



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Anestesisjuksköterskors identifikation och lindrande av perioperativ oro

- En intervjustudie

Författare: Annika Jönsson
Agneta Nilsson

Handledare: Ing-Marie Chekol

Magisteruppsats

Maj 2012

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Anestesisjuksköterskors identifikation och lindrande av perioperativ oro

- En intervjustudie

Författare: Annika Jönsson
Agneta Nilsson

Handledare: Ing-Marie Chekol

Magisteruppsats

Maj 2012

Abstrakt

Anestesi gör att patienten befinner sig i en utsatt situation som skapar oro. Studier visar att mötet mellan anestesisjuksköterska och patient påverkar känslan av trygghet kontra oro. Genom att undersöka oro sett ur anestesisjuksköterskans perspektiv kan kunskap erhållas som optimerar omhändertagandet av patienten. Syftet var att belysa anestesisjuksköterskors erfarenheter av att bemöta patienter med perioperativ oro. Kvalitativ semistrukturerad intervjustudie har gjorts med tio anestesisjuksköterskor. Manifest och latent innehållsanalys genomfördes. Resultatet visade att anestesisjuksköterskan strävade efter att identifiera graden av oro och anpassa omvårdnaden individuellt samt följa upp på postoperativ avdelning. Resultatet sammanföll med vad tidigare studier påvisat ur ett patientperspektiv. Det som tillfördes var anestesisjuksköterskorna sätt att identifiera oro och strävan efter att lindra oro genom att anpassa omvårdnaden individuellt.

Nyckelord

Anestesisjuksköterska, Perioperativ oro, Anpassa omvårdnad
individuellt

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	3
Utveckling av sjuksköterskans roll	3
Anestesisjuksköterskans ansvarsområde	3
Aspekter på oro	4
Oro i samband med operativt ingrepp	5
Oro ger negativ fysisk påverkan	6
Svårigheter att mäta oro	6
Sjuksköterska-patientrelationen perioperativt	7
Syfte	9
Metod	10
Urval av undersökningsgrupp	10
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument	11
Genomförande av datainsamling	12
Genomförande av databearbetning	13
Etisk avvägning	14
Resultat	15
Att identifiera oro	16
Att använda klinisk blick och erfarenhet	17
Att uppfatta patientens olika uttryckssätt	17
Att lindra oro	19
Att skapa förtroende genom närhet	19
Att skapa en god miljö	20
Att anpassa information	21
Att utforma en vårdstrategi	22
Uppföljning postoperativt för att skapa goda erfarenheter	23
Diskussion	24
Diskussion av vald metod	24
Diskussion av framtaget resultat	25
Referenser	29
Bilaga 1 (3)	33
Bilaga 2 (3)	35
Bilaga 3 (3)	37

Problembeskrivning

Alla som skall genomgå ett operativt ingrepp eller en undersökning som kräver att patienten ligger still, genom hämning av autonoma reflexer samt har behov av smärtstillning kommer att komma i kontakt med anestesi. Anestesi är läran om att inte känna (Halldin & Lindahl, 2008). Det är vanligt att patienten känner oro inför ingrepp som skall utföras i anestesi (Lundberg, 2008). Mitchell, 2009; Gilmartin och Wright, 2008 tar upp de oroskänslor patienter känner för att inte vakna igen och för att avlida under operationen. Anestesi gör att patienten befinner sig i en utsatt situation bortom all egen kontroll (Schreiber & MacDonald, 2009). Kontakten mellan anestesijuksköterska och patient utgörs av korta möten. För att patienten skall känna sig omhändertagen är det viktigt att anestesijuksköterskan representerar trygghet och säkerhet. Anestesijuksköterskans arbete utgörs till viss del av att dela patientens potentiellt livshotande upplevelse (Valeberg, 2005).

Både studier med kvantitativ och kvalitativ inriktning har visat att oro inför anestesi och ingrepp ökar risken för Post Operativ Nausea and Vomiting (PONV), förlänger sjukhusvistelsen och fördröjer det postoperativa läkandet. Oro kan även orsaka takykardi som ger sämre genomblödning i hjärtat och utsätter patienten för en ökad risk att drabbas av hjärtinfarkt (Carr, Brockbank, Allen & Strike (2006); Gallagher, Trotter & Donoghue (2010). Flertalet studier har ur patienters perspektiv påvisat att oro medför negativa konsekvenser för patienten. Vi har inte funnit några intervjustudier gällande anestesijuksköterskors erfarenheter av bemötandet av perioperativ oro sett från första mötet till uppföljning postoperativt. Studien kan leda till ökad kunskap gällande anestesijuksköterskors erfarenheter av oro i perioperativ vård och på så sätt bidra till en ökad insikt om betydelsen av att lindra oro och bemöta patienten på ett optimalt sätt.

Bakgrund

Utveckling av anestesisjuksköterskans roll

Anestesi är ett grekiskt sammansatt ord och kan översättas med läran om att inte känna (Halldin & Lindahl, 2008). Anestesi är en jämförelsevis ung medicinsk lära. Den första eternarkosen genomfördes 1846 i Boston och året därefter i Sverige. Under ett antal år skiftade ansvaret för utförandet av anestesin från vaktmästaren till den yngsta läkaren på operationssalen. I takt med att anestesi utvecklades medvetandegjordes det faktum att anestesi utgjorde en risk för patienten och sökandet efter den som kunde utföra anestesi på ett säkert sätt började. På 1950-talet startade specialistutbildning för sjuksköterskor inom anestesi (Hellmuth, 2005). Anestesi kan utgöras av blockader/ lokalbedövning och sedering men även generell anestesi (Halldin & Lindahl, 2008). Med generell anestesi menas påverkan på centrala nervsystemet genom att ge medvetslöshet och analgesi samt genom att hämma autonoma reflexer (Valeberg, 2005). En anestesisjuksköterskas ansvarsområde rör sig inom de pre-, intra- och postoperativa faserna i anslutning till patientens vård, även kallad perioperativ vård (Lindwall & von Post, 2000).

Anestesisjuksköterskans ansvarsområden

Riksföreningen för anestesi och intensivvård (ANIVA, 2008) beskriver anesthesiologisk vård som anestesisjuksköterskans övergripande arbetsområde, vilket innefattar goda kunskaper inom arbetsmiljö, etik, medicinsk teknik, pedagogik, vetenskapsteori, kännedom om lagar och förordningar samt arbete vid stora olyckor och katastrofer (a.a.). I socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska anges att sjuksköterskan ska ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående och personal på ett respektfullt och lyhört sätt. Det är också sjuksköterskans ansvar att observera, värdera, prioritera och dokumentera och vid behov åtgärda och hantera förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd (Socialstyrelsen, 2005). En säker anesthesisjukvård är resultatet av planering, koordination och kommunikation inom operationsteamet. Mortalitet hos kirurgiska patienter når idag låga siffror med avseende på förbättrad teknologi, nya läkemedel, och säkrare kirurgiska instrument. Populationen idag är äldre med multisjuka patienter i behov av kirurgiska ingrepp

och det är anestesijuksköterskans kunskaper och färdigheter när det gäller perioperativ övervakning som gör att patienten upplever en säker och effektiv anestesi (Stein, 1995). Enligt ANIVA (2008) utförs anesthesiologisk omvårdnad perioperativt och utgår ifrån den enskilde patientens resurser och behov (a.a.).

Aspekter på oro

Begreppet oro är mångfacetterat. Leventhal & Scherer (1987) betraktar oro som en känslomässig/ emotionell reaktion på en situation. En känsla representerar en psykogenetisk utvecklad anpassningsmekanism som är mer komplex än en enkel reflexutlöst reaktion. Utvecklandet av känslor är en pågående individuell process baserad på beteende, erfarenheter och förmågor (a.a.). Enligt Thoits (1989) består människors känslor/ emotioner av fyra beståndsdelar; bedömning av situationen, förändring i sinnesförmågor, uttrycksfulla gester (fria eller hämmade) och den kulturella påverkan (hur gör vi, vad är tillåtet?). Hochschild (1979) påpekar att den fysiska kroppen består av fem sinnen, hormoner, nerver och nervbanor vilka är en förutsättning för att människan skall kunna uppleva och uttrycka känslor (a.a.). Det finns positiva och negativa känslor och det som avgör hur individen uppfattar situationen är minnet av tidigare känslomässiga erfarenheter rörande situationen. Känslorna utvecklas över tid och kan förändras i takt med att nya erfarenheter och kunskaper ökar medvetandet (Leventhal & Scherer, 1987).

I situationen som patient är det tidigare erfarenheter, patientens mognhetsgrad och förmåga att tillgodogöra sig information som påverkar den individuella uppfattningen inför det som skall hända (Lundberg, 2008). Enligt Cullberg (1990) beskrivs ett psykiskt obehag av varierande grad som ångest. Vidare beskrivs att det är lämpligt att betrakta oro som samma slags känsla som ångest. Dessa känslor kan ge sig till känna genom fysiska symtom som hjärtklappning, magont, sömnsvårigheter och andnöd (a.a.). Patientens känsla av oro kan variera i grad och intensitet till följd av förlust av egenkontroll (Lundberg, 2008). Fortsättningsvis genom denna studie har författarna valt att använda sig av begreppet oro och synen på oro enligt ovannämnda innebär för att inte utelämna erfarenheter som kan tyda på oro hos patienten.

Oro i samband med operativt ingrepp

Redan 1961 skrev Phillips Roger en artikel om problemen kring den oro patienter känner inför ett operativt ingrepp. Patienten upplevde en risk att drabbas av smärta och blödningar och för att dö under ingreppet, detta var skrämmande för patienten (a.a.). Att operationen utförs i generell anestesi är också en bidragande orsak till upplevd oro hos patienten (Van den Berg, Chitty, Jones, Sohel & Shahen, 2005). Lundberg (2008) samt Tomey och Alligood (2002) menar att i samband med generell anestesi, då patienten lämnar över kontrollen av sina livsfunktioner till en annan människa, är det vanligt att patienten känner oro. Lundberg (2008) menar att det är en stor spännvidd över den upplevda känslan. Från att patienten känner att det finns risk att råka säga okontrollerade saker till att inte vakna upp igen efter operationen. En del känner oro för att vakna under pågående anestesi och inte ha möjlighet att säga ifrån men det kan också vara att utsättas för risken att se och höra otäcka saker under operationen. Sammantaget baseras känslorna på patientens individuella upplevelser av anestesi och operation men kan även påverkas av hörsägen och erfarenheter hos personer i patientens omgivning (Lundberg, 2008). I studier utförda dels av Gilmartin och Wright (2008); dels av Mitchell (2009) visade det sig att många patienter varit oroliga över att vakna under operationen till att aldrig vakna igen efter anestesin (a.a.).

Gallagher et al. (2010) påvisade i sin kvantitativa studie att de största orsakerna till att patienten upplevde oro var osäkerhet gällande resultatet efter utfört ingrepp, risken att utsättas för smärta samt komplikationer som kan tillstöta under ingreppet. Störst risk hade patienter med tidigare medicinering mot oro, symtom av sin sjukdom samt osäkerhet gällande resultatet av ingreppet (a.a.). Carr et al. (2006) har i en kombinerad kvantitativ och kvalitativ studie kommit fram till att oron ökar kvällen före ingreppet för att sedan nå max strax före anesthesiinduktionen. I en studie av Mitchell (2009) upplevde 85 procent av patienterna oro på operationsdagen, detta var förknippat med rädsla inför medvetslösheten under anestesin. Känslan ökade i intensitet av att behöva vänta i slussen innan det blev klart att åka in på operationssalen (a.a.).

Oro ger negativ fysisk påverkan

Carr et al. (2006) påpekar i sin studie värdet av att sjuksköterskan känner igen symtomen på oro då det ökar risken för PONV, förlänger sjukhusvistelsen och fördröjer det postoperativa läkandet. Studien påvisar också ett samband mellan upplevd oro före ingreppet och ökad postoperativ smärta. Indikationer är tidigare tecken på psykiskt obehag, storlek på ingrepp samt tidigare upplevd smärta. Gallagher et al. (2010) tar i sin kvantitativa studie upp vikten av att identifiera oro och minska denna då det starkt påverkar och ger negativa konsekvenser för den hjärtsjuka patienten. Detta psykiska obehag kan påverka så att patienten får takykardi som ger sämre genomblödning i hjärtat och kan därmed orsaka hjärtinfarkt. Genomblödningen blir även sämre i muskulaturen och leder till ett katabolt tillstånd som kan försena den postoperativa läkningen (a.a.). Larsson (2008) tar upp ytterligare risker med att patienten upplever oro vid induktion av anestesi. Han benämner risken att utveckla laryngospasm och uppkomst av eventuell kräkning med aspirationsrisk vid uppvaknandet. Dessutom föreligger hosta som stör ventilationen under anestesi och sviktande hjärtfunktion. Vidare har behovet av läkemedel också betydelse vid oro. I studien (Osborn & Sandler 2004) påvisas ett ökat läkemedelsbehov vid upplevd oro. I sin studie noterar de att patienter som upplever stark oro preoperativt kräver en ökad dos sederande läkemedel för att kunna upprätthålla en kliniskt accepterad nivå av sedering (a.a.). Killander, Modig och Nilsson (1999) menar att det är viktigt att personalen visar att de bryr sig om patienten, engagemang och empati kan inte ersättas av läkemedel (a.a.).

Svårigheter att mäta oro

Gallagher et al (2010) menar i sin kvantitativa studie att sjuksköterskor ofta undervärderar hur viktigt det psykiska välmåendet är hos patienten jämfört med det fysiska välmåendet. När sjuksköterskan uppmärksammar oro hos patienten så kan det bli en feluppfattning om graden av hur pass orolig patienten är jämfört med patientens egen uppfattning och det kan leda till felaktig bedömning. I sin studie använde de ett instrument som kallas Faces Anxiety Scale (FAS) vilket innebär en visuell analog skala med ansikten som uttrycker varierande form av oro. Svårigheter att använda detta instrument har varit att patienterna inte kunde identifiera det ansikte som skulle visa avsaknad av oro (a.a.).

Killander et al (1999) beskriver att det finns anledning att anta att många patienter försöker dölja sin oro genom att förringa sina egna känslor. De använder sig av uttalanden som att det finns andra som har det mycket värre. Enligt Gallagher et al (2010) är anestesisjuksköterskans tolkning och uppmärksamhet av grader av oro det som kan tänkas vara avgörande för omhändertagandet av patienten, vilket gör det svårt att använda sig enbart av ett skattningsinstrument. Det verkar som om det behövs mätvärden från olika instrument samt anestesisjuksköterskans erfarenhet för att göra en sammansatt bedömning (a.a.).

Sjuksköterska – patientrelationen perioperativt

Tidigt uppmärksammades begränsningarna med det korta mötet mellan patienten och anestesisjuksköterskan. År 1961 skrev Phillips Roger att det korta mötet mellan patient och anestesipersonal gör att det är viktigt att finna vägar att visa sin yrkesskicklighet och pålitlighet så att patienten känner sig säker (a.a.). I och med det korta mötet före operationen är det av stor vikt att anestesisjuksköterskan förmedlar lugn och trygghet för att förvissa patienten om att denne kommer att få en säker och professionell anesthesiologisk omvårdnad (ANIVA, 2008).

Schreiber och MacDonald (2009) beskriver sjuksköterskans arbete inom anestesisjukvård, från att man ser till patientens basala behov, vidtar åtgärder för att minska deras oro inför anestesin, till att ta dem levande genom operationen. *Certified Registered Nurse Anesthesia* (CRNA) använder sig av metaforer som att göra en spirituellt resa tillsammans med patienten och dela deras skrämmande och potentiellt livshotande upplevelse och vidare se till att de mår bra efteråt. Det beskrivs i studien att anestesisjuksköterskan under anestesin tar patienten så nära döden det går att komma levande (a.a.).

I en kvalitativ intervjustudie (Lundén, Bengtsson & Lundgren, 2006) belyses att anestesipersonalens agerande och atmosfären i salen påverkar patienten. Respondenterna i studien utgjordes av patienter och det förmedlades att när patienterna erhöll en känsla av att vara i trygga händer, upplevde att personalen var positiv och när det förekom skämt blandat i informationen så avdramatiseras stundens allvar. Om personalen är avslappnad så känns det som att situationen inte är så allvarlig, oron minskar och det får patienten att känna att det finns en god chans att överleva ingreppet. Viktigt för patienterna är omvårdnadshandlingarna,

hur information ges, om de känner sig omhändertagna med respekt och om personalen gav intryck av kompetens. Professionella färdigheter och kunnande ingav förtroende och trygghet för patienten. Genom att skapa en bra miljö runt om patienten kan anestesipersonal göra ingreppet mindre traumatiskt. Rätt information portionerad efter hur mycket den enskilda patienten behöver gör att patienten lättare kan bearbeta sin oro, och gör att patienten känner sig sedd (a.a.). Larsson (2008) tar upp att mötet mellan patient och personal påverkar anestesiförloppet, ett bra möte ger ofta ett bra förlopp. Att patienten känner förtroende för personalen är essentiellt för en god kontakt. Carr et al. (2006) utförde en kombinerad kvantitativ och kvalitativ studie. I den kvalitativa delen av studien påvisades, att det viktigaste temat för att få patienten att uthärda var sjuksköterska – patientrelationen som upplevdes som lindrande och gjorde att oron lättare kunde hanteras (a.a.). Engagemang och god kontakt mellan sjuksköterska och patient minskar oron hos patienten. Om patienten är avslappnad när anestesin ges så har det visat sig att vitala parametrar förblir mer stabila under anestesin och resultatet efter anestesin är bättre (Routasalo, 1999; King, 2000). Phillips Roger (1961) påtalar i sin artikel vikten av ett personligt bemötande, att behandla hela patienten, kropp, sinne och själ i en enhet (a.a.).

Enligt Paterson och Zderad (1976) är interaktionen mellan sjuksköterska och patient ett möte mellan människor sett ur ett omvårdnadsperspektiv. Mötet bör byggas på erfarenhet och öppenhet, intuition och ständig reflektion. Sjuksköterskans kunskap gällande omvårdnad är något som växer fram och baseras på erfarenheter. Det är viktigt för sjuksköterskor att kunna stanna upp i omvårdnadsarbetet och reflektera över vad som händer, det bör göras till en vana och ger sjuksköterskan en möjlighet att utveckla en beredskap inför nya möten med patienter. Att som sjuksköterska befinna sig med hela sin person här och nu i mötet med patienten med närhet i omvårdnaden (a.a.).

Med betoning på mötet har författarna till denna studie valt att använda Ida Jean Orlandos interaktionsteori mellan sjuksköterska och patient som teoretisk ram. Orlando (1961) menar att sjuksköterskan utför det praktiska arbetet byggt på personlig kontakt, omvårdnaden skall utgå från den enskilda patientens omedelbara behov och utföras i samråd med patienten. God omvårdnad definieras genom sjuksköterskans fokusering på patientens verbala och icke-verbala uttryck under hela interaktionen, att se patienten och identifiera behovet av hjälp. I Orlandos antagande om interaktion mellan sjuksköterska och patient är patienten mer benägen att uttrycka sina problem. Sjuksköterskan utforskar patientens beteende genom att observera

ord och handling. Mötet mellan sjuksköterska och patient påverkar utformningen av omvårdnaden då sjuksköterskans uppfattning av patienten ligger till grund för planeringen av omvårdnaden (a.a.).

Hestnes och Espe (2005) tar upp att som patienterna mår vid sövning mår de när de vaknar. Anestesisjuksköterskan bör sträva mot att skapa en lugn och trygg atmosfär inför anestesi för att om möjligt få ett lugnt uppvaknande och därmed minska risken för komplikationer i samband med anestesi (a.a.). De studier vi läst för att sätta oss in i problemområdet har vid flertalet tillfällen påvisat komplikationer i samband med upplevd oro vid anestesi och perioperativ vård, men studier om anestesisjuksköterskors erfarenheter av omhändertagandet av patienter med perioperativ oro saknas. För att bidra till en ökad insikt om betydelsen av att lindra oro har vi för avsikt att undersöka bemötandet av oroliga patienter i den perioperativa processen, från första mötet mellan anestesisjuksköterska och patient på operationsavdelningen till uppföljning på postoperativ avdelning.

Syfte

Belysa anestesisjuksköterskors erfarenheter av att bemöta patienter med perioperativ oro.

Metod

Som metod valdes en empirisk studie med kvalitativ ansats, där vi gick ut i operationsverksamheter för att ta reda på anestesisjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter med perioperativ oro. Författarna önskade belysa anestesisjuksköterskors erfarenheter med ord, känslor och berättelser. Hartman (2004) menar att ett fritt berättande via en intervjustudie medför att respondenten ges möjlighet att utbyta information i jämförelse med att respondenten skriver ned sina erfarenheter i en enkät. Genom intervjustudien kan man få fram djupare berättelser och belysa autentiska erfarenheter (a.a.). Metoden valdes med tanke på studiens syfte, att belysa respondenternas erfarenheter av ett avgränsat område (Kvale, 2009). En enkätstudie med frågor ställda av undersökarna skulle inte ge ett resultat som svarade mot syftet med studien.

Urval av undersökningsgrupp

Hartman (2004) beskriver att deltagarna i den kvalitativa intervjustudien besitter kunskap som forskarna vill komma åt och att valet av deltagarna ska vara representativt för forskningsområdet. För att få ett urval representativt för en studie menar Polit och Beck (2004) att forskarna bör ställa sig frågan; vem kan bäst svara på frågor gällande det aktuella ämnet? Därefter skall hänsyn tas till vilka begränsningar som kommer att ge största möjliga utdelning i form av upplysningar som respondenterna kan ge (a.a.).

Författarna kontaktade verksamhetscheferna vid ett mindre och ett mellanstort lasarett i Skåne och informerade om studien dels genom personlig kontakt dels genom informationsbrev (bilaga 1). Genom att välja ett mindre och ett mellanstort lasarett gjordes möjlighet att täcka in olika patientklientel som de intervjuade anestesijuksköterskorna baserat sina erfarenheter på. Såsom eventuell skillnad i observerad oro korrelerat till akut/ elektiv operation, ålder på patienten. Efter att förfrågan om tillstånd att genomföra studien beviljats av respektive verksamhetschef delades personligt informationsbrev samt samtyckesblankett (bilaga 2) ut till 5 anestesijuksköterskor per operationsavdelning. Samtliga tillfrågade anestesijuksköterskor var i aktiv tjänst inom perioperativ vård under våren 2012. Genom att urvalet utfördes strategiskt med hjälp av en administrativ person inom respektive avdelning, som ej hade insyn i respondenternas arbetssätt eller var knuten till studien, tillgodosågs såväl ett fördomslöst utdelande av informationsbrev såväl som ett mindre tvingande deltagande.

Anestesijuksköterskor av olika könstillhörighet, ålder och erfarenhet tillfrågades under rast eller efter avslutat arbetspass i avdelningens gemensamhetsutrymmen som korridor eller fikarum om de ville delta i studien. Målsättningen med ett strategiskt urval var att välja ut tio respondenter inom gruppen anestesijuksköterskor verksamma inom perioperativ vård som kunde representera en bredd inom urvalsgruppen och därmed ge största möjliga utdelning enligt syftet. Enligt Polit och Beck (2008) är fördelen med att använda sig av ett strategiskt urval att respondenterna som utgör urvalet besitter erfarenheter som kan belysa det författarna önskar undersöka, och därmed kan respondenterna delge relevant information (a.a.). Då de båda enheterna består av en mångfacetterad yrkesgrupp ansåg författarna att den strategiska utdelningen skulle ge ett brett spektra av respondenter. Det bestämdes att om en tillfrågad tackade nej till att delta skulle man gå vidare och fråga nästa. Deltagarna erhöll informationsbrev och samtyckesblankett som skrevs på om de var intresserade.

Samtyckesblanketten lämnades i ett slutet kuvert som samlades in av författarna till studien via postfack. En vecka efter inlämningsdatum hämtades kuverten. När önskat antal deltagare, fem anestesijuksköterskor per enhet uppnåtts tillfrågades inte fler. I det fall för få samtycken skulle inkomma bestämdes att kompletterande brev vid ett nytt tillfälle skulle delas ut. Vid insamling av informerat samtycke konstaterades att antalet respondenter var tillräckligt och att kompletterande brev ej behövde delas ut.

Bortfallet bestod av dels en person som avböjde direkt på förfrågan om att delta i studien utan att vilja läsa informationsbrevet och därmed ersattes med ny förfrågan till passande person utifrån urvalet, dels avbokades en intervju på grund av sjukdom. Ny förfrågan gick ut på den avdelning denna respondent tjänstgjorde och en ny respondent ersatte, dock gick inte könstillhörighet att tillgodose den dag förfrågan gick ut. Antal respondenter i studien utgjordes slutligen av tio anestesijuksköterskor, 3 män i ålder mellan 34 och 57 år, 7 kvinnor i ålder mellan 34 och 60 år. Enligt Polit och Beck (2008) finns det inga bestämda regler för hur stort ett urval ska vara i en kvalitativ studie, men de hänvisar ändå till att en optimal grupp består av sex till tolv personer. För att uppnå studiens syfte bör undersökningsgruppen vara inom samma profession för att författarna ska utvinna resultat som motsvarar syftet (a.a). Samtliga deltagande anestesijuksköterskor har tjänstgjort mer än 6 månader, från 1 år till som längst 35 år. Författarna bedömde att anestesijuksköterska med mindre tjänstgöring än 6 månader kan vara uppgiftscentrerad och har därmed inte den erfarenhet som avses belysas. Därmed exkluderades de som arbetat mindre än 6 månaderna.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

För att nå studiens syfte användes en semistrukturerad intervjuguide (bilaga 3). En semistrukturerad intervjumetod beskrivs av att forskaren ställer frågor utifrån forskningsämnet som respondenterna kan svara på genom att berätta fritt med sina egna ord (Polit & Beck, 2008). Huvudfrågan i intervjun var att anestesijuksköterskan skulle berätta om sina erfarenheter av oroliga patienter. Intervjutexten bearbetades sedan med hjälp av manifest och latent innehållsanalys för att indela data på en systematisk och stegvis väg och därigenom kunde teman och mönster tas fram. Den manifesta analysen utgår från det uppenbara som texten säger medan den latent analysen tolkar den underliggande meningen i texten (Granheim & Lundman, 2004). Tillförlitlighet i studien stärks när ordagrann utskrift

finns med i form av citat i det färdiga arbetet för att förstärka resultatet. Replikerbarhet innebär en ökad pålitlighet genom att läsaren eller annan forskare skulle kunna göra om studien, för vilket krävs en detaljerat beskriven metod och en noggrann beskrivning av hur urval och analys förfarits. Studiens trovärdighet ökar också om studien är överförbar till andra individer i liknande kontext, därav demografiskt beskriven data i studien. Ökad trovärdighet uppnås även om andra tidigare studier kan bekräfta resultatet i arbetet eller om medgranskare eller läsare känner igen sig och kan verifiera resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

Genomförande av datainsamling

När samtyckesblanketterna samlats in bokade författarna tid för intervju via telefon eller personligt möte med var och en av de tio anestesijuksköterskorna. Intervjuerna genomfördes i ett lugnt och avskilt rum och varade i 45-60 minuter. Samtliga intervjuer spelades in på band. Första intervjun genomfördes tillsammans som en pilotstudie för att gemensamt kunna gå igenom upplägget av hur intervjuerna skulle utföras samt för att utvärdera intervjuguidens frågor och det resultat de skulle kunna ge. Enligt Kvale (2009) är en pilotstudie en miniatyrundersökning som utförs i förväg för att bedöma om tillvägagångssättet är genomförbart och realistiskt samt för att se om frågorna är rätt utformade. Pilotstudien inkluderades i resultatet då innebörden i denna var likvärdigt med påföljande intervjuer. Kommande intervjuer utfördes enskilt av författarna. Uppdelningen av respondent och intervjuare gjordes inom ramen för tid och logistik att kunna ta sig till respektive operationsavdelning där intervjun utfördes. Varje intervju inleddes med att respondenten tillfrågades om bakgrundsfakta såsom ålder, kön och antal år i tjänst som anesthesijuksköterska. Därefter ställdes en öppen inledande fråga med syfte att respondenten fritt skulle delge sina erfarenheter om perioperativ oro. Intervjun fortsatte i första hand med utgångspunkt i det som respondenterna svarade, men även utifrån ett par fördjupningsfrågor utifrån intervjuguiden. Kvale (2009) menar att genom att använda sig av en intervjuguide som ett manus för intervjun som strukturerar intervjuns förlopp ges möjlighet att täcka in de frågor och ämnen intervjun ämnar innehålla, hur strikt guiden följs är upp till intervjuaren och det som kommer fram i respondentens svar (a.a.). I slutet av intervjun gavs respondenten möjlighet att själv tillägga ytterligare information gällande ämnet som de tyckte var viktigt.

Genomförande av databearbetning

De bandinspelade intervjuerna transkriberades ordagrant. Vid transkriberingen dokumenterades även pauser och ljud som utgjordes av ofullständiga ord som hm etc. Under intervjun dokumenterades miljö samt om det tillkom andra avvikelser typ avbrott (ljud mm) av betydelse för resultatet. Samtliga intervjuer kunde utföras avskilt och utan störande moment. Intervjumaterialet kodades med nummer för att säkerställa konfidentialitet. Intervjuerna sparades i word-dokument på ett USB-minne. Dessa dokument skrevs ut på papper.

Bearbetningen av datan har gjorts genom att använda en manifest och latent innehållsanalys av intervjumaterialet, vilket innebär att målet är att finna gemensamma kategorier och teman som överrensstämmer med syftet för studien (Forsberg & Wengström, 2003). I denna intervjustudie har författarna inspirerats av Graneheim och Lundmans (2004) tillvägagångssätt vilket innebar att intervjutexten lästs igenom flera gånger för att få en helhetskänsla, därefter har meningsbärande enheter identifierats av författarna, var och en för sig. Dessa meningsbärande enheter har strukits under med en färgpenna. Tillsammans har sedan författarna jämfört och enats om vilka meningsenheter som var relevanta gentemot syftet. En meningsbärande enhet utgörs av ord, mening eller ett stycke innehållande synpunkter relaterade till varandra genom sammanhang och innehåll. Därefter utfördes kondensering av meningsenheterna. Kondenseringen innebar att texten kortades ner utan att kärnan i innehållet gick förlorad. De meningsbärande enheterna samt den kondenserade texten skrevs in i en matris som efter utskrift klipptes itu i form av papperskort. Papperskorten sorterades i olika buntar med gemensamma nämnare, som nämnare avses när delar av texten baseras på teoretiska antaganden inom litteraturen eller när delar av texten tillhör ett specifikt ämne. Därefter kodades dessa buntar. Kodning används som verktyg att tänka med och genom att använda sig av kodning ges tillfälle att bearbeta intervjumaterialet från olika synvinklar. Med hjälp av dessa koder bildades subkategorier och slutligen döptes dessa subkategorier till kategorier och ett tema som användes för att redovisa resultatet (a.a.).

Arbetsprocessen har genomförts gemensamt av bägge författarna, kontinuerlig tillbakablick på intervjumaterialet har gjorts för att undvika feltolkning. Vid kategorisering har handledaren tagit del av materialet som tredje person som stöd och hjälp. Analysprocessen exemplifieras i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) Schematisk bild över Kategori Att identifiera oro

Meningsbärande enheter	Kondenserad text	Koder	Subkategorier	Kategori	Tema
Märker rent hur dom betar sig att de kan vara oroliga genom att man antingen är tystlåten, ledsen, arg eller har ett himla glatt, alltså en fasad man märker skiner igenom (1)	Märker hur dom betar sig oroliga tystlåten, ledsen, arg eller har ett himla glatt, en fasad man märker skiner igenom	Uttryck av oro Förmåga att se känsla av oro, känslor uttryck	Att använda klinisk blick och erfarenhet	Att identifiera oro	Att anpassa omvårdnad en efter individens behov
Märker rent hur dom betar sig att de kan vara oroliga genom att man antingen är tystlåten, ledsen, arg eller har ett himla glatt, alltså en fasad man märker skiner igenom (1)	Märker hur dom betar sig, uttrycker oro genom vara tystlåten, ledsen, arg, himla glatt, fasad man märker skiner igenom	Beteende, olika sätt att uttrycka oro	Att uppfatta patientens olika uttryckssätt	Att identifiera oro	
Sjukdomar hör lite till åldern och på något sätt också större acceptans (4)	Sjukdomar hör till ålder- större acceptans	Ålder och acceptans	Påverkan av patientens ålder	Att identifiera oro	
Man är mer tålig ju äldre man blir, framförallt lite äldre kvinnor så det är inte mycket de reagerar, skratt, på. Känns som om de varit med förr. Det är liksom inte så mycket som oroar dem , inte så många iallafall (2)	Mer tålig, ju äldre man blir framförallt lite äldre kvinnor- varit med förr, inte så mycket som oroar dem	Äldre kvinnorna är tåligare- inte mycket som oroar dem	Påverkan av patientens ålder och kön	Att identifiera oro	
Du får din cancerdiagnos, säg då bröstcancer, 3-4 veckor att diagnostisera, innan dess har du gått igenom massa prover du har gjort massa nålstick i ditt bröst, alltså du har så mycket smärta med dig när du kommer som är som en fördämning (4)	Cancerdiagnos, bröstcancer som tar 3-4 veckor att diagnostisera, nålstick i bröst och mycket smärta med sig	Anledning till oro, mycket smärta med sig	Påverkan av patientens diagnos	Att identifiera oro	

Etisk avvägning

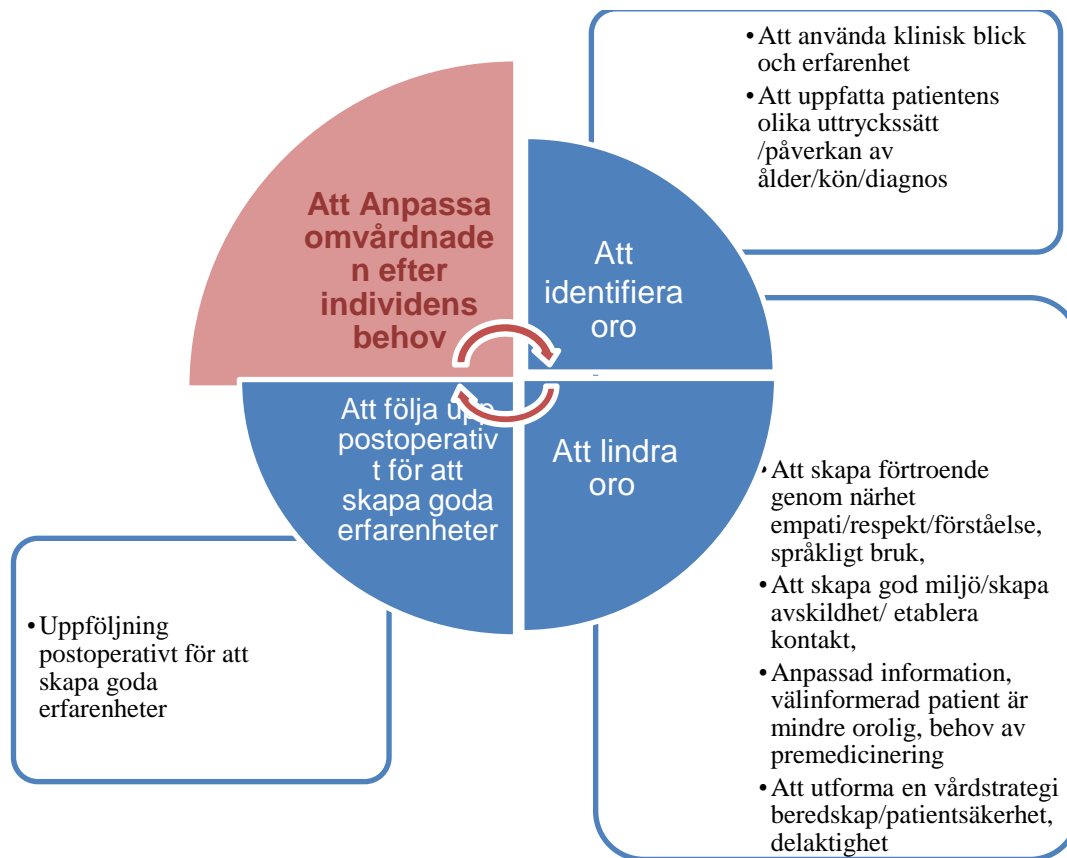
Studien har utförts i enlighet med Helsingforsdeklarationens etiska riktlinjer som byggs på fyra grundläggande etiska principer. Principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada och rättvisepincipen (Helsingforsdeklarationen, 2008).

Deltagarna i studien informerades om att deltagandet är frivilligt och kunde avbrytas när som helst enligt autonomiprincipen. Deltagarna informerades via ett informationsbrev som angav studiens syfte och studiens betydelse, härigenom tillämpade författarna godhetsprincipen. Genom att deltagarna via informationsbrevet informerades om frivillighet och konfidentialitet samt genom att lämna skriftligt samtycke så är det förenligt med icke skada principen.

Författarna har använt sig av rättvisepincipen genom att alla deltagare oavsett kön, ålder, härkomst har behandlats lika och gavs samma utrymme avseende tiden för intervjuerna (a.a.). Materialet har överförs till en dator utan internetuppkoppling och som är lösenordsskyddad. Efter att arbetet examinerats kommer intervjuinspelningen att raderas. Intervjuskrift kommer att förvaras inlåst i ett brandsäkert kassaskåp som finns i en av författarnas hem och därefter förstöras ett år efter examination. Materialet kommer ej att kunna sammankopplas med deltagaren. Författarna till studien var medvetna om att när frågor ställs angående erfarenheter av patienternas oro, skulle detta kunna skapa skuld känslor hos anestesijuksköterskorna. Det kan tänkas att anestesijuksköterskorna känner att de inte uppmärksammar patienternas oro eller har tid att lindra i så stor utsträckning som önskvärt vilket skulle kunna skapa en känsla av skuld.

Resultat

Resultatet indelades i tre kategorier efter den manifesta innehållsanalysen. Vilka betecknades utifrån sin innebörd *att identifiera oro*, *att lindra oro* och slutligen *att följa upp postoperativt för att skapa goda erfarenheter*. Genomgående i resultatet framträdde efter den latent innehållsanalysen temat *att anpassa omvårdnaden efter individens behov*.



Figur1: Schematisk bild över resultatets tema, kategorier och subkategorier.

Att identifiera oro

Resultatet visade att det första steget för att kunna anpassa omvårdnaden är att identifiera oro hos patienten. Anestesisjuksköterskorna önskar därefter anpassa omhändertagandet utifrån patientens individuella förutsättningar vilket utgörs av ålder, kön, diagnos samt övriga orsaker till oro i den perioperativa processen. Anestesisjuksköterskornas erfarenhet är att majoriteten av patienterna är mer eller mindre oroliga inför anestesi och operationen, frågan är bara i vilken grad och vilket uttryck det tar.

”Alla är oroliga mer eller mindre egentligen där skall vi försöka nyttja våra erfarenheter och skanna av dem så fort som möjligt och se vilken nivå.” (3)

Att använda klinisk blick och erfarenhet

Respondenterna menade att anestesijuksköterskans kliniska blick observerar tecken till oro och erfarenheten säger att oron kan ta sig många olika uttryck. Uttrycken kan vara tystlåtenhet, ledsenhet, nervositet, glättighet, ilska eller kanske överdriven skämtsamhet. Patienternas försök att skyla över oron och sätta upp en fasad gör det än viktigare för anestesijuksköterskan att reflektera över patientens beteende, så att patienten kan bemötas på ett sätt som är bra för just den patienten, att ge möjlighet att bearbeta oron innan anestesi påbörjas. Ibland är uttrycket svårt att beskriva och flertalet av respondenterna säger att det är en känsla de får, när de möter patienten.

”Märker rent hur dom betar sig att de kan vara oroliga genom att man antingen är tystlåten, ledsen, arg eller har ett himla glatt, alltså en fasad man märker skiner igenom.” (1)

Att uppfatta patientens olika uttryckssätt

Det framkom att anestesijuksköterskorna uppfattade äldre patienter som mindre oroliga än yngre samt att uttryck av oro mellan yngre och äldre skiljer sig. De äldre ansågs vara tystare, svara enstavigt och bita ihop käkarna och svälja sin oro. Flertalet menade att det har att göra med att patienterna själva har en acceptans gentemot att sjukdomar och behov av vård tillhör åldern. De förlitar sig på vårdpersonalen och accepterar sin situation medan de yngre patienterna ofta är mer pålästa vilket kan kräva mer engagemang från vårdpersonalen för att de skall känna sig trygga. Massmedial påverkan på yngre patienter kan leda till föreställningar kring anestesi som kanske inte stämmer med verkligheten och att de inte vet hur de ska hantera dem.

”Vi få jobba mer med de yngre patienterna, ja. Du är ju mycket mer påläst, det du inte vet slår du upp själv, tittar på alla TV-serier, de vet exakt vad man gör på en akutvårdsavdelning. De vet exakt vad ett laryngoskop är fast de aldrig har sett ett laryngoskop. När du får in all den information kan du inte hantera den för du vet egentligen inte vad det är.” (4)

Anestesijuksköterskorna menade att föräldrar har ett stort inflytande på barn i behov av anestesi. Oroliga föräldrar ger oroliga barn, trygga föräldrar ger trygga barn. Barn med diagnoser som ADHD, Aspergers eller utvecklingstörning bär på större oro än den normala

inför anestesi. Vidare beskrev de skillnader i uttryck av oro mellan könen, män är mer tystlåtna och spända och kvinnor ger ett större uttryck verbalt. Åldern på patienten påverkade inom könsskillnaderna, yngre kvinnor ger ett större uttryck för sin oro genom att öppet gråta, medan yngre män vill vara macho och inte visa att de är oroliga. Majoriteten betonade dock att äldre kvinnor är mer lugna över lag.

”de äldre, de tuffa generationerna tar sig lite lugnare, deras oro tar sig ett annat uttryck, biter ihop käkarna, tystare och svarar lite enstavigt, medans 18 -19 åriga tjejerna är rödgråta och jätteledsna, jag tycker att det finns skillnad mellan yngre och äldre (5)

Olika diagnoser som ligger till grund för operation anses påverka graden av oro, tex cancerdiagnos. Gällande cancerkirurgi ansågs patienterna ha obearbetad oro gällande prognos och livskvalitet efter ingreppet som ytterligare späder på oron inför anestesi. Respondenterna ansåg att patienter med godartade diagnoser samt de som blivit opererade många gånger med goda erfarenheter har mindre eller ingen oro jämfört med de som inga erfarenheter har.

”En nöjd och glad patient som kommer tillbaka, det händer ju rätt så ofta, de som kommer tillbaka regelbundet och säger vi gör som förra gången, jag tyckte det gick jättebra”(3)

Utöver diagnos framkom andra orsaker till oro. Patienterna uttrycker rädsla för att vakna under operationen eller att inte vakna alls. En del har rädsla för nålstick och den smärta det kan medföra. Patienterna uttrycker också ofta oro för att känna något eller höra något under operationen samt att utsättas för smärta och illamående postoperativt. Tidigare negativa erfarenheter av att blivit sövd exempelvis som barn, har inverkan på upplevd oro. Patientens sinnesstämning före och efter anestesi följde enligt många anestesijuksköterskor ett mönster. Patienter med mycket oro inför nedsövningen tenderade att vara oroliga vid uppvaknandet och de som var lugna vid nedsövningen var lugna vid uppvaknandet. Sinnesstämningen påverkades även av patientens personlighet och grundtrygghet samt huruvida oron kunnat dämpas eller ej inför ingreppet.

”Det stämmer så himla bra överens, att somnar när man är ledsen så vaknar man på samma vis också, -inte alltid, men får man en positiv upplevelse innan operationen så tror jag att man har den med sig genom hela operationen och framför allt efteråt. Det är precis som att

somnar man gråtandes så vaknar man ofta gråtande också. Det är precis som det tar vid där det slutade.”(1)

Att lindra oro

Det framkom vidare att efter att anestesijuksköterskan identifierat oro vidtogs åtgärder för att lindra oron. När anestesijuksköterskan genom åtgärder lindrar oron finns både möjligheter och begränsningar.

Att skapa förtroende genom närhet

Som möjligheter framkommer i intervjuerna att skapa förtroende, inge tillit och trygghet, kroppskontakt och närvaro, att visa empati, respekt och förståelse, och att utforma en vårdstrategi samt ge individanpassad information. Begränsningar utgörs av otillräcklig information innan anestesijuksköterskan mött patienten, anestesipersonalens språk som kan upplevas som skrämmande för patienten samt bristen på tid och plats att skapa en god miljö runt patienten.

Flertalet av respondenterna berättade att de betryggar patienten att de sitter hos dem under operationen och att patienten aldrig lämnas ensam. Respondenternas erfarenhet säger att det händer att patienter reagerar förvånat på informationen om att anestesijuksköterskan stannar kvar hos dem. Genom att berätta att där hela tiden finns en anestesijuksköterska närvarande lindras oron då patienterna blir lugna och känner sig omhändertagna.

”Talar om att jag sitter med dig hela tiden jag har 100 % kontroll på dig och jag tar hand om dig när de är sövda, bara det gör att de blir lugna, det är någon som är med hela tiden och som har kontroll.” (9)

En möjlighet är beröring som ansågs lugna patienten och många gånger minska behovet av läkemedel. Genom att hålla handen eller lägga handen på axeln innan och under nedsövning men även under ingrepp i lokalanestesi visar anestesijuksköterskan sin närvaro och patienten

känner att det är någon där. Speciellt vid omhändertagande av förvirrade patienter som inte kan ta in verbal kommunikation kan kroppskontakt vara lugnande.

”Man tar på dem och det tycker nog de flesta patienter att det är skönt det här med beröring, det lugnar väldigt, att de känner att det är någon som tar hand om mig, här finns någon närvarande.”(4)

Anestesisjuksköterskan utvecklar genom erfarenheter förståelse och empati för vad patienten känner och genom att förklara för patienten att det är tillåtet att vara ledsen och orolig ges patienten utrymme att uttrycka sig. Mötet mellan anestesisjuksköterska och patient skall vara respektfullt och patienten skall inte behöva skämmas för sina reaktioner och uttryck för oro.

”Vi försöker förklara för dem att det här är vi så vana vid att vi känner en stor förståelse för vad de känner och det tror jag också är väldigt viktigt att varje patient är unik och att man får lov att vara både ledsen och man får lov att visa att man är orolig.” (4)

Att skapa en god miljö

Genom att skapa en bra miljö där patienten känner sig ompysslad ges möjlighet att dämpa och lindra oron. Det kan vara med värmande täcke och strumpor, lite avslappnande musik i bakgrunden, dämpad belysning och avledande samtal om vardagliga ting, kanske väder och vind. När det gäller barn kan anestesisjuksköterskan genom att visa film eller spela musik förvillan lite i vårdsituationen, avdramatisera och komma barnet närmare, därmed ges en möjlighet att skapa en kontakt. I vissa situationer kan stämningen lättas upp med en skämtsamt attityd för att ta udden av spänningen. Det påtalades dock att anestesi-personalen skall vara känslig för reaktioner, det passar inte alla patienter.

”Det finns en del som vill skämta, ja då gör man det, man får känna av patienten hur de vill ha det, vissa kan bli irriterad av skämt och då får man inte ta den varianten, man får känna av patienten helt enkelt och så finns de som inte vill prata och då får man låta bli.” (6)

I skapandet av en god miljö ingick enligt flertalet av respondenterna, att få tid att skapa en egen sfär, avskildhet och att minimera antalet personer som kommer i kontakt med patienten i

början av anestesi. Då endast de som är delaktiga i sövandet är inne på salen och det ses till att det är lugnt och tyst. En benämnde önskemål om att det skulle finnas något som skulle kunna heta induktionsstund.

”Jag tycker oftast att det inte är någon speciellt lugn miljö utan det kan vara rätt många distraktioner runt patienten som säkert ökar oron, skulle önska att man hade en lugn stund, en induktionsstund där det är helt tyst på salen, där det bara är narkosköterska, undersköterska och typ någon läkare så man skapar ett lugn kring patienten när man sover ner.”(5)

Att anpassa informationen

Information är enligt respondenterna ett viktigt redskap för att lugna en orolig patient. Att ta reda på vad det är som oroar och ta sig tid och förklara vad som ska hända. Majoriteten av respondenterna poängterar att ge patienten chans att ställa frågor och få svar på sådant de undrar över. Det är viktigt att lyssna in hur mycket information patienten önskar. En del patienter vill ha mycket information, andra vill ha mindre. En välinformerad patient som är väl införstådd med vad som ska hända och ske är mindre orolig och mer tillfreds.

”Jag önskar att patienten skulle kunna få mer information - suck – hos läkaren, bättre information om den preoperativa bedömningen hos narkosläkare om vad det är som kommer att ske och jag tycker att när våra patienter inte har fått den information som den behöver när de kommer till oss så är de onödigt oroliga.” (7)

Något som kan öka patientens oro kan vara anestesi-personalens språk, ibland används medicinska termer och fackspråk som för patienten kan tyckas skrämmande. Det är viktigt att tänka på som vårdpersonal, hur och vad som sägs i patientens närvaro.

”Jag berättar för de andra som är runtomkring att nu har vi en jättenervös patient så då kanske vi skall tänka på vad vi säger, vi är lite slarviga med det här ibland, pratar på ett sätt som för oss är självklart men kan uppfattas av patienten som oroande eller när man är orolig, tolkar man saker och ting.”(10)

Att utforma en vårdstrategi

Utformningen av en vårdstrategi ger anestesisyksköterskan en möjlighet att utföra vården säkert och med beredskap. För samtliga respondenter är läkemedel inte förstahandsalternativet, det viktigaste är att först ge patienten möjlighet att få uttrycka sin oro, att ta reda på vad det är som oroar. Det finns tillfällen då patienten inte kan förlika sig med situationen och då gäller det att ha en plan B. Det finns de som inte ens kan komma in till förberedelse för operation för att de är så oroliga. Här säger erfarenheten att det inte är möjligt att utveckla en kontakt förrän patienten befinner sig på en nivå så att man kan närma sig dem vilket kan innebära givande av lugnande läkemedel innan patienten körs in på operationsavdelningen.

”Dom som är så skrärade att de klarar inte att komma innanför dörren, de har nästan brutit samman redan innan de kommer, där får man försöka välja någonting annat, det har hänt att vi gett läkemedel och kört in dem sovandes – de patienterna är extremt tacksamma efteråt egentligen och oftast har man tagit bort paniken och ångesten de har för att över huvudtaget komma in.” (3)

Det är viktigt att tänka patientsäkert och ha en beredskap för oroliga patienter. Många av respondenterna väljer att vid ett förväntat oroligt och kanske stökigt uppvaknande väcka patienten successivt så att de är helt vakna först när de ligger i sin varma ombonade säng på uppvakningsavdelningen. En del uppger att de förbereder med lite extra lugnande läkemedel i närheten. Genom att tänka patientsäkert görs också överflyttningen från operationsbord till säng säker och lugn så att patienten inte faller i golvet eller skadar sig i sitt omtöcknade tillstånd.

”Om jag tror att patienten kommer att vakna upp orolig förbereder jag mig på så vis att jag ser till att den här patienten vaknar och är väldigt trött, jag använder anestesin som jag påbörjat och väcker patienten under längre tid så att patienten vaknar i ett utrymme som är betydligt behagligare än i operationsrummet eller i slussen eller i korridoren för det är mer humant att vakna upp i en mjuk skön säng.” (7)

Genom att utforma vården på patientens villkor och göra patienten delaktig anser anestesisyksköterskorna att det ger möjlighet att minimera så mycket som möjligt av patientens oro. Patienten kan ha varit sövd tidigare och ha synpunkter och önskemål utifrån

det, anestesijuksköterskan skall vara öppen för förändringar och kunna anpassa vården. För många av respondenterna är det mycket viktigt att hålla vad man lovat patienten. Det skapar osäkerhet hos patienten att ändra planerna precis innan ingreppet och bör därför undvikas. Hänsyn skall tas till att anestesipersonalen är i sin vardagliga arbetsmiljö men patienten är sårbar i denna för dem okända miljö.

”Att man behåller den anestesiform som man bestämmer med patienten, är det sövning så är det sövning, inte ändra, man ska ta upp alternativen, man ska skriva ner vad patienten tycker och så gör man en bedömning med patienten så här gör vi, inte riva upp beslut det kan skapa onödigt orosmoment på en plats där patienten inte känner sig säker.” (7)

Uppföljning postoperativt för att skapa goda erfarenheter

Det visade sig i intervjuerna att fler än hälften av respondenterna följde upp patienterna på den postoperativa avdelningen där de vårdades efter anestesi, både för att se hur patienten uppfattat anestesi och se hur de mårde men även för att följa upp sitt eget arbetssätt och utvärdera omvårdnaden. Genom att följa upp patienten efter avslutad anesthesi kunde anesthesijuksköterskorna dra lärdomar för att utveckla sitt omhändertagande men även ges möjlighet att skapa bra erfarenheter för patienten inför nästa vårdtillfälle genom att dokumentera i patientjournalen. Genom att återkoppla kan onödig oro undvikas vid kommande tillfällen och en del av den oro som observerades vid aktuellt vårdtillfälle bearbetas.

”Så att de kan komma tillbaka nästa gång och säga att de tycker inte detta är roligt men jag vet att det går bra ändå och det fungerade så bra sist” (1)

En begränsning i uppföljningen utgjordes av tidsbrist, det uppkom att respondenterna med lång erfarenhet gjorde det i början av sin karriär men att det inte kan fullföljas så som det önskas idag dels pga stressat operationsschema men även att patienten vistas kortare tid på uppvakningsavdelningen idag jämfört med förr. Flertalet respondenter var mer ämnade att följa upp hur patienten uppfattat anestesi då det hade varit problematiskt att lindra oron.

”jag brukar gå upp och prata med mina patienter efteråt på uppvaket innan jag hämtar in en ny och framför allt de som var är väldigt oroliga brukar jag fråga hur gick det? tyckte du det var det så hemskt att bli sövd?” (2)

Diskussion

Diskussion av vald metod

Författarna valde att göra en kvalitativ intervjustudie för att ta reda på anestesijuksköterskans erfarenheter av att möta patienter med perioperativ oro. Intervjumetoden gav anestesijuksköterskorna möjlighet att fritt och med egna ord berätta om sina erfarenheter och syftet med studien kunde uppfyllas. En enkätstudie med frågeformulär ansåg inte författarna kunna ge ett resultat som svarade mot syftet med studien. I ett skrivande har tiden också betydelse, det vill säga det finns risk att man tar sig inte tid att skriva eller får inte plats med allt man skulle vilja skriva. Det skulle kunna betyda att författarna gick miste om väsentlig information.

Författarna valde att bandinspela intervjuerna. Fördelen med att bandinspela intervjuer är att författarna kunde koncentrera sig på att lyssna och följa med i informantens tankegång och vid behov komplettera med följdfrågor, dessutom gavs utrymme att komplettera genom att dokumentera kroppsspråk (leende, grimaser) och miljö (ljud, ljus, störande moment) som skulle kunna påverka resultatet. Det som kan vara en nackdel med att bandinspela intervjuer är att deltagarna kan bli nervösa av detta vilket kan leda till en hämmande påverkan, vilket skulle kunna påverka resultatet till viss del genom att deltagarna inte vågar öppna sig fullt ut och berätta om sina erfarenheter. Författarna använde sig av en intervjuguide med en bred öppningsfråga och därefter ett par följdfrågor. En del av deltagarna berättade uttömmande direkt vid öppningsfrågan medan andra behövde lite hjälp av följdfrågor. Detta ses av författarna bero på viss nervositet samt att man är olika som personer i sitt berättande.

Intervjutid beräknades till 45-60 min och ansågs av författarna vara tillräckligt för att få in material, samtliga intervjuer avslutades inom en timme och materialet ansågs då vara mättat. Intervjuerna utfördes enskilt då det är lätt att vid för många inblandade att det blir ett splittrat möte och respondenten kan få en känsla av att befinna sig i underläge, detta ville undvikas. Dessutom försvårade logistiken ett gemensamt arbete i och med avstånd och tidsbrist. Genom att läsa varandras intervjutexter granskades innebörden ytterligare innan de meningsbärande enheterna markerades. Användandet av citat i resultatet stärker tillförlitligheten, författarna har tillsammans valt ut de citat som ansetts mest passande för att återge anesthesjuksköterskornas erfarenheter. För att kunna överföra studien i liknande kontext är demografisk data som respondenternas ålder, kön och tjänstgöringsår som anesthesjuksköterska angiven under urval av undersökningsgrupp.

Författarnas egna förförståelse utgjordes av 10 veckors verksamhetsförlagd utbildning och inläsning av vetenskapliga artiklar rörande ämnet. Under arbetets gång har författarna försökt lägga förförståelsen åt sidan för att göra analysen förutsättningslöst men i takt med att arbetet fortskridit anses ändå resultatet ha kunnat påverkas till viss del av förförståelsen speciellt i den latenta innehållsanalysen.

Författarna har gjort sin verksamhetsförlagda utbildning på berörda operationsavdelningar där studien har genomförts. Studien har inte diskuterats med personalen på operationsavdelningarna. Respondenterna har enbart fått informationsbrev om studien att tillgå. Det som kunde vara en risk med att för mycket information gavs om studien i förväg kunde vara att respondenterna tänkte till om vad de skulle svara på förhand, vilket ville undvikas.

Studiens tillförlitlighet stärks genom att författarna gjort analysarbetet tillsammans och beskrivit detta tydligt bit för bit, reflekterat och tolkat och återgått till intervjumaterialet under arbetets gång.

Diskussion av framtaget resultat

Studiens resultat belyser anesthesjuksköterskans erfarenheter av att möta oroliga patienter perioperativt. Genom att ta del av resultatet kan mindre erfarna anesthesjuksköterskor erhålla

kunskap gällande vilka uttryck oro kan ta och vilka faktorer som kan påverka uttryck av oro samt vilka åtgärder som kan vidtas för att lindra. Tidigare studier (Lundén et al. 2006; Carr et al. (2006) har påvisat specifika delar vilka stämmer överens med detta resultat men vårt resultat visar hur anestesijuksköterskan anpassar omvårdnaden sett ur ett helhetsperspektiv under hela den perioperativa vården, från att identifiera till att lindra och följa upp given omvårdnad. Sett till Orlandos interaktionsteori så är mötet mellan sjuksköterska och patient det som påverkar utformningen av omvårdnaden. Genom att kunna se och identifiera oro så kan anestesijuksköterskan bilda en uppfattning om hur orolig patienten är och därefter utforma omvårdnaden individuellt.

Att identifiera oro

Respondenterna i utförd studie uttryckte i intervjuerna patienternas rädsla för att vakna under operation som ett skäl till oro. I studier utförda dels av Gilmartin och Wright (2008); dels av Mitchell (2009) visade det sig att många patienter varit oroliga över att vakna under operationen till att aldrig vakna igen efter anestesi (a.a.). Gallagher et al. (2010) påvisade i gällande resultatet efter utfört ingrepp, risken att utsättas för smärta samt komplikationer som kan tillstöta under ingreppet. Graden av perioperativ oro ansågs fluktuera i förhållande till resultatet av ingreppet, ingreppets storlek samt ålder och kön på patienten. Av betydelse för resultatet i utförd studie har varit vilken erfarenhet anestesijuksköterskan har avsett diagnos samt ålder på de patienter som anestesijuksköterskan kommer i kontakt med. I en studie av Caumo et al. (2001) verifieras sambandet mellan ökad risk för preoperativ oro och större kirurgi, tidigare cancerdiagnos och psykiska besvär (a.a.). Ovanstående samband kan bekräftas i denna studies resultat där det framkom att gäller det i huvudsak friska patienter så är ingreppet inte så viktigt men att anestesijuksköterskans erfarenhet är att patienten kan vara orolig för själva anestesi. Det sades även att i det fall det finns ett val så anses patienten bli mer orolig, behöver jag verkligen göra detta? Utsätter jag mig för onödig risk?

Respondenterna ansåg att patienter med en cancerdiagnos har en obearbetad oro med sig vilket i sin tur kan öka oron inför anestesi. Efter att ha varit ute på operationsavdelningar i verksamhetsförlagd utbildning så anser författarna till utförd studie att det är viktigt att ta del av de erfarenheter som de som arbetat länge med anestesi har, då det är en skillnad i uttryck, ibland syns oron inte på patienten men när övervakningsutrustningen kopplas på, så indikerar alla parametrar typ blodtryck och puls, att patienten dock ändå är orolig. Det som också sägs i

resultatet är att uttrycken är så skiftande och att det är inte alltid det första intrycket som är det korrekta, ju mer in på anestesi skedet är så kan anestesisyjuksköterskan bli varse att patienten biter ihop och försöker dölja, kanske skämta bort allvaret. Vår teoretiska ram enligt Orlando (1961) definierar god omvårdnad genom att sjuksköterskan fokuserar på patientens icke-verbala och verbala uttryck för att kunna se hela patienten och kunna identifiera hjälpbehovet. Respondenterna visar att de ger god omvårdnad genom att i intervjuerna påtala att det är viktigt att fråga och lyssna in, fråga flera gånger och ge utrymme till patienten att våga uttrycka sin oro verbalt. Respondenterna uppgav att det inte alltid fanns tid till det, även om det var önskvärt, möjligtvis är det något som kommer med erfarenheten, att kunna fokusera på dessa frågor, istället för de gällande uppgifter från patienten som kan påverka anestesi vilket ofta är i fokus i början av mötet och i början av karriären som anestesisyjuksköterska.

Att lindra oro

En möjlighet skulle kunna vara att använda sig av läkemedel för att sedera och därigenom lugna patienter med ökad oro men det har inte visat sig vara den mest använda metoden, utan respondenterna föredrog att först försöka finna orsaken till oron och om möjligt lindra denna. Därav kan man framhärda vikten av att finna orsaken och ta sig tid till att fråga och informera. Diverse andra åtgärder ansågs också utgöra en möjlighet, som att bedyra sin närvaro, ge beröring/ kroppskontakt för att få patienten att känna att det är någon där, som lyssnar och bryr sig om samt skapandet av en god miljö. Respondenterna i vår studie förespråkade att det var viktigt med lugn och ro kring patienten och att man ser till att patienten inte fryser. Griffin och Yancey (2009) visade att miljön runt patienten blir bättre genom att dämpa belysningen och minimera aktiviteten på salen. Att bädda in patienten med täcke så att denne inte fryser är också viktigt. Det är också av stor betydelse att relationen mellan sjuksköterska och patient är bra för att patienten inte ska känna sig utlämnad och hjälplös (a.a.). Respondenterna i utförd studie ansåg det som viktigt att skapa en lugn och trygg miljö där patienten kände sig omhändertagen och ompysslad.

En begränsning som framkom i resultatet var bristen på tid för att skapa sig en egen stund, anestesisyjuksköterska och patient emellan. Många av respondenterna efterlyste tid till detta, och ifrågasatte varför det inte är prioriterat i verksamheten Det kändes viktigt för

respondenterna att få en god kontakt för att kunna minska oron och få patienten att känna trygghet och tillit inför att bli sövd.

Något som vi inte hade kännedom före studien var, i vilken utsträckning anestesijuksköterskan gjorde en uppföljning av hur patienten vaknat upp och uppfattat anestesin. Mer än hälften uppgav, att det var något som man försökte hinna med, men att patienterna idag stannar kvar så kort tid på uppvakningsavdelningen så att de är inte kvar när anestesijuksköterskan har tid att gå dit igen. Det prioriterades dock att när det hade varit problem med mycket oro perioperativt, både för patientens som för anestesijuksköterskans skull, för att kunna göra ett avslut och diskutera vad som hände och vad som hade kunnat göras bättre.

Slutsats

Studiens resultat visade att anestesijuksköterskan strävade efter att identifiera graden av oro och anpassa omvårdnaden individuellt samt följa upp patienten på postoperativ avdelning. Anestesijuksköterskans förmåga att bemöta patienter med perioperativ oro på ett adekvat sätt är viktig att tillvarata för att kunna utveckla vårdandet utifrån var och en patients unika förutsättningar. Författarna ansåg att det var viktigt att anestesijuksköterskornas erfarenheter rörande området belystes. Det är ett ämne som är svårt att sätta ord på och ibland finns det inget direkt att ta på, utom det som brukar kallas för ”den kliniska blicken” och erfarenheten som en förmåga att fånga upp oroliga patienter i det dagliga arbetet. Operationsverksamhet är en slimmad verksamhet och det finns inte så mycket utrymme i tid om operationsprogrammet ska hålla för dagen. Framtagen kunskap om identifikation av orsaker till oro, åtgärder för att lindra oro samt förståelse för vikten av att följa upp sin omvårdningsstrategi kan bidra till anestesijuksköterskors utveckling i bemötandet av patienters oro under hela den perioperativa processen. Att bemöta patienter som är oroliga inför anestesi ingår i den perioperativa omvårdnaden, mer forskning behövs för att få evidens gällande prioritering av att identifiera och lindra oro. Förslag till vidare forskning är att undersöka anestesijuksköterskans uppfattning om vilka effekter ett pressat operationsschema tex snabbspår får på den perioperativa omvårdnaden av oro. Det skulle också vara intressant att jämföra anestesijuksköterskornas uppfattning med patienternas om vilka omvårdningsåtgärder som uppfattas som mest lindrande.

Referenser

ANIVA. (2008) *Kompetensbeskrivning anestesi*. Hämtad den 10 november 2011 från:
<http://www.aniva.se>

Carr, E., Brockbank, K., Allen, S., & Strike, P. (2006) Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *Journal of Clinical Nursing*, (15), 341-352.

Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N., Bergman, J., Iwamota, CW., Bandeira, D. (2001) Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta anaesthesiologica scandinavica*, (45), 298-307.

Cullberg, J. (1990) *Dynamisk psykiatri*. Berlings: Arlov.

Forsberg, C., Wengström, Y., (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier* Natur och kultur: Stockholm

Gallagher, R., Trotter, R., & Donoghue, J. (2010) Preprocedural concerns and anxiety assessment in patients undergoing coronary angiography and percutaneous coronary interventions. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, (9), 38-44.

Gilmartin, J & Wright, K. (2008) Day surgery: patients felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of clinical nursing*, (17), 2418-2425.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness *Nurse Education Today* (24), 105-112

Griffin, A. T., Yancey, V. (2009) Spirituell dimensions of the perioperative experience. *AORN Journal*, 89(5), 875-82.

Halldin & Lindahl (2008) *Anestesi*. Stockholm: Liber.

Hartman, J. (2004) *Vetenskapligt tänkande, Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Hellmuth L. (2005) Anestesijsjuksköterskans historia, yrkesområde och funktioner. Hovind, L., (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. (s. 13-18). Lund: Studentlitteratur.

Helsingforsdeklarationen. VMA declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects. The World Medical Association (VMA, 2008). Hämtad den 2 januari, 2012 från: <http://www.wma.net/>

Hestnes, M., & Espe, K. (2005) Luftvägar och ventilation. L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad*. (s. 127-148). Lund: Studentlitteratur.

Hochschild, A.R (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *The American Journal of Sociology*, 85 (3), 551-575.

Killander, E., Modig, G., & Nilsson G. (1999) *Tro på patienten – behandling av tumörrelaterad smärta*. Lund: Studentlitteratur

King C. E. (2000) Healing pathways through energy work in the perianesthesia care setting *CRNA*, (11), 180-185.

Kvale, S (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, S (2008) (red:Halldin & Lindahl). *Anestesi*.(s.202). Stockholm: Liber.

Leventhal, H., & Scherer, K. (1987) The Relationship of Emotion to Cognition: A Functional Approach to a Semantic Controversy. *Cognition and Emotion*, 1(1), 3-28.

Lindvall & Von post (2000) *Perioperativ vård – den perioperativa vårdprocessen*. Lund: Studentlitteratur.

Lundberg, D (2008) (red:Halldin & Lindahl). *Anestesi*.(s.197). Stockholm: Liber.

Lundén, M. H., Bengtsson, A. & Lundgren, S. M., (2006) Hours During and After Coronary Intervention and Angiography. *Clinical Nursing Research*. (15), 274.

Lundman, B., Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M. & Höglund Nielsen B.,(red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Mitchell M. (2009) Generell anaesthesia and day-case patients anxiety. *Journal of advanced nursing*, 66(5), 1059-1071.

Orlando, I.J. (1961). *The Dynamic Nurse-Patient Relationship*. New York, 1990.

Osborn, T. & Sandler, N. (2004) The Effects of Preoperative Anxiety on Intravenous Sedation. *Anaesthesia Progress*,(51), 46-51.

Paterson, J. & Zderad, L. (1976) *Humanistic nursing*. Liselott Rooke., (red) *Omvårdnad.Teoretiska ansatser I praktiskverksamhet*. (s.169-174) Stockholm: Liber.

Phillips Roger, B. (1961) The art of preparing the patient for anesthesia. *Anesthesiology*, (22), 548-554.

Polit, D. F., Beck, C. T. (2004) *Nursing research, Principles and methods* (7th edition). Philadelphia: Lippincot.

Polit, D. F., Beck, C.T. (2008) *Nursing research, Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th edition). Philadelphia: Lippincot.

Routasalo P. (1999) Physical touch in nursingstudies: a litterature rewiev. *Journal of advanced nursing*, 30(4), 843-850.

Schreiber R & MacDonald M (2009) Keeping vigil over the patient: a grounded theory of nurse anesthesia practice. *Journal of advanced nursing*, 66(3), 552-561.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.

Hämtad den 21 januari 2012 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Stein R. H (1995) The perioperative nurses role in anesthesia management. *Aorn Journal*, 62(5), 794-804.

Thoits, P. (1989). The Sociology of Emotions. *Annual Review of Sociology*, (15), 317-342.

Tomey A. M & Alligood M. R. (2002) *Nursing Theorists and their work*, 5th edn. Mosby, Toronto.

Van den Berg A. A., Chitty D. A., Jones R. D., Sohel M. S., & Shahen A. (2005) Intravenous or inhaled induction of anesthesia in adults? An audit of preoperative patients preferences. *Anesthesia and analgesia*, 100(5), 1422-1424.

Valeberg B. T. (2005). Patienter i generell anestesi. Hovind L (red.) *Anestesiologisk omvårdnad* (s.49-56). Lund: Studentlitteratur.



INFORMATIONSBREV

2012-01-30 Bilaga 1

LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Till verksamhetschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien
anestesisjuksköterskors erfarenheter av att möta patienters oro
perioperativt

Vi är två sjuksköterskor som studerar vid specialistprogrammet med inriktning till anestesisjuksköterska vid Lunds universitet, Medicinska fakulteten. Vi planerar genomföra en kvalitativ studie. Syftet med detta är att belysa vilka erfarenheter anestesisjuksköterskan har av oro hos patienten perioperativt.

Studiens resultat belyser sjuksköterskans möjligheter och svårigheter att lindra oro perioperativt för att bidra till en ökad insikt om betydelsen att lindra oro hos patienter.

Vi planerar intervjua fem anestesisjuksköterskor som arbetat med anestesisjukvård minst sex månader. Fem kuvert med informationsbrev och samtyckesblankett kommer att delas ut.

Varje intervju beräknas ta cirka 30 till 45 min och kommer att spelas in på band. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt och förstöras efter ett år.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning anestesisjukvård.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Namn Student
Agneta Nilsson
Tfn: 073-2000415
e-post:
agneta.nilsson.615
@student.lu.se

Namn Student
Annika Jönsson
Tfn: 073-4369210
e-post:
annika.jonsson.617
@student.lu.se

Handledare
Ing-Mari Chekol
Tfn: 070-3704371
e-post:
Ing-Marie.Chekol@med.lu.se

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Titel på studien: Anestesisjuksköterskors erfarenheter av att möta patienters oro perioperativt

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

INFORMATIONSBREV

2012-01-31

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Information till deltagare

Anestesisjuksköterskors erfarenheter av att möta patienters oro
perioperativt

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie.

Vi är två sjuksköterskor som studerar vid specialistprogrammet med inriktning till anestesisjuksköterska vid Lunds universitet, medicinska fakulteten. Vi planerar att genomföra en kvalitativ studie. Syftet med detta är att belysa anestesisjuksköterskans erfarenheter av oro hos patienter perioperativt.

Studiens resultat belyser sjuksköterskans möjligheter och svårigheter att lindra oro perioperativt för att bidra till en ökad insikt över betydelsen att lindra oro hos patienter.

Vi planerar intervjua tio anestesisjuksköterskor som arbetat med anestesisjukvård minst 6 månader. Varje intervju beräknas ta cirka 30 till 45 min. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Ett år efter examination kommer inspelningen att förstöras.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller medföra några konsekvenser för Din kontakt med författarna. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten och lägga denna i anvisat postfack i ett slutet kuvert inom en vecka.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning anestesisjukvård

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss, vår handledare.

Med vänlig hälsning

Namn Student
Agneta Nilsson
Tfn: 073-2000415
e-post:
agneta.nilsson.615
@student.lu.se

Namn Student
Annika Jönsson
Tfn: 073-4369210
e-post:
annika.jonsson.617
@student.lu.se

Handledare
Ing-Mari Chekol
Tfn: 070-3704371
e-post:
Ing-Marie.Chekol@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”Anestesisjuksköterskans erfarenheter av att möta patienters oro perioperativt”

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

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer

Frågeformulär

Bakgrundsfrågor

Kort beskrivning; kön _____
ålder _____
antal tjänstgöringsår som anestesijuksköterska _____

Inledande fråga

Berätta om dina erfarenheter av oroliga patienter.

Fördjupningsfrågor

1. Vilka omvårdnadsåtgärder vidtar du om patienten verkar orolig perioperativt?
2. Berätta om din erfarenhet av patienter som är lugna och tillfreds vid anestesi
3. Hur ställer du dig till att använda läkemedel för att lindra oro?
4. Hur påverkar patientens diagnos graden av oro?
5. Går du in och följer upp hur uppvaknandet har varit och hur patienten uppfattat anestesi?

Finns det något ytterligare som du vill tillägga?

Tack för din medverkan!