülde & Tengland, 2003). WHO definierar psykisk hälsa som *"ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle som hen lever i. Psykisk hälsa är alltså inte detsamma som frånvaron av psykisk sjukdom"* (WHO 2022).

Enligt en gemensam publikation av Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering samt Sveriges Kommuner och Regioner (2020) ska psykisk ohälsa ses som ett paraplybegrepp som innefattar dimensionerna psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Även om det finns ett samband mellan dimensionerna kan exempelvis personer som inte har någon psykisk ohälsa uppleva lågt psykiskt välbefinnande, eller omvänt. Psykiskt välbefinnande handlar inte enbart om frånvaro av sjukdom utan snarare om en förmåga att kunna balansera positiva och negativa känslor, att känna sig tillfreds med livet, att ha goda sociala relationer, att kunna känna njutning, lust och lycka. Psykiskt välbefinnande är även en grundläggande resurs som krävs för att individen ska kunna hantera utmaningar.

Psykisk ohälsa innebär ett lidande som ofta är förenat med svårigheter att fungera i vardagslivet, i relationer med andra människor och nedsatt förmåga att kunna utföra arbete eller studera (a.a).

## PROBLEMFÖRMULERING

Mot bakgrund av att allt fler numera överlever kritisk sjukdom och att det råder en bristande förståelse för hur personer som överlevt påverkas på lång sikt finns det ett behov av att belysa hur denna patientgrupps upplevelse av den psykiska hälsan påverkas efter kritisk sjukdom. För att möjliggöra personcentrerad omvårdnad behöver sjuksköterskan öka sin förståelse för hur denna grupp mår efter att ha genomgått kritisk sjukdom. Något som är en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna anpassa vården och tillgodose de unika behov som uppstår hos patienter efter kritisk sjukdom och därmed främja välbefinnande och underlätta en effektiv återhämtning hos dessa patienter.

## SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att belysa hur patienters upplevelse av den psykiska hälsan påverkas efter kritisk sjukdom.

## METOD

Litteraturstudien baserades på tolv vetenskapliga empiriska artiklar med kvalitativ studiedesign. Den valda metoden baserades på metodlitteratur av Willman m.fl. (2016) samt Bettany-Saltikov och McSherry (2016).

### PEO-modellen

Inför databassökningen användes PEO-modellen som är framtagen av Bettany-Saltikov och McSherry (2016). Utifrån syftet med litteraturstudien användes modellen för att identifiera population, exponering och utfall. Därefter fick respektive del i PEO-modellen utgöra varsitt sökblock i databassökningen. I databassökningarna definierades PEO enligt följande:

Tabell 1. PEO-modell.

Population	Exponering	Utfall
Patienter	Kritisk sjukdom	Upplevelser

### Databassökning

För att besvara litteraturstudiens syfte användes databaserna CINAHL och PsycInfo. Sökorden i form av fritextord och ämnesord togs fram med utgångspunkt ur PEO-modellen. För att ta fram fritextord genomfördes preliminära sökningar för att få en uppfattning om vilka nyckelord som ofta används i artiklar kopplade till litteraturstudiens syfte. Ämnesord har sökts fram med hjälp av Svenska MeSH, CINAHL/MeSH Subject Headings samt Thesaurus på PsycInfo.



Sökningarna strukturerades upp i olika block där de första tre blocken utgjordes av varsin del av PEO-modellen i enlighet med sökstrategin av Bettany-Saltikov och McSherry (2016). Ett fjärde block lades till för att avgränsa sökresultatet till kvalitativa studier. Sökblocken förenades sedan enligt metoden av Willman m.fl. (2016) genom att inom respektive sökblock koppla samman sökorden med den booleska termen OR och därefter sammanföra respektive sökblock med den booleska termen AND. För att få likvärdiga sökningar har sökningarna i de två databaserna utgått ifrån identiska fritexts- och ämnesord med undantag för ämnesordet i det fjärde sökblocket då de två databaserna inte använde sig av samma ämnesord för kvalitativa studier. Sökschema för respektive databas redovisas i Bilaga 1 och 2.

I databassökningarna användes följande sökord: "Patients" och "Survivors" som ämnes- och fritextsord i första blocket. "Critical illness" som ämnes- och fritextsord i andra blocket. "Recovery", "Psychological impact", "Experience", "Life after" samt "Impact on quality of life" som fritextsord i tredje blocket. I fjärde blocket i CINAHL användes "Qualitative studies" som ämnesord och "Qualitative stud\*" som fritextord. I fjärde blocket i PsycInfo användes "Qualitative methods" som ämnesord och "Qualitative stud\*" som fritextord.

### **Urvalsprocess**

I urvalsprocessen användes följande inklusionskriterier: artiklarna som valdes ut skulle innefatta deltagare som genomgått kritisk sjukdom, enbart inkludera personer över 18 år, beskriva deltagarnas upplevelse av psykisk hälsa efter genomgången kritisk sjukdom, innehålla forskningsetiskt övervägande eller ha erhållit etiskt godkännande för datainsamling, bedömas vara av medelhög eller hög kvalitet enligt SBU:s kvalitetsgranskningsmall (2014), vara skrivna på svenska eller engelska samt vara empiriska studier med kvalitativ studiedesign.

Samtliga titlar som genererades i databassökningarna lästes och i de fall artiklarnas titlar var relevanta för litteraturstudiens syfte lästes abstract. De artiklar vars abstract besvarade litteraturstudiens syfte lästes i sin helhet och gick vidare till kvalitetsgranskning där ställning togs till ifall artiklarna kunde användas i resultatet. Sökningen i CINAHL resulterade i 345 träffar varav 33 relevanta titlar där samtliga abstract lästes vilket resulterade i att åtta artiklar lästes i sin helhet och kvalitetsgranskades och slutligen valdes sju artiklar ut till att inkluderas i litteraturstudiens resultat. Sökningen i PsycInfo resulterade i 169 träffar varav 28 relevanta titlar där samtliga abstract lästes vilket resulterade i att sju artiklar lästes i sin helhet och kvalitetsgranskades och slutligen valdes fem artiklar ut till att inkluderas i den här litteraturstudiens resultat. Dubletter bland sökträffarna sorterades bort manuellt innan artiklarna lästes i sin helhet.

### **Kvalitetsgranskning**

De artiklar som passerade urvalsprocessen gick vidare till kvalitetsgranskning med hjälp av "Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser" (SBU 2014). I den här litteraturstudien användes nio artiklar som bedömdes vara av hög kvalitet samt tre artiklar av medelhög kvalitet. Se Bilaga 3 för mer information om kvalitetsgranskning av respektive artikel.

### **Analys**

Analysen av de utvalda artiklarna genomfördes med en konventionell innehållsanalys enligt den praktiska guide som Popenoe m.fl. (2021) presenterar. Konventionell innehållsanalys användes för att på ett strukturerat och systematiskt sätt gå igenom de valda artiklarnas resultat för att upptäcka gemensamma mönster och teman men också skillnader i dem.

Med hjälp av en strukturerad innehållsanalys kunde befintliga data således användas för att generera ny kunskap som svarade på litteraturstudiens syfte. Analysprocessen inleddes med enskild inläsning av artiklarna för att få en övergripande förståelse kring deras innehåll. Efter att ha läst artiklarna konstruerades en artikelmatris (bilaga 3) som lättöverskådligt sammanfattade artiklarnas författare, årtal, publikationsland, titel, syfte, deltagare, metod och resultat. Därefter genomfördes en noggrann inläsning av artiklarna individuellt där relevanta data utifrån litteraturstudiens syfte markerades. Artiklarna lästes flera gånger i sin helhet för att säkerställa att de meningsenheter som valdes ut faktiskt svarade på litteraturstudiens syfte samt att de uppfyllde de angivna inklusionskriterierna. Efter den individuella inläsningen genomfördes en strukturerad och kritisk genomgång av de meningsenheter som enskilt valts ut för att sedan tillsammans uppnå konsensus kring urvalet av meningsenheter. De utvalda meningsenheterna sammanställdes därefter i enlighet med analysmetoden av Popenoe m.fl. (2021) i en tabell. I en andra kolumn till höger om meningsenheterna kondenserades längre meningsenheter för att möjliggöra en enklare överblick. I en tredje kolumn kodades meningsenheterna med ett fåtal ord som sammanfattade innehållet. I nästa steg analyserades koderna för att hitta huvudteman som summerade det generella innehållet. Efter den inledande uppdelningen fortsatte diskussionen om koderna. Detta resulterade i att vissa koder flyttades och att vissa koder betraktades som så lika att de kunde sammanfogas. Till sist granskades alla teman för att säkerställa att allt innehåll passade in. I vissa fall justerades huvudtemats namn för att bättre återspegla dess innehåll. De huvudteman som slutligen framkom fick utgöra huvudrubriker i resultatavsnittet, medan subkategorier redovisades som underrubriker.

## RESULTAT

I litteraturstudiens resultat användes tolv artiklar med kvalitativ ansats. Samtliga artiklar genomgick kvalitetsgranskning där nio bedömdes vara av hög kvalitet och tre av medelhög kvalitet. Artiklarna var publicerade mellan år 2015-2023. Tre av artiklarna var publicerade i Sverige (Nelderup m.fl 2017; Palesjö m.fl. 2015; Vogel m.fl. 2021), tre i USA (Auriemma m.fl. 2021; Calkins m.fl. 202; Eaton m.fl. 2023), två i Norge (Alexandersen m.fl. 2021; Flinterud m.fl. 2021), en i Storbritannien (Bench m.fl. 2021), en i Australien (Ewens m.fl. 2018), en i Sydkorea (Kang & Jeong 2018) samt en i Jordanien (Abdallahim & Zeilani 2014). Totalt ingick 167 deltagare i artiklarna, varav 85 män och 82 kvinnor, med ett åldersspann mellan 20-86 år. Se Bilaga 3 för mer ingående information om respektive artikel. Totalt identifierades fem huvudkategorier och sju underkategorier som redovisas i Tabell 2.

Tabell 2. Översikt över kategorier och underkategorier.

<i>Kategorier</i>	<i>Underkategorier</i>
Upplevelse av tacksamhet	
Upplevelse av utsatthet	
Upplevelse av oro och rädsla	<i>Oro och rädsla kring ekonomi</i> <i>Skuld och skam</i>
Upplevelse av fatigue	
Upplevelse av identitetsförändringar	<i>Förlust och frustration</i> <i>Förändrad självbild</i> <i>Längtan att återfå livet</i> <i>Existentiella känslor</i> <i>Förändrade perspektiv</i>

## Upplevelse av tacksamhet

Flera deltagare hade haft överlevnad som sitt huvudmål och uttryckte därför tacksamhet över att deras viktigaste önskan hade uppfyllts (Auriemma m.fl. 2021). Att få återgå till livet och vardagen efter att ha varit nära döden sågs enligt deltagarna i studien av Abdalrahim och Zeilani (2014) som emotionellt jobbigt men det skapade också meningsfullhet och ökad tacksamhet över livet i allmänhet. Deltagarna uttryckte tacksamhet över att ha återfått normala kroppsfunktioner och återigen kunna interagera med andra människor. En deltagare beskrev att han hade varit orolig för om han någonsin skulle återfå sin ursprungliga kroppsfunktion efter den kritiska sjukdomen och att han nu var tacksam över att kunna gå igen (a.a.). Enligt både Alexandersen m.fl. (2021) och Abdalrahim & Zeilani (2014) upplevde deltagarna tacksamhet över att ha överlevt och kunna återuppta livet igen. Att få vara hemma igen och återfå den roll de haft i familjen före insjuknandet ansågs betydelsefullt för några deltagare (Abdalrahim & Zeilani 2014). Enligt Nelderup m.fl. (2017) var deltagarna väl medvetna om det professionella omhändertagandet de mottagit av personalen på intensivvårdsavdelningen och de riktade därför tacksamhet gentemot personalen som räddat deras liv. Tacksamhet riktades även mot hemsjukvården, samt till närstående för att de funnits där och stöttat deltagarna både under den kritiska sjukdomsperioden och i återhämtningsfasen (a.a.).

## Upplevelse av utsatthet

Under återhämtningsprocessen efter kritisk sjukdom kämpade många deltagare med olika känslor av utsatthet. Efter att det mest kritiska tillståndet var över beskrev flera deltagare en känsla av att leva på gränsen mellan det verkliga och överkliga. Att vakna upp efter kritisk sjukdom innebar för många att vakna upp i en förändrad och främmande kropp. När deltagarna insåg att livet skulle fortsätta upplevde en del av dem en känsla av att befinna sig i en situation där de saknade kontroll. De beskrev att livet kändes förvirrande och omskakande vilket ledde till känslor av tomhet. Utsattheten förvärrades för somliga deltagare av att mardrömmar och fragmenterade minnesbilder från sjukhusperioden gjorde det svårt för dem att förstå vad som faktiskt hade hänt. Minnessvårigheter i kombination med upplevelsen av att leva i en förändrad kropp och känslan av att vården varit otillräcklig gjorde att vissa deltagare kände sig sårbara, vilket hindrade deras återhämtningsprocess (Palesjö m.fl. 2015). Kontrollförlusten upplevdes som energikrävande och psykiskt jobbigt, särskilt eftersom kampen pågick i personens huvud och därmed inte var synlig för personer i deltagarnas omgivning (Vogel m.fl. 2021). I studien av Bench m.fl. (2021) berättade en deltagare att hon kände sig utsatt när hennes vänner skämtade om vad hon genomgått, hon försöka dölja det genom att skoja tillbaka men innerst inne kände hon sig besvärad och arg över deras oförståelse. Utsattheten blev även tydlig bland deltagarna i studien av Nelderup m.fl. (2017) när de kämpade med praktiska svårigheter. Kroppsliga förändringar upplevdes som en begränsning när patienterna blev beroende av andras hjälp för att hantera det dagliga livet. Särskilt påtagligt blev det när deltagarna var beroende av hemtjänst och därmed behövde anpassa sin dag efter deras schema (a.a.) En deltagare beskrev att han kände sig beroende av sin fru och att han kände sig övergiven när hon återgick till sitt arbete (Calkins m.fl. 2021). Deltagarnas beroende av personal från hälso- och sjukvården gjorde att de kände sig sårbara (Flinterud m.fl. 2021).

Glädjen över att vara hemma ersattes enligt en deltagare i studien av Ewens m.fl. (2018) snabbt med en känsla av att vara isolerad från sitt tidigare jag. Samtidigt dolde deltagarna sin trötthet för andra människor genom att sätta upp en fasad för att dölja hur de egentligen mådde. De deltagare som efter den akuta fasen hade ett kvarstående lidande ville inte att deras bördor skulle drabba deras närstående och det blev därför viktigt för dem att upprätthålla en fasad (Palesjö m.fl. 2015). Känslan av att behöva dölja hur de egentligen mådde fick vissa deltagare att känna sig ensamma i sin återhämtningsprocess.

De fysiska och psykiska utmaningarna sänkte deltagarnas välbefinnande, dränerade deras inre styrka och försatte deltagarna i en situation där de var nära ett sammanbrott (Alexandersen m.fl. 2021). En deltagare uttryckte frustration över den bristande förståelsen från omgivningen kring vad han genomgått, vilket påverkade hans psykiska hälsa eftersom han kände sig ensam och avvikande då varken hans närstående eller sjukvårdspersonal förstod honom. En annan deltagare berättade att hon kände sig oförstådd av vården. Hon kände sig dum och onormal, samt upplevde att hon slösade vårdens resurser vilket gjorde att hon höll inne information kring hur hon egentligen mådde. Dessa känslor ledde till att hon utvecklade ångest- och depressionssymtom (Bench m.fl. 2021). I studien av Kang och Jeong (2018) beskrevs att en deltagare upplevde en osäkerhet och brist på självförtroende i återhämtningsprocessen. Detta resulterade i en motvilja att socialisera och skapa nya kontakter och skapade känslor av utanförskap.

### **Upplevelse av oro och rädsla**

Oro kunde uppstå på grund av rädsla för att bli kritisk sjuk på nytt (Abdalahim & Zeliani 2014) men det fanns bland vissa deltagare även en stark rädsla för att dö (Palesjö m.fl. 2015). Deltagare i studien av Nelderup m.fl. (2021) uttryckte en rädsla över att något oförutsägbart skulle leda till att de behövde läggas in på intensivvårdsavdelningen igen. En annan deltagare uppgav att hon ständigt var rädd för att återinsjukna och oroade sig över att tillståndet kanske skulle bli mer komplicerat än tidigare om hon blev sjuk igen (Kang & Jeong 2018). Oro och rädsla kunde triggas av sådant som påminde deltagarna om den kritiska sjukdomsfasen och vad de genomgått (Vogel m.fl. 2021). En deltagare berättade att hon var så rädd för att återinsjukna att hon isolerade sig i hemmet eftersom hon inte ville riskera att falla ihop bland andra människor (Abdalahim & Zeilani 2014).

Att överleva den kritiska sjukdomen medförde för en del deltagare att de tvingades leva i en förändrad och skör kropp. Att inte känna eller uppleva sin kropp på samma sätt som före insjuknandet skapade ångest, rädsla och ovisshet bland deltagarna då de inte kände till hur kroppen skulle reagera under press (Palesjö m.fl. 2015). Nedsatta kroppsliga och mentala funktioner resulterade för en del deltagare i ovisshet, sårbarhet samt känslor av ensamhet, rädsla och ångest (Vogel m.fl. 2021). Några deltagare beskrev att det var vanligt med dåliga dagar där de tänkte på existentiella frågor, inte var på humör, inte hade någon livslust och stirrade in i intet (Nelderup m.fl. 2017). Depression och ångest förekom bland flera deltagare och resulterade i flera fall i diagnoser såsom panikångest (Eaton m.fl. 2023), klaustrofobi, sömnsvårigheter (Flinterud m.fl. 2021) och posttraumatiskt stressyndrom (Ewens m.fl. 2018). Känslor som nedstämdhet och ilska ledde bland vissa deltagare till osäkerhet och tillbakadragenhet vilket påverkade sociala interaktioner och återhämtningen negativt. En yngre deltagare, som fortfarande bodde hemma, beskrev att hon på grund av detta valde att isolera sig på sitt rum (Calkins m.fl. 2021). Några beskrev att de blivit förstörda mentalt, att de tappat allt självförtroende, höll på att gå under och såg sig själva som värdelösa när den fysiska krisen övergick till en mental kris (Kang & Jeong 2018).

### *Oro och rädsla kring ekonomi*

Vissa deltagare fick spendera lång tid på sjukhuset vilket medförde stora ekonomiska utmaningar som var svåra att hantera vilket ledde till ångest. En deltagare resonerade kring om det hade varit bättre att han hade dött eftersom han nu tvingades leva på existensminimum och ändå inte hade råd att betala sina räkningar vilket ledde till oro, ångest och sömnproblem. En annan deltagare uppgav att han kände stress och oro kring sin allt sämre ekonomi till följd av hans sjukdom. En tredje deltagare berättade att han under lång tid före insjuknandet hade kämpat med sin ekonomi men till slut återfått kontroll över den, hans största rädsla var nu att till följd av den kritiska sjukdomen åter få ekonomiska problem (Alexandersen m.fl. 2021).

Oron kring ekonomin i och efter insjuknandet var en ständig utmaning som genererade stress, rädsla, känsla av ödeläggelse och skuld gentemot familjen eftersom deltagarnas ekonomiska utmaningar även kom att drabba deltagarnas närstående (Kang & Jeong 2018).

### *Skuld och skam*

Några deltagare var rädda för att bli en börda för sin familj och närstående när de tvingades vara beroende av dem för att klara av vardagen med de, för vissa deltagare, varaktiga funktionsnedsättningar som följde efter den kritiska sjukdomen (Eaton m.fl. 2023). I studien av Kang och Jeong (2018) berättade deltagarna att de kände sig ledsna över att deras sjukdom och behandling även medförde konsekvenser för deras närstående. Somliga deltagare i studien av Alexandersen m.fl. (2021) kände skuld gentemot familjen och uttryckte att de hade drabbats hårdare än vad deltagarna själva hade gjort. En av deltagarna uttryckte känslor av skuld eftersom han varit frånvarande och överbelastat sin familj med sina egna bördor som sjukdomen orsakat. En annan deltagare delade med sig av att han upplevde att han alltid var i fokus och att det upplevdes jobbigt och blev en belastning för hans partner eftersom personer i omgivningen ständigt riktade frågor om hans välbefinnande till henne. Även om deltagaren förstod att uppmärksamheten var menad som något positivt blev det med tiden påfrestande och fick honom att känna skuld gentemot sin partner (a.a).

### **Upplevelse av fatigue**

Genomgående tema i studierna var att deltagarna uttryckte olika former av fatigue och kognitiva förändringar efter att den akuta sjukdomsfasen var över. Palesjö (2015) beskrev att deltagarnas återhämtningsprocess drevs av en längtan att återvända till sina gamla jag och livet de var vana vid före insjuknandet i kritisk sjukdom. Deltagarna strävade oavbrutet efter att förstå hela händelseförloppet och att samtidigt frigöra sig från de fysiska begränsningarna som ibland uppstod till följd av kritisk sjukdom. Detta blev dock en utmaning då deras kroppar inte alltid löd på grund av ökad känslighet i sinnen, vilket ledde till att de snabbt kunde känna sig överstimulerade av omgivningen och resulterade i fatigue (a.a). Nelderup m.fl. (2017) beskrev att tröttheten och utmattningen blev påtaglig för flera deltagare när de återvände hem från sjukhuset då de inte hade någon energi alls i början och endast lyckades utföra de allra mest grundläggande uppgifterna innan tröttheten blev överväldigande. En deltagare beskrev sin trötthet som en nedsatt funktionsduglighet, han utförde vardagliga ting långsammare och blev dessutom utmattad av att utföra dessa (Eaton m.fl. 2023). Liknande upplevelse återger även Kang & Jeong (2018) som beskrev att deltagarna kände sig mindre kapabla än före sjukdomen och beskrev en ökad passivitet till följd av tröttheten. En deltagare förklarade att om hon hade två aktiviteter inbokade på samma dag skulle hon inte klara av att fullfölja dessa till följd av utmattningen som infann sig redan innan första aktiviteten ens hade avslutats (a.a.). Deltagare i studien av Bench m.fl. (2021) beskrev fatigue som en mental utmattning av sinnet, likt en tjock dimma som lägger sig över hjärnan, eller som ett virus som stänger ner en dator. Tröttheten påverkade även deltagarnas sociala liv. Flera deltagare kände att de inte kunde umgås eller delta i aktiviteter som tidigare gav dem glädje och energi eftersom det kunde utlösa eller förvärra deras trötthet. Att umgås med vänner krävde att deltagarna fokuserade på samtal vilket orsakade en mental utmattning (a.a.). I studien av Ewens m.fl. (2021) hade flera deltagare realistiska uppfattningar om återhämtningsprocessen och hur lång tid den skulle ta. En deltagare beskrev sig själv som ständigt trött och irriterad mot sina närstående på grund av att han inte kunde göra de saker han normalt brukade göra. Varje rörelse tog energi och kraft från honom vilket förstärkte hans känsla av utmattning (a.a.). En deltagare beskrev att hans arbete gjorde honom fullständigt utmattad, dels på grund av den fysiska ansträngningen med att ta sig till jobbet, dels på grund av de påfrestande som arbetsuppgifterna medförde både fysisk och mentalt (Bench m.fl. 2021).

Under återhämtningsprocessen nämnde flera deltagare i studierna av Nelderups m.fl. (2017) och Palesjös m.fl. (2015) att de upplevde problem med minnet. Somliga deltagare hade enbart fragmenterade minnesbilder av vad de genomgått under sjukhusperioden vilket skapade en förvirring och osäkerhet som ledde till svårigheter att bearbeta händelserna och därmed gjorde det svårare att komma vidare i återhämtningsprocessen (Nelderup m.fl. 2017). Problem med minnet återgavs även av deltagare i studien av Calkins m.fl. (2021) i form av problematik med både korttids- och långtidsminnet, samt problem med att komma ihåg enkla detaljer i vardagen och att hantera vanliga vardagssysslor, såsom att komma ihåg vad som behövde göras under dagen. Deltagare i studien av Eatons m.fl. (2023) berättade om sina utmaningar relaterade till kognitiva förmågor och betonade koncentrations- och minnesproblem. En av deltagarna beskrev att hennes kognitiva problem först uppstod senare i återhämtningen och att hon då fick kämpa för att bibehålla fokus. Koncentrationssvårigheter beskrevs även av Alexandersen m.fl. (2021) där en av deltagarna återgav att tröttheten hade effekt på de dagliga aktiviteterna eftersom han inte kunde koncentrera sig i mer än tio minuter åt gången.

### **Upplevelse av identitetsförändringar**

Tiden efter kritisk sjukdom ledde för de flesta deltagarna till förändrade perspektiv både på sig själva och hur de levde sina liv.

#### *Förlust och frustration*

Förändringar inom familjära-, sociala- eller yrkesmässiga roller till följd av förlust av självständighet skapade enligt vissa deltagare ett krav på att omforma sin identitet. Flera deltagare upplevde en känsla av förlust, främst kopplat till funktion och självständighet (Eaton m.fl. 2023), somliga kände sig svaga och beskrev känslan av att ha förlorat sina tidigare liv (Palesjö m.fl. 2015). Förlust av social roll inom familjen uttrycktes av några deltagare då de kände sig maktlösa och förminskade när de blev beroende av hjälp från familj och närstående för att göra sådant de tidigare klarat själva (Eaton m.fl. 2023). En deltagare berättade att han kände frustration då han inte längre kände sig behövd eftersom hans barn inte längre frågade honom om saker utan i stället gick till hans fru (Abdalahim & Zeilani 2014). Några deltagare uttryckte frustration och förvirring över att spåren av sjukdomen var ihållande och att de fortfarande inte hade återhämtat sig helt (Eaton m.fl. 2023). En deltagare uttryckte frustration över att hans familj fortsatte betrakta honom som sjuk och uttryckte oro över hans hälsa, vilket ledde till att han kände sig kvävd och inte kunde återfå den roll han hade haft före insjuknandet (Abdalahim & Zeilani 2014). Besvikelse och frustration över att den psykiska återhämtningen inte gick lika fort som den fysiska nämndes också som orsak till frustration. En tidigare väldigt aktiv deltagare i studien av Ewens m.fl. (2021) upplevde efter sin stroke kvarstående fysiska begränsningar. Hon nämnde att hon aldrig fick information om att dessa begränsningar skulle förbli permanenta vilket ledde till stor frustration i återhämtningsfasen. Hon önskade att hon hade fått mer ingående information om konsekvenserna samt psykologiskt stöd för att kunna bearbeta förändringen.

#### *Förändrad självbild*

Redan vid utskrivning från sjukhuset blev det för vissa deltagare tydligt att livet hade förändrats. De hade längtat efter att få komma hem men tvingades också inse att de inte var samma personer som tidigare (Flinterud m.fl. 2021). En deltagare berättade att hon förlorat mycket av sitt självförtroende, inte längre vågade gå ut själv och därför isolerade sig i hemmet, något som var i stor kontrast till hur hon levde före insjuknandet då hon ofta reste och deltog i familjesammankomster (Ewens m.fl. 2018). Förändrad självbild fick även några deltagare att tvivla på om de någonsin skulle återhämta sig tillräckligt mycket för att kunna arbeta igen (Palesjö m.fl. 2015).

En deltagare berättade att allt han tidigare arbetat med inte längre var möjligt med tanke på hans kroppsliga begränsningar och att han nu skulle bli tvungen att ta ett jobb han egentligen inte trivdes med (Nelderup m.fl. 2017). Att gå från att vara familjens försörjare till att vara helt beroende av sin fru gjorde att en deltagare gick från att tidigare ha tänkt att han kunde göra vad som helst till att nu tvivla på om han ens var kapabel till något alls (Kang & Jeong (2018).

### *Längtan att återfå livet*

Efter att ha genomgått kritisk sjukdom fanns en stor vilja att återhämta sig och återgå till hur livet var före insjuknandet (Palesjö m.fl. 2015) I studien av Alexandersen m.fl. 2021 berättade en deltagare om att hans största mål var att gå tillbaka till sitt arbete och börja leva igen. I samma studie framkom även att omgivningens förväntan om att allt skulle bli som vanligt igen fick deltagarna att längta efter att återfå det gamla livet. Att umgås och socialisera med familj och närstående upplevdes som utmattande men blev också en påminnelse om det normala livet och gav styrka i återhämningsprocessen (Vogel m.fl, 2021). I balansen mellan beroende och självständighet kunde närståendes hjälp vara en faktor som fick deltagarna att längta efter att deras vardag skulle bli som den var före insjuknandet (Flinterud m.fl. 2021). Även en deltagare i studien av Ewens m.fl. (2018) uppgav att omgivningens förväntningar fick honom att längta till att återfå livet samtidigt som det gjorde honom frustrerad och fick honom att tvivla på om livet någonsin skulle bli som det en gång hade varit.

### *Existentiella känslor*

Efter att ha överlevt kritisk sjukdom väcktes existentiella frågor bland flera deltagare som funderade över varför just de drabbats av sjukdomen eller varför just de hade överlevt (Nelderup m.fl. 2017; Palesjö m.fl 2015). Deltagarna kunde uppleva det som orättvist att just de drabbats av kritisk sjukdom (Nelderup m.fl. 2017). En deltagare uppgav att han försökte besvara sina existentiella frågor genom att vända sig till sin religion (Calkins m.fl. 2021). Några deltagare fick en ny syn på religion. Vissa deltagare fortsatte uttrycka sin tro men orkade inte gå till kyrkan som tidigare, medan andra uttryckte att deras tro stärktes efter att de överlevt den kritiska sjukdomen. Att ha överlevt en sådan kroppslig ansträngning som kritisk sjukdom innebar gav några deltagare extra mod och styrka i sin tro (Eaton m.fl. 2023). En annan deltagare kände sig motiverad att vägleda andra människor i riktning mot det goda (Abdalrahim & Zeilani 2014).

### *Förändrade perspektiv och prioriteringar*

Att ha genomgått kritisk sjukdom gjorde att många deltagare fick en ny syn på livet och nya prioriteringar. Att ha varit nära döden fick deltagarna att uppskatta livet i högre utsträckning än tidigare och fick en del att tro att de kunde klara vad som helst (Nelderup m.fl. 2017). En vanlig förändring bland deltagarna var att de fick en ny och positivare syn på sådant de tidigare tagit för givet (Abdalrahim & Zeilani 2014; Palesjö m.fl. 2015). En deltagare uttryckte det som att han numera var mer positiv (Alexandersen m.fl. 2021). En annan deltagare uttryckte att han värdesatte de människor som fanns i hans liv mer och att dessa personer fick en ökad betydelse för honom (Ewens m.fl. 2018). Efter att ha varit nära döden och insett risken att förlora sin familj, insåg en deltagare vikten av att vårda relationerna med sina närstående medan det fortfarande var möjligt då dessa relationer fyllde hennes liv med mening (Palesjö m.fl. 2015). Många deltagare uttryckte att de hade börjat leva mer i nuet och tog en sak i taget (Palesjö m.fl. 2015; Vogel m.fl. 2021), det de inte klarade idag kunde de försöka med imorgon istället (Alexandersen m.fl. 2021). Vissa deltagare slutade att planera och oroa sig för framtiden (Palesjö m.fl. 2015). Det blev mindre viktigt att ha ett välkött hem och trädgård, de oroade sig mindre över sin ekonomi och fokuserade i stället på att leva (Nelderup m.fl. 2017).

En deltagare uttryckte att han hade blivit mer eftertänksam och omvärderat mycket av livet. Han såg numera saker ur en annan synvinkel, blev mer eftertänksam och tänkte mer på konsekvenser innan han agerade (Ewens m.fl. 2018). Några deltagare fick insikten att de bör arbeta mindre (Flinterud m.fl. 2021). En deltagare berättade också att hon slutade irritera sig på saker som personer i hennes omgivning gjorde och i stället försökte förstå varför de gjorde på ett visst sätt, hon hade till exempel tidigare irriterat sig på att hennes mamma la sig i hennes liv men förstod nu att det var av välvilja och gynnade henne i slutändan. Samma deltagare berättade att hon tillvaratog livet genom att satsa på sin familj och utbildning. För vissa deltagare medförde den kritiska sjukdomen att de fick en ny syn på religion och spiritualitet. En deltagare betraktade sin överlevnad som en gåva från gud. Att ha överlevt, med hjälp av gud, gjorde att de fick en ny syn på livet och sin tro (Abdalahim & Zeilani 2014). En deltagare berättade om hur synen på hans egen hälsa förändrades när han insåg att han inte var den odödliga superhjälten han länge hade sett sig själv som. Detta gjorde att han slutade röka, började ta sin blodtryckssänkande medicin och tog bättre hand om sig själv (Calkins m.fl. 2021). Att överleva den kritiska sjukdomsfasen fick somliga att lägga mindre vikt vid småsaker men samtidigt upplevde de minskat tålamod med människor som tog energi från dem utan att ge något tillbaka. De uttryckte själva att deras identitet och sätt att tänka hade förändrats av den kritiska sjukdomen (Vogel m.fl. 2021).

## **DISKUSSION**

Diskussionsavsnittet delades in i en metoddiskussion och en resultatdiskussion.

### **Metoddiskussion**

Då syftet med litteraturstudien var att belysa hur patienters upplevelse av den psykiska hälsan påverkades efter kritisk sjukdom ansågs det vara en styrka att datamaterialet utgjordes av kvalitativa studier då en kvalitativ studiedesign enligt Willman m.fl. (2016) lämpar sig för att undersöka och belysa de fenomen, upplevelser och erfarenheter som personer upplever och genomgår. Upplevelser är enligt Willman m.fl. (2016) personliga och svåra att mäta vilket medför att det hade varit svårt att besvara litteraturstudiens syfte med en kvantitativ studiedesign vilket stärker att det varit en styrka att litteraturstudiens syfte besvarades med en kvalitativ studiedesign. Litteraturstudiens syfte var att belysa patienters upplevelse och få en djupare förståelse för deras upplevelser, något som enligt Henricson och Billhult (2017) bäst besvaras genom en kvalitativ metod, vilket ytterligare stärker den valda studiedesignen. En styrka med att samtliga studiers datainsamling genomfördes med hjälp av intervjuer är enligt Henricson och Billhult (2017) att patienterna själva fått berätta om sina upplevelser och erfarenheter. Som svaghet ses däremot enligt Henricson och Billhult (2017) en risk att personerna som genomförde intervjuerna och analyserade patienternas svar kan ha påverkat eller förändrat informationen som framkommit. Enligt Willman m.fl. (2016) och Priebe och Landström (2017) riskerar feltolkningar av deltagarnas uttalande i primärstudier att även påverka pålitligheten i sekundärstudier där dessa inkluderas då forskarna inte återgett personernas upplevelse korrekt, något som var en svaghet och risk med den valda studiedesignen.



Att en litteraturstudie genomfördes är enligt Willman m.fl. (2016) en styrka då flera redan befintliga studier vägdes samman till en gemensam helhet som svarade på litteraturstudiens syfte och det gick därmed att presentera ett fördjupat och nyanserat resultat som underbyggdes av flera av varandra oberoende studier vilket gav litteraturstudien ökad trovärdighet. Trovärdigheten stärks även av att ha redovisat tillvägagångssättet enligt Willman m.fl. (2016) metodlitteratur.

### *PEO-modellen*

Att PEO-modellen av Bettany-Saltikov och McSherry (2016) användes var en styrka då det gav struktur i databassökningarna och säkerställde att alla väsentliga delar av syftet täcktes in i sökningarna. Både Willman m.fl. (2016) och Henricson (2017) lyfter att det är en styrka att litteraturstudier genomgående i syfte och databassökningarna ha använt sig av ett strukturerat tillvägagångssätt samt att synonymer används inom blocken för att få en bredare sökning. Genom välavvägda och noggrant utformade systematiska sökningar minimerades risken att gå miste om relevanta artiklar och sökträffarna blev mer avgränsade och relevanta då varje artikel minst innehöll ett ämnes- eller fritextord från varje del av PEO-modellen (Henricson 2017).

### *Databassökningar*

Att två olika databaser användes är enligt Willman m.fl. (2016) och Henricson (2017) en styrka då detta gav ge ett större dataunderlag och ökade chansen att hitta relevanta träffar och därmed ökade kvalitén och trovärdigheten på litteraturstudien. Enligt Willman m.fl. (2016) är det eftersträvansvärt att sökningar i olika databaser är så lika varandra som möjligt men medger också att olika databaser använder olika system för indexering varför det ibland är nödvändigt att förändra och anpassa sökningen i respektive databas. Det var därför ingen svaghet att databassökningarna som ligger till grund för denna litteraturstudie skiljde sig åt i det fjärde sökblocket vad gäller term för kvalitativa studier då sökningarna i övrigt var identiska och blocket använde sig av både fritext- och ämnesord för att undvika att gå miste om relevanta artiklar. Att använda databaserna CINAHL med artiklar inom omvårdnad och PsycInfo med artiklar inom psykologi visade sig vara en styrka då sökningarna i båda databaserna resulterade i relevanta artiklar men med olika infallsvinklar på området vilket gav ett omfattande, brett och nyanserat underlag att basera litteraturstudien på. Databaserna var således relevanta utifrån litteraturstudiens syfte och gav därför i enlighet med Willman m.fl. (2016) en bra möjlighet att få ett omfattande och evidensbaserat urval då deras inriktningar, omvårdnad och psykologi bidrog med olika infallsvinklar och perspektiv på det valda området. För att få ett avgränsat och relevant sökresultat sågs det i enlighet med Willman m.fl. (2016) som en styrka att de booleska sökoperatorerna OR och AND användes. OR användes för att sammanföra respektive fritext- och ämnesord inom samma block och gav därmed en bredare och mer omfattande sökning. AND användes för att förena de olika sökblocken och begränsade sökträffarna samt ökade relevansen bland sökträffarna. Att lägga till ett fjärde sökblock för att avgränsa till kvalitativa studier kan ha varit en svaghet då det, som Willman m.fl. (2016) beskriver, finns en risk att vissa sökblock begränsar sökningen för mycket och exkluderar artiklar som egentligen hade varit relevanta men som använder andra begrepp än de som anges i blocket. Detta undveks dock genom att använda både fritextord och ämnesord för kvalitativa studier och avgränsningen ansågs nödvändig för att få en hanterbar sökträffsmängd. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) stärker avgränsningar vad gäller studiedesign även sökresultatens relevans.

### *Urvalsprocess*

I urvalsprocessen ansågs det som en fördel att använda olika begränsningar då inklusionskriterierna underlättade urvalsprocessen genom att de fungerade som stöd i att identifiera studier som besvarade litteraturstudiens syfte. Genom att noggrant ha avgränsat vilka studier som skulle inkluderas blev litteraturstudien mer fokuserad och därmed ökade även validiteten. Enligt Willman m.fl. (2016) minskade subjektiviteten i kvalitetsgranskningen och urvalsförfarandet genom att två personer först enskilt gjorde en bedömning och sedan uppnådde konsensus genom kritisk diskussion utifrån på förhand bestämda kriterier. Att ställa krav på etiskt övervägande och etiskt godkännande för datainsamlingen blev en förutsättning för att den här litteraturstudien skulle leva upp till god forskningssed men också för att trovärdigheten skulle öka. Genom att enbart inkludera studier som bedömdes vara av medelhög eller hög kvalitet enligt SBU:s (2014) granskningsmall kunde studier med bristfällig metodologi uteslutas vilket ytterligare ökade validiteten och trovärdigheten för litteraturstudien. Det kan enligt Willman m.fl. (2016) ha varit en svaghet att enbart inkludera artiklar som fanns tillgängliga på svenska eller engelska då det kan ha funnits artiklar som var relevanta för syftet på andra språk. Det var dock i detta fall en nödvändighet eftersom författarna av litteraturstudien behärskade just dessa språk. Detta inklusionskriterie eliminerade således behovet av opålitliga översättningstjänster, vilket enligt Willman m.fl. (2016) minskar risken för feltolkningar eller andra förvanskningar vid läsning av artiklarna och därmed stärks litteraturstudiens trovärdighet. En svaghet med att använda inklusionskriterier är enligt Henricson (2017) att det finns en risk att de avgränsar för mycket och därmed exkluderar artiklar som egentligen är relevanta, detta har författarna dock försökt undvika genom att enbart ha de inklusionskriterier som ansågs som nödvändiga för att få ett hanterbart och relevant urval. Generaliserbarheten ökade enligt Malterud (2014) genom att ha redovisat metod och inklusionskriterier då det underlättar om någon vill reproducera databassökningen och förstå hur urvalsprocessen gått till. Urvalsprocessen blev mindre subjektiv och risken för snedvridningar eller partiskhet minskade enligt Malterud (2014) genom att ha på förhand bestämda inklusionskriterier. Kvalitativa studier strävar inte efter traditionell generaliserbarhet i form av att resultatet bör gälla för en bred population. Fokus i en litteraturstudie är i stället på en avgränsad grupp där överförbarheten snarare handlar om generaliserbarhet till liknande populationer och sammanhang (Malterud 2001). Det är därför inte troligt att litteraturstudiens resultat kan generaliseras eller antas gälla för en bredare eller annan population än den som undersöktes. Att inga kriterier kring ålder, kön eller geografisk plats användes innebär i enlighet med Malterud (2001) att det funnits en risk för att urvalet skulle bli homogent och därmed medföra lägre generaliserbarhet genom låg representativitet. I litteraturstudien har dock artiklar från sju olika länder använts, könsfördelningen bland deltagarna blev 51% män och 49% kvinnor och åldersspannet var 20-86 år vilket talar för att urvalet trots allt blev varierat och representativt.

### *Kvalitetsgranskning*

Genom en noggrann och systematisk granskning kunde artiklarnas kvalitet bedömas innan ställning togs till ifall de skulle användas i resultatet. Artiklar som på ett tillfredställande sätt uppfyllde SBU:s (2014) kvalitetsgranskningskriterier bedömdes vara av hög kvalitet, artiklar som bortsett från små brister uppfyllde kriterierna bedömdes vara av medelhög kvalitet. Efter ställningstagande användes de artiklar där omdömet var att artiklarna höll hög- eller medelhög kvalitet, något som enligt Henricson (2017) stärker litteraturstudiens trovärdighet.

I de tre utvalda artiklarna som bedömdes vara av medelhög kvalitet bestod bristerna av att relationen mellan forskare/urval och att forskarens förförståelse inte redovisades. Se bilaga 3 för mer information om respektive artikel. Brister i kvaliteten bland artiklarna i urvalet riskerade att påverka litteraturstudiens trovärdighet negativt, vilket undveks genom att ta ställning till bristerna och försöka ta reda på om det fanns någon relation eller förförståelse som kan ha påverkat studiernas resultat men inga tecken eller tendenser på detta framkom i någon av artiklarna. En svaghet med valet av kvalitetsgranskningsprotokoll var att SBU:s (2014) kriterier uppfattades som svåra att tolka då bedömningarna av artiklarna utifrån kriterierna blev förhållandevis subjektiva och godtyckliga. Det upplevdes även svårt att avgöra vad som skulle bedömas som hög respektive medelhög kvalitet. Detta motverkades genom att följa både Willman m.fl. (2016) och Henricsson och Billhult (2017) rekommendation att varje författare ska genomföra individuella granskningar av artiklarna för att undvika att påverkas av varandra. Därefter gjordes en gemensam bedömning av alla granskningar. Detta är något som stärker litteraturstudiens reliabilitet enligt Henricson och Billhult (2017).

### *Analys*

Analysmetoden av Popenoe m.fl. (2021) underlättade analysen av de utvalda studierna. Genom användning av en beprövad och allmänt vedertagen analysmetod som är särskilt framtagen för uppsatser på kandidat- och magisternivå inom hälsovetenskap vägledades litteraturstudiens författare genom analysprocessen och därmed minskade risken att meningsenheter skulle misstolkas och tappa sin egentliga innebörd, något som ökade litteraturstudiens trovärdighet och validitet enligt Henricson och Billhult (2017). Den valda analysmetoden är enligt Popenoe m.fl. (2021) särskilt framtagen för att tillämpas på publicerade artiklar snarare än empirisk data och var därmed en passande analysmetod utifrån litteraturstudiens metodförfarande och syfte. En faktor som eventuellt påverkade litteraturstudiens reproducerbarhet är enligt Willman m.fl. (2016) att analysförfarandet inte beskrivits i detalj vad gäller hur de valda kategorierna växte fram. Genom att i dataanalysen ha varit noggranna med att inkludera alla meningsenheter från studierna som svarade på litteraturstudiens syfte är det dock troligt att innehållet i en studie som utförs utifrån samma syfte och datamaterial men av andra personer hade inkluderat samma data men möjligtvis kommit fram till andra kategorier. I enlighet med Willman m.fl. (2016) var det en styrka och trovärdigheten ökade genom att analysen av de utvalda studierna skedde genom ett systematiskt förfarande och att analysen först genomfördes enskilt och därefter gemensamt av litteraturstudiens författare.

### **Resultatdiskussion**

Flera deltagare uttryckte tacksamhet över att ha överlevt och att kunna återuppta livet igen (Abdalahim & Zeilani 2014; Alexandersen m.fl. 2021; Auriemma m.fl. 2021), att ha återfått normala kroppsfunktioner och åter kunna interagera med andra människor (Abdalahim & Zeilani 2014) samt mot närstående och sjukvårdspersonal (Nelderup m.fl. 2017). Day m.fl. (2020) menar att patienter som har känt sig väl omhändertagna av vården och fått tillfredsställande stöd från sitt sociala nätverk är mer benägna att uttrycka tacksamhet och dessa tacksamhets känslor kan i sin tur ha en positiv effekt på patienters upplevda välbefinnande och psykiska hälsa. Något som går i linje med White m.fl. (2021) som menar att bristande stöd och förståelse från sin omgivning i återhämtningsfasen riskerar att leda till allvarliga negativa konsekvenser för patienten.

Det framkom att deltagarna kände sig mer utsatta och sårbara och att deras återhämtningsprocess hindrades när de upplevde otillräckligt stöd från hälso- och sjukvården (Palesjö m.fl. 2015). Socialstyrelsen m.fl. (2020) lyfter i sin definition av psykiskt välbefinnande fram att goda sociala relationer och att känna sig tillfreds med livet är centrala aspekter för att individen ska kunna uppleva psykiskt välbefinnande.

Bristande stöd och förståelse från omgivningen ledde till att deltagarna upplevde känslor av utsatthet (Bench m.fl. 2021). Känslorna förvärrades av att återhämtningskampen till största del ägde rum i deltagarnas huvud (Vogel m.fl. 2021) och att deltagarna var beroende av hjälp från andra för att klara av vardagliga sysslor (Calkins m.fl. 2021; Nelderup m.fl. 2017) vilket fick dem att känna sig sårbara (Flinterud m.fl. 2021), ensamma och avvikande (Bench m.fl. 2021). Ett av de främsta önskemålen för patienter under sjukdomsfasen är enligt Hällgren och Molin (2020) att de vill känna att de blir lyssnade på, att mottagaren visar ett genuint intresse för dem och tar informationen som framkommer på allvar. I studien av Bench m.fl. (2021) tydliggjordes vad brister i alliansen mellan sjuksköterska och patient kan medföra då en deltagare som kände sig oförstådd av vården, upplevde att hon slösade deras tid och därför valde att hålla inne information kring hur hon egentligen mådde. Dessa känslor kan undvikas om det råder en god allians och en ömsesidig förståelse mellan patient och sjuksköterska (Kuyler 2023). Deltagarnas känsla av utsatthet kan ställas i motsats till att känna hanterbarhet, som enligt Gassne (2008) innebär att en person känner att den besitter tillräckliga resurser för att kunna hantera de utmaningar den ställs inför. I likhet med Gassne (2008) menar Socialstyrelsen m.fl. (2020) att förmågan att hantera utmaningar och att fungera i vardagen är en förutsättning för att individen ska kunna uppleva psykiskt välbefinnande. Även Medin & Alexandersson (2000) lyfter fram vikten av att individen måste kunna bemästra sin livssituation för att uppnå psykiskt välbefinnande vilket går i linje med att några deltagare i studien av Alexandersen m.fl. (2021) återgav att de fysiska och psykiska utmaningarna de konfronterades av påverkade deras psykiska hälsa negativt och särskilt framträdande var att deltagarna inte kände att de hade förmåga att hantera dessa utmaningar. Genom att beakta deltagarnas upplevelser av ohälsa, lidande och bristande känsla av hanterbarhet, kan sjuksköterskan enligt Wiklund (2003) personcentrera vården för att lindra lidandet och erbjuda det stöd patienten behöver för att återfå sin personliga känsla av hälsa. Edvardsson och Backman (2020) menar att den biomedicinska synen på människan riskerar att reducera människor till att enbart ses som patienter med en viss medicinsk diagnos och att fokus därmed enbart blir att bota patienten från den fysiska sjukdomen. De lyfter i stället fram behovet av att väga in livsvärldsperspektivet för att uppnå en holistisk och högkvalitativ vård där även individens upplevelse av sjukdom och behandling beaktas. Patienter bör inte ses som friska enbart för att det fysiska sjukdomstillståndet är botat utan sjukvården bör även samtala om, samt skapa en plan för, hur patienten ska återgå till vad hen anser som ett gott och värdigt liv (a.a.).

Att befinna sig i en återhämtningsprocess efter att ha varit nära döden upplevdes som emotionellt belastande och gav upphov till oro och rädsla för att återinsjukna (Abdallahim & Zeilani 2014; Kang & Jeong 2018; Nelderup m.fl. 2021) eller för att dö (Palesjö m.fl. 2015). Rädslan för att återinsjukna eller dö kan enligt Zhang (2017) fungera som stressorer som ger upphov till ovisshet. Hirshberg m.fl. (2020) beskrivning om att kritisk sjukdom i sjukdomsfasen var präglad av ovisshet verkar således även kvarstå under återhämtningsfasen.

Deltagare i studierna av Palesjö m.fl. (2015) och Vogel m.fl. (2021) bekräftade känslorna av ovisshet, ångest och rädsla kopplat till att de inte kände igen sina kroppar och därmed inte visste hur den kommer att reagera under press. Utöver de fysiska och kognitiva problem som enligt White m.fl. (2021) kan uppstå efter intensivvård framkom det bland deltagarna att återhämtningsprocessen efter kritisk sjukdom även innefattade psykiska problem såsom depression, ångest, panikångest (Eaton m.fl. 2023), klaustrofobi, sömnsvårigheter (Flinterud m.fl. 2021), posttraumatiskt stressyndrom (Ewens m.fl. 2018) och fatigue (Alexandersen m.fl. 2021; Calkins m.fl. 2021; Ewens m.fl. 2018; Kang & Jeong 2018; Nelderup m.fl. 2017; Palesjö m.fl. 2015). Dessa tillstånd påverkade deltagarnas psykiska hälsa och ledde även till att återhämtningen och deras sociala liv påverkades negativt (Abdalrahim & Zeilani 2014; Calkins m.fl. 2021; Kang & Jeong 2018). Flera deltagare uttryckte olika former av fatigue och kognitiva förändringar efter att den akuta sjukdomsfasen var över (Bench m.fl. 2021; Calkins m.fl. 2021; Nelderup m.fl. 2017; Kang & Jeong 2018), vilket överensstämmer med Whites m.fl. (2021) beskrivning av begreppet PICS som bland annat innefattar kognitiva nedsättningar såsom minnesproblematik, nedsatt förmåga till problemlösning och bristande uppmärksamhet. Flera deltagare längtade tillbaka till sitt tidigare "jag", men den enorma trötthet som uppstod efter den kritiska sjukdomsfasen gjorde denna strävan till en betydande utmaning (Kang & Jeong 2018; Nelderup m.fl. 2017; Palesjö 2015). Deltagarnas upplevelse överensstämmer med Zwarts m.fl. (2008) som definierar fatigue som ett tillstånd av utmattning och nedsatt energi till den grad att det begränsar individen i sina dagliga uppgifter. Bristen på energi resulterar i sänkt emotionell, social och yrkesmässig funktion, vilket ofta leder till försämrad livskvalitet för den drabbade. Zwarts m.fl. (2008) belyser även att ett utav de centrala delarna i begreppet fatigue är nedsatt exekutiv förmåga, vilket bekräftades av deltagarna i form av fysiska begränsningar på grund av överstimulerade sinnen (Nelderup m.fl. 2017; Palesjö, 2015), nedsatt funktionsduglighet i form av att vardagliga ting tog längre tid att utföra (Eaton m.fl. 2023), en ökad passivitet samt oförmögenhet att hantera enkla saker (Ewens m.fl. 2021; Kang & Jeong 2018). De kognitiva konsekvenser som White m.fl. (2021) beskriver bekräftades av Nelderup m.fl. (2017) och Palesjö m.fl. (2015) i form av minnesproblematik som skapade osäkerhet och svårigheter att bearbeta den kritiska sjukdomen. Koncentrationssvårigheter i form av att inte kunna behålla fokus angavs av deltagare i studien Alexandersen m.fl. (2021) vilket medförde svårigheter att sköta sitt arbete som förut. Ewens m.fl. (2021) beskrev att deltagare uttryckte att det sociala livet blev lidande eftersom koncentrationssvårigheterna gjorde det svårt att fokusera och delta i samtal. Deltagarnas upplevelser av fatigue visade på flera avvikelser från de kriterier som WHO (2022) beskriver som avgörande för att kunna uppnå ett psykiskt välbefinnande, såsom förmågan att hantera vardagliga påfrestningar, vara produktiv och förmåga att bidra till samhället.

Efter att ha genomgått kritisk sjukdom påverkades deltagarnas psykiska hälsa ofta av en förändrad syn på sig själva eller livet. Vissa deltagare uppskattade livet mer och kände att de kunde klara av vad som helst (Nelderup m.fl. 2017) och blev mer måna om att ta hand om sig själva (Calkins m.fl. 2021). Andra deltagarna upplevde i stället förlust och frustration kopplat till att de förlorat kroppsliga funktioner (Eaton m.fl. 2023), sociala roller (Abdalrahim & Zeilani 2014; Eaton m.fl. 2023) eller sitt tidigare liv (Palesjö m.fl. 2015). Roxberg och Harstade (2021) menar att personer som genomgått en sjukdom till viss del inte längre är sig själva då de fallit ur sin livssituation och att det därför kan det finnas behov av att finna mening i tillvaron så som den ser ut just nu.

Det är av stor vikt att personen som har genomgått sjukdom, tillsammans med sina närstående, accepterar och anpassar sig till den nya livssituationen (a.a.). I återhämtningsprocessen tvingades flera deltagare inse att de kanske aldrig skulle kunna återgå till de personer de en gång varit (Flinterud m.fl. 2021). Enligt Kuyler & Johnson (2023) är sjuksköterskans förmåga att stödja patientens självbild och identitet avgörande för patientens välmående under och efter sjukdomsperioden. I enlighet med detta uttryckte deltagare i studierna av Palesjö m.fl. (2015) och Nelderup m.fl. (2017) att deras självbild hade förändrats så pass mycket att de tvivlade på om de skulle kunna klara av att återgå till sitt arbete. Därmed saknade deltagarna förmåga att hantera vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till samhället som enligt WHO (2022) är flera av faktorerna som krävs för att uppnå psykiskt välbefinnande. För några deltagare sträckte sig tvivlet så pass långt att de tvivlade på om de ens var kapabla till något alls (Kang & Jeong 2018), vilket kan tolkas som att de inte hade förmåga att balansera negativa och positiva känslor och inte heller var tillfreds med livet, något som enligt Socialstyrelsen m.fl. (2022) är viktiga faktorer för psykiskt välbefinnande.

Existentiella känslor återfanns bland deltagarna i studierna av Nelderup m.fl. (2017) och Palesjö m.fl. (2015) och handlade främst om tankar kring varför just de hade drabbats och överlevt. Somliga deltagare försökte besvara sina frågor med hjälp av sin religion (Calkins m.fl. 2021) eller genom att försöka göra gott för andra (Abdalahim & Zeilani 2014). Fitch och Barlett (2019) bekräftar att tro och religion kan erbjuda tröst, styrka och hopp, särskilt under utmanande tider. Det är därför vanligt att personer som varit nära döden eller genomgått något annat traumatiskt vänder sig till tro och religion för att känna tröst och hopp i en för övrigt dyster situation. Tro och religion kan även användas för att ge svar på frågor som ingen annan kan svara på, såsom varför just de drabbades eller vad som händer efter döden (a.a.). Att ha genomgått kritisk sjukdom gav flera deltagare en ny syn på livet, de blev positivare och tog varken livet (Nelderup m.fl. 2017) eller personer i deras omgivning för givet (Abdalahim och Zeilani 2014; Alexandersen m.fl. 2021; Palesjö m.fl. 2015). Tillvaron blev enklare och många deltagare levde mer i nuet (Palesjö m.fl. 2015; Vogel m.fl. 2021) och slutade oroa sig över ekonomi och framtiden (Nelderup m.fl. 2017). I likhet med detta är det enligt Gustafsson och Rylander (2020) vanligt att de som har överlevt en livshotande situation inser att livet är skört, vilket ofta leder till en ökad uppskattning av livet och människorna runtomkring, en omvärdering av vad som är viktigt i livet samt minskad oro för småsaker.

Efter kritisk sjukdom påverkades patienters psykiska hälsa även av närståendes förväntningar och bemötande. Den personcentrerade vården ska enligt sjuksköterskans kärnkompetens även inkludera de närstående eftersom en sjukdom och dess konsekvenser sällan drabbar enbart en individ. Samverkan blir särskilt relevant i situationer där återhämtningen inte bara påverkar individen utan även närstående och det sociala nätverket (Svensk sjuksköterskeförening 2010). I litteraturstudiens resultat framkom det vid flera tillfällen att deltagarnas psykiska hälsa påverkades negativt i återhämtningsfasen och att detta ofta grundade sig, eller förvärrades, i samspelet med personer i deras omgivning. Omgivningens reaktion gjorde att deltagarna kände sig överflödiga (Abdalahim & Zeilani 2014), förminskade (Eaton m.fl. 2023), oförstådda (Bench m.fl. (2021) och övergivna (Calkins m.fl. 2021). Litteraturstudiens resultat går i linje med Hällgren & Molin (2020) som beskriver att närstående ibland kan upplevas ha orealistiska förväntningar och krav på patienten i återhämtningsfasen vilket även återgavs i studien av Bench m.fl. (2021) där deltagare beskrev att de utvecklade ångest- och depressionssymtom till följd av bristande förståelse från sina närstående.

Vogel m.fl. (2021) lyfte att en möjlig förklaring till varför närstående kan ha svårt att förstå och relatera till deltagarnas upplevelser var att återhämtningsprocessen till största del sker i deltagarnas huvud och inte syns utåt. En annan faktor till denna återhållsamhet skulle enligt Palesjö m.fl. (2015) kunna vara att deltagarnas ovilja att belasta sina närstående och att den mentala fasad de därför byggde upp skapade ett hinder för att deras närstående skulle kunna förstå hur de egentligen mådde. I studierna av Kang och Jeong (2018) och Eaton m.fl. (2023) framkom även andra orsaker till att deltagarna dolde eller inte var ärliga med om hur de mådde. De ville inte dela med sig av sina egna bördor eller på andra sätt låta konsekvenserna av deras kritiska sjukdom drabba deras närstående (a.a). Trots att deltagarna ofta ville dölja konsekvenserna av sin kritiska sjukdom för sina närstående och att det upplevdes som påfrestande kunde ändå umgänget motivera deltagarna i återhämtningsprocessen genom att få dem att längta till att få återgå till hur livet var före kritisk sjukdom (Flinterud m.fl. 2021; Vogel m.fl. 2021). I studien av Bench m.fl. (2021) framkom det att deltagarna påverkades negativt när närstående fortsatte sina liv som vanligt men visade bristande förståelse för att det tog längre tid för deltagarna som genomgått kritisk sjukdom att återgå till det normala. Ett konkret exempel var när en deltagare kände sig frustrerad och ledsen över omgivningens bristande förståelse och olämpliga skämt kring vad hon genomgått. En annan deltagare i samma studie kände sig avvikande och onormal när ingen förstod vad han hade gått igenom (a.a). I litteraturstudiens resultat framkom dock även att deltagarna i studien av Nelderup m.fl. (2017) kände tacksamhet mot det stöd de fått av sina närstående. Enligt McCarthy m.fl. (2023) ökar närståendes förmåga att förstå och stödja en person som upplever psykisk ohälsa när de får konkret information om personens tillstånd och vilken hjälp de behöver. Det belyser även att vårdpersonal ibland behöver stödja patienten genom att berätta om vilken hjälp som har uppskattats och varit till nytta av tidigare patienter med liknande erfarenheter av (a.a.).

## **KONKLUSION**

Resultatet visade att patienter efter kritisk sjukdom upplevde tacksamhet över att ha överlevt och den hjälp det fått, men även upplevelser av utsatthet, oro, fatigue och behov av att omforma sin identitet var vanligt. Förlust av självständighet skapade frustration, medan förändrade perspektiv ledde till nya livsprioriteringar och existentiella reflektioner som kom att leda till att självbilden förändrades. Resultatet har gett fler viktiga insikter om hur omvårdnaden kan anpassas för att tillgodose patienters komplexa behov i återhämtningsfasen efter kritisk sjukdom, såsom att stöd från vårdpersonal och närstående är avgörande för patientens återhämtning. Positiva erfarenheter av stöd korrelerar med ökad tacksamhet och förbättrad upplevd psykisk hälsa. Medans bristande stöd och förståelse från omgivningen förvärrade känslor av sårbarhet och utsatthet. Resultatet belyser även den existentiella dimensionen av återhämtningen och hur förändrade synsätt på livet påverkar individens psykiska hälsa. För omvårdnad betonas behovet av ett holistiskt och personcentrerat arbetssätt för att stödja patienter och deras närstående genom återhämtningsprocessen. En förbättring av kommunikationen och förståelse mellan vårdpersonal, patienter och deras närstående kan bidra till en mer positiv vårdprocess och främja både fysisk och psykisk hälsa hos överlevare av kritisk sjukdom.

## **FÖRSLAG PÅ FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE**

Litteraturstudien har sammanställt och diskuterat information om patienter och deras upplevelser av psykisk hälsa efter kritisk sjukdom. Det har framkommit att patienter efter kritisk sjukdom ofta upplever att både den akuta sjukdomsfasen och återhämtningsfasen är allt för inriktat på fysiskt omhändertagande och att det psykiska omhändertagande inte får tillräckligt stort utrymme vilket påverkar patienternas återhämtning och deras upplevelse av den psykisk hälsan negativt. Det har även blivit tydligt att det i vården är viktigt att ha en personcentrerad och holistisk omvårdnad där varje patient betraktas i sin unika kontext snarare än att generalisera och anta att hela patientgrupper har identiska behov. Under genomförandet av litteraturstudien har behovet av ytterligare kunskap om patientperspektivet och hur patienter påverkas av de omvårdnadsåtgärder och bemötande de får av sjuksköterskor vuxit fram som ett område där det finns ytterligare kunskapsbehov. För fortsatt kunskapsutveckling rekommenderas därför fördjupade studier om långsiktiga effekter av kritisk sjukdom med betoning på sjuksköterskans roll i att stödja patienters återhämtning och återgång till hur livet var före insjuknandet.



## REFERENSER

Abdalahim M S & Zeilani R S, (2014) Jordanian survivors' experiences of recovery from critical illness: a qualitative study. *International Nursing Review*, 61, 570–577.

Alexandersen I, Haugdahl H S, Stjern B, Paulsby T E, Lund S B, Haugan G, (2021) I want to get back! A qualitative study of long-term critically ill patients' inner strength and willpower: Back home after long-term intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, Vol.30, 19-20.

Auriemma C L, Harhay M O, Haines K J, Barg F K, Halpern S D, Lyon S M, (2021) What Matters to Patients and Their Families During and After Critical Illness: A Qualitative Study. *American Journal of Critical Care*, Vol.30(1), 11-20.

Bench S, Czuber-Dochan W, Shah A, Stayt L, (2021) Exploring adult critical illness survivors' experiences of fatigue: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 77, 4836-4846.

Brülde B. & Tengland P-A (2003). *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*. Lund, Studentlitteratur

Bettany-Saltikov J. & McSherry R, (2016) *How to do a systematic literature review in nursing : a step-by-step guide*. 2:a upplagan. London, McGraw-Hill Education

Calkins K, Kako P, Guttormson J, (2021) Patients' experiences of recovery: Beyond the intensive care unit and into the community. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 77, 1867-1877.

Davis M P, Walsh D, (2010) Mechanisms of fatigue. *Journal of Supportive Oncology*, 8, 164-174.

Day G, Robert G, Rafferty A M, (2020) Gratitude in Health Care: A Meta-narrative Review. *Qualitative Health Research*. Vol 30, 2303-2315.

Eaton T L, Lewis A, Donovan H S, Davis B C, Butcher B W, Alexander S A, Iwashyna T J, Scheunemann L P, Seaman J, (2023) Examining the needs of survivors of critical illness through the lens of palliative care: A qualitative study of survivor experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*. Vol 75, 103362.

Edvardsson D & Backman A (2020). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. I: Edvardsson D & Backman A, *Personcentrerad omvårdnad som sjuksköterskans kärnkompetens*. Lund, Studentlitteratur

Edvardsson D, Fetherstonhaugh, D, Gibson, S & Nay, R, (2009). Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 22 (01), 101–108.

Eriksson K, (2000). *Hälsans idé*. 5:e upplagan. Stockholm, Liber

Ewens B A, Hendricks J M, Sundin D, (2018) Surviving ICU: Stories of recovery. *Journal of Advanced Nursing*, Vol.74, 1554-1563.

Fitch M I, Bartlett R, (2019) Patient Perspectives about Spirituality and Spiritual Care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. Vol 6, 111-121.

Flinterud S I, Moi A L, Gjengedal E, Ellingsen S, (2022) Understanding the Course of Critical Illness Through a Lifeworld Approach. *Qualitative Health Research*, Vol. 32(3), 531-542.

Gassne J, (2008) *Salutogenes, Kasam och socionomer*. Lund, Mediatryck.

Gustafsson L-K, Rylander A, (2020) Experiences of surviving life-threatening illness: The meaning of recovery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 35, 1160-1168.

Henricson M, Billhult A, (2017) *Kvalitativ metod*. I: Henricson M, (Red.) *Vetenskaplig teori och metod* (2:7) Lund, Studentlitteratur AB.

Hirshberg E L, Butler J, Francis M, Davis FA, Lee D, Tavake-Pasi F, Napia E, Villalta J, Mukundente V, Coulter H, Stark L, Beesley SJ, Orme JF, Brown SM, Hopkins RO, (2020) Persistence of patient and family experiences of critical illness. *BMJ Open*. Vol. 10(4), 035213.

Kang J, Jeong Y J, (2018) Embracing the new vulnerable self: A grounded theory approach on critical care survivors' post-intensive care syndrome. *Intensive Critical Care Nursing*, Vol.49, 44-50.

Kayambankadzanja R K, Schell C O, Gerdin Wärnberg M, (2022) Towards definitions of critical illness and critical care using concept analysis. *BMJ Open*, Vol.12, 060972.

Kuyler A, Johnson E, (2023) Critically ill patients' experiences of nursing care and the effect on their personhood: A retrospective study. *Nursing Open*, Vol.10, 6903–6911.

Malterud K (2001) Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The lancet*, Vol. 358, 483-488.

Malterud K. (2014) *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. Lund, Studentlitteratur.

McCarthy J, Higgins A, McCarthy B, Flynn A V, Gijbels H, (2023) Family members' perspectives of hope when supporting a relative experiencing mental health problem. *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 32, 1405–1415.

Maslove D M, Tang B, Shankar-Hari M, (2022) Redefining critical illness. *Nature Medicine*, Vol. 28, 1141–1148.

Medin J, Alexanderson K (2000) *Begreppen hälsa och hälsofrämjande - en litteraturstudie*. Lund, Studentlitteratur.

Mårtensson J, Fridlund B, (2017). *Vetenskaplig kvalitet i examensarbete*. I: Henricson M, (Red.) *Vetenskaplig teori och metod (2:7)* Lund, Studentlitteratur AB.

Nelderup M, Simonsson A, Samuelson K, (2018) Intensive care survivors' experiences of recovery after hospital discharge: A qualitative interview study. *Nordic Journal of Nursing Research, Vol.38(4)*, 196-203.

Palesjö C, Nordgren L, Asp M (2015) Being in a critical illness-recovery process: a phenomenological hermeneutical study. *Journal of Clinical Nursing, Vol.24*, 3494-502.

Popenoe R, Langius-Eklöf A, Stenwall E, Jervaeus A, (2021) A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research, Vol. 41(4)*, 175-186.

Priebe G, Landström C, (2017) *Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar*. I: Henricson M, (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (2:7)*. Lund, Studentlitteratur.

Rousseau A F, Prescott H C, Brett S J, Weiss B, Azoulay E, Cretur J, Latronico N, Hought CL, Weber-Carstent S, Vincent J L, Preiser J C, (2021) Long-term outcomes after critical illness: a recent insight. *Critical Care, Vol. 25:108*.

Roxberg Å och Harstäde C (2021) *Kapitel 5: Sjuksköterskans stöd till närstående och deras förståelse*. I: Nunstedt H, Pennbrandt S, (red.) *Att förstå sjukdomen – ur patientens, sjuksköterskans och den närståendes perspektiv (1:1)*. Lund: Studentlitteratur.

Schell CO, Khalid K, Wharton-Smith A, Oliwa J, Sawe HR, Roy N, Sanga A, Marshall JC, Rylance J, Hanson C, Kayambankadzanja RK, Wallis LA, Jirwe M, Baker T, (2021) Essential emergency and critical care: a consensus among global clinical experts. *BMJ Global Health, Vol 6 (9)*, 1–12.

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering & Sveriges Kommuner och Regioner, (2020) *Begrepp inom området psykisk hälsa – Version 2020*. ><https://www.socialstyrelsen.se>< PDF (2023-11-01)

Socialstyrelsens termbank, (2011), Livshotande tillstånd. ><https://termbank.socialstyrelsen.se>< HTML (2023-11-03)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), (2014) *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. ><https://www.sbu.se>< PDF (2023-10-24)

Svenska MeSH, (2023) *Critical illness*. ><https://mesh.kib.ki.se>< HTML (2023-11-03)

Svensk sjuksköterskeförening, (2010) *Personcentrerad vård*. ><https://swenurse.se>< PDF (2023-12-02)

Svensk sjuksköterskeförening, (2023) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. ><https://swenurse.se>< PDF (2023-12-01)

Vogel G, Joelsson-Alm E, Forinder U, Svensen C, Sandgren A, (2021) Stabilizing life: A grounded theory of surviving critical illness. *Intensive Critical Care Nursing*, Vol.67, 103096.

White C, Connolly B, Rowland M J, (2021) Rehabilitation after critical illness. *BMJ*, Vol.373:910.

WHO, (1948) *Constitution of the World Health Organization*. ><http://www.who.int>< HTML (2023-10-16)

WHO, (2022) *Mental health*. ><https://www.who.int>< HTML (2023-10-25)

Wiklund L (2003), *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm, Bokförlaget Natur och Kultur.

Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund, Studentlitteratur.

Wärnå-Furu C, (2012) *Kapitel 13 Hälsa*. I: Wiklund Gustin L & Bergbom I (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (1:1). Lund, Studentlitteratur.

Zhang Y, (2017) Uncertainty in Illness: Theory Review, Application, and Extension, *Oncology Nursing Forum*, Vol.44(6), 645–649.

Zwarts M J, Bleijenberg G, van Engelen B G M, (2008) Clinical neurophysiology of fatigue. *Clinical Neurophysiology*, Vol. 119 (1), 2–10.

# BILAGA 1

## SÖKSCHEMA 1 – CINAHL

Strukturerar din frågeställning efter PEO-modellen och skriv in den bokstav (P, E eller O) som passar till respektive sökblock i kolumnen längst till vänster. Läs mer i sökguiden:

<https://libguides.mau.se/vardivetenskap3>

DATABAS: CINAHL			
SYFTE: Syftet med den här litteraturstudien var att belysa hur patienters upplevelse av den psykiska hälsan påverkas efter kritisk sjukdom.			
PEO	BLOCK	SÖKORD	ANTAL TRÄFFAR
P	1. Sök på ett ord i taget och därefter med OR mellan varje ord	SÖKORD (ämnesord) Patients	324 231
		SÖKORD (ämnesord) Survivors	32 161
		SÖKORD (fritext) Patients	2 524 223
		SÖKORD (fritext) Survivor	62 273
		Antal träffar block 1	2 604 927
E	2. Sök på ett ord i taget och därefter med OR mellan varje ord	SÖKORD (ämnesord) Critical illness	15 277
		SÖKORD (fritext) "Critical illness"	18 942
		Antal träffar block 2	18 942

PEO	BLOCK	SÖKORD	ANTAL TRÄFFAR
O		SÖKORD (fritext) Recovery	124 785
		SÖKORD (fritext) "Psychological impact"	2 408
		SÖKORD (fritext) Experience	460 507
		SÖKORD (fritext) "Life after"	5 252
		SÖKORD (fritext) "Impact on quality of life"	3 126
		Antal träffar block 3	580 390
Extra sökblock vid behov	44. Sök på ett ord i taget och därefter med OR mellan varje ord	SÖKORD (ämnesord) Qualitative studies	186 245
		SÖKORD (fritext) "Qualitative stud**"	174 749
		Antal träffar block 4	211 122

5.	Sökningar	Antal träffar	Relevanta titlar	Lästa abstract	Lästa studier i fulltext	Valda studier till kvalitetsgranskning	Valda studier till resultatet	Datum
	Block 1 AND 2	14 451						
	(Block 1 AND 2) AND 3	1 990						
	(Block 1 AND 2 AND 3) AND 4	345	33	33	8	7	7	231108

## BILAGA 2

### SÖKSCHEMA 2 – PsycInfo

Strukturerar din frågeställning efter PEO-modellen och skriv in den bokstav (P, E eller O) som passar till respektive sökblock i kolumnen längst till vänster. Läs mer i sökguiden:

<https://libguides.mau.se/vardvetenskap3>

DATABAS: PsycInfo			
SYFTE: Syftet med den här litteraturstudien var att belysa hur patienters upplevelse av den psykiska hälsan påverkas efter kritisk sjukdom.			
PEO	BLOCK	SÖKORD	ANTAL TRÄFFAR
P	1. Sök på ett ord i taget och därefter med OR mellan varje ord	SÖKORD (ämnesord) Patients	29 980
		SÖKORD (ämnesord) Survivors	20 394
		SÖKORD (fritext) Patients	892 690
		SÖKORD (fritext) Survivor	43 203
		Antal träffar block 1	924 142
E	2. Sök på ett ord i taget och därefter med OR mellan varje ord	SÖKORD (ämnesord) Critical illness	1 225
		SÖKORD (fritext) "Critical illness"	1 603
		Antal träffar block 2	1 603

PEO	BLOCK	SÖKORD	ANTAL TRÄFFAR
O	3. Sök på ett ord i taget och därefter med OR mellan varje ord	SÖKORD (fritext) Recovery	88 394
		SÖKORD (fritext) "Psychological impact"	3 928
		SÖKORD (fritext) Experiences	724 397
		SÖKORD (fritext) "Life after"	3 515
		SÖKORD (fritext) "Impact on quality of life"	1 151
		Antal träffar block 3	801 309
Extra sökblock vid behov	44. Sök på ett ord i taget och därefter med OR mellan varje ord		
		SÖKORD (ämnesord) Qualitative methods	11 354
		SÖKORD (fritext) "Qualitative stud*"	330 926
		Antal träffar block 4	336 966

5. Sökningar	Antal träffar	Relevanta titlar	Lästa abstract	Lästa studier i fulltext	Valda studier till kvalitetsgranskning	Valda studier till resultatet	Datum
Block 1 AND 2	1 357						
(Block 1 AND 2) AND 3	437						
(Block 1 AND 2 AND 3) AND 4	169	28	28	6	5	5	231108



## BILAGA 3

Art. nr.	Reference	Title	Aim	Participants	Method	Findings	Quality assesment
1.	Abdalahim M.S, Zeilani R.S.  2014 Jordan	Jordanian survivors´ experiences of recovery from critical illness: a qualitative study	To describe the experiences of Jordanian survivors of critical illnesses 3 months after discharge from a hospital intensive care unit.	18 participants Age: 28-86  7 males. 11 females	A descriptive qualitative approach was used to involve 18 Jordanian patients from two hospitals in a major Jordanian city using open-ended interviews. Interview transcripts were analyzed using content analysis method.	Participants emphasized spiritual and religious values. Some were eager to move forward in life, celebrating the gift of regaining life post-discharge. Others had negative experiences, including disappointment, loss of interest, and fear.	Medium high  The researcher's preunderstanding and the relationship between the researcher and the sample are not provided
2.	Alexandersen I. Haugdahl H., Stjern B., Paulsby T., Lund S., Haugan G.  2021 Norway	“I want to get back!” A qualitative study of long-term critically ill patients’ inner strength and willpower: Back home after long-term intensive care	To provide insights into what promotes and challenges inner strength and willpower in formerly critically ill patients back home after a long-term ICU stay	17 participants Age: 27-76  13 males 4 females	A qualitative hermeneutic-phenomenological study using in-depth interviews. Empirical data analysis.	Long-term ICU patients’ inner strength and willpower are vital resources supporting the fight back to one’s former life. Physical, mental and economic challenges drain their inner strength to go on and succeed.	High

Art. nr.	Reference	Title	Aim	Participants	Method	Findings	Quality assesment
3.	Auriemma C., Harhay M., Haines K., Barg F., Halpern S., Lyon S.  2021 USA	What matters to patients and their families during and after critical illness: A qualitative study	To determine: (1) aspects of care that patients and families valued during their ICU encounter. (2) outcomes that patients and families prioritized after hospital discharge. (3) outcomes perceived as equivalent to or worse than death.	49 participants whereof 19 patients Mean age: 55,4  10 males 9 females	Data collected with semistructured interviews analyzed with a qualitative content-analysis approach.	Findings include patients experiences by prioritizing communication, patient comfort, and comprehensive medical care. It identified survival, maintenance of quality of life, and physical and cognitive functioning as crucial aspects. Some participants believed that certain outcomes, such as communication difficulties, physical disability, and dependence on machines, could be worse than death.	High
4.	Bench S., Czuber-Dochan W., Shah A., Stayt L.  2021 UK	Exploring adult critical illness survivors' of fatigue: A qualitative study	To explore adult experiences of critical illness related fatigue	17 participants Age: 28-63  6 males 11 females	A qualitative exploratory method with semi-structured interview. Data were analyzed using a thematic content analysis.	Participants shared diverse fatigue experiences after critical illness. Themes included physical and cognitive impacts, affecting work, social life, and family roles.	High

Art. nr.	Reference	Title	Aim	Participants	Method	Findings	Quality assesment
5.	Calkins C., Peninnah M., Guttormson J.  2021 USA	Patients' Experiences of Recovery: Beyond the Intensive Care Unit and Into the Community	To understand barriers and facilitators of recovery for critical illness survivors', who are discharged home from the hospital and do not have access to dedicated outpatient care.	18 participants Mean age: 57,5  11 males 7 females	Data were collected with semi-structured interviews. Interview transcripts were analysed using Interpretive phenomenological analysis (IPA).	Despite facing numerous barriers, survivors showed resilience and found ways to overcome them. However, unmet needs such as mental health concerns, fragmented care, and spiritual support left participants feeling undersupported by healthcare providers.	High
6.	Eaton L., Lewis A., Donovan H. S., David B. C., Buter B. W., Alexander S. A., Iwashyna T. J., Scheunemann L. P., Seaman J.  2023 USA	Examining the needs of survivors of critical illness through the lens of palliative care: A qualitative study of survivor experiences	To examine the needs of adult survivors of critical illness through the lens of palliative care.	17 participants Age: 34-80.  6 males 11 females	A qualitative method using semi-structured interview. Data were analyzed with a thematic content analysis using a seven-step process.	Findings identified palliative care needs such as persistent symptoms, life-altering experience, spiritual significance, and social support. Lack of empathy and fear of burden were highlighted, underscoring the importance of palliative care for critical illness survivors.	High

Art. nr.	Reference	Title	Aim	Participants	Method	Findings	Quality assesment
7.	Ewens B., Hendricks J., Sundin D.  2018 Australia	Surviving ICU: Stories of recovery	To investigate stories of recovery through the lens of intensive care unit (ICU) survivors.	6 participants Age: 30-64  2 males 4 females	Data gathered from diaries, interviews, and field notes were analyzed using two frameworks to identify themes.	ICU survivors experienced life-altering changes, recovery confusion, and absent support. Participants considered their lives had irreparably changed as they struggled to conform to what recovery “should be”. and yet felt unsupported by a healthcare system that had “saved” them.	Medium High  The researcher's preunderstanding and the relationship between the researcher and the sample are not provided  It's not evident whether there is analysis saturation.
8.	Fliterud S., Moi A., Gjengedal E., Ellingsen S.  2021 Norway	Understanding the Course of Critical Illness Through a Lifeworld Approach	To explore and describe what intensive care patients experience as limiting and strengthening throughout their illness trajectories.	10 participants Age: 30-64  6 males 4 females	Data were collected through interviews and then analyzed using a descriptive phenomenological method.	A caring presence helped ICU survivors regain strength and rebuild their lives. A supportive environment and recognition of their individuality were crucial for their recovery.	Medium high  The researcher's preunderstanding and the relationship between the researcher and the sample are not provided  It's not evident whether there is data saturation.

Art. nr.	Participans	Title	Aim	Participants	Method	Findings	Quality assesment
9.	Kang J., Jeong Y. J.  2018 South Korea	Embracing the new vulnerable self: A grounded theory approach on critical care survivors' post-intensive care syndrome	To explore critical care survivors' experience of post-intensive care syndrome	13 participants Age: 20-82  7 males 6 female	Qualitative study with a grounded theory. Analysis made with open, axial and selective coding	Survivors of critical illness face vulnerability, struggle for recovery, encounter new crises, and mobilize internal/external resources. They gain a new perspective on normality, embracing changed selves for recovery.	High
10.	Nelderup M., Simonsson A., Samuelson K.  2017 Sweden	Intensive care survivors' experiences of recovery after hospital discharge: A qualitative interview study	To explore intensive care survivors' experiences of recovery after hospital discharge	12 participants Age: 22-84  10 males 2 female	A generic qualitative inductive explorative non structured interview study.	The life situation of intensive care survivors is changed, recovery takes time and the feeling of gratitude for having survived is strong.	High

Art. nr.	Reference	Title	Aim	Participants	Method	Findings	Quality assesment
11.	Palesjö C., Nordgren L., Asp M.  2015 Sweden	Being in a critical illness-recovery process: a phenomenological hermeneutical study	To describe and interpret the essential meaning of the lived experiences of being in a critical illness-recovery process after a life-threatening condition.	7 participants Age: 24-61  3 males 4 females	A qualitative method with open-ended interview. Data were analyzed using a thematic content analysis with a phenomenological hermenutical approach..	During critical illness recovery patients experience a weak and unfamiliar body that is unable to do life-projects as before, a struggle to create existential meaning. Therefore, the patients had an immerse need for care and support even after the acute phase.	High
12.	Vogel G., Alm-Joelsson E, Forinder U., Svensen C., Sandgren A.  2021 Sweden	Stabilizing life: A grounded theory of surviving critical illness	To develop an explanatory theory of patients pattern of behaviors from becoming critically ill until recovery at home.	13 participants Age: 22-82  4 males 9 females	Qualitative Grounded Theory methodology. Codes and concepts were developed with data analysis.	The theory Stabilizing life explains how patients' main concern, being out of control, can be resolved. This theory involves two processes, recapturing life, and recoding life, and one underlying strategy, emotional balancing that is used during the whole process.	High