



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Anestesisjuksköterskors erfarenheter av att reducera patienters preoperativa oro

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Anna Novikova & Benedicte Pugerud Ekrem

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Hösten/Våren 2015-2016

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

Anestesisjuksköterskors erfarenheter av att reducera patienters preoperativa oro

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Anna Novikova & Benedicte Pugerud Ekrem

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Hösten/Våren 2015-2016

Abstrakt

Problembeskrivning: Mer än 60 % av patienter upplever oro inför ett kirurgiskt ingrepp. Oron påverkar patientens hälsotillstånd på ett ogynnsamt sätt under hela perioperativa perioden. **Syfte:** Att undersöka anestesisjuksköterskors erfarenheter av att reducera patienters preoperativa oro. **Metod:** En empirisk kvalitativ intervjustudie. Nio anestesisjuksköterskor deltog. **Resultat:** Anestesisjuksköterskor minskade den preoperativa oron genom interaktion där patienten var i fokus. Interaktionen byggde på en relation till patienten samt anestesisjuksköterskors arbete för att skapa behaglig miljö runt individen. I relationen till patienten reducerade anestesisjuksköterskor oron genom att välja mellan olika förhållningssätt och kommunikativa strategier samt främja patientens delaktighet utifrån individens upplevelser och behov. Genom att samarbeta med det perioperativa teamet och anhöriga samt ändra fysiska miljöfaktorer skapade anestesisjuksköterskor behaglig miljö runt individen med syfte att reducera patientens oro. **Konklusion:** Anestesisjuksköterskan spelar en viktig roll i reduktion av den preoperativa oron. Dock finns det ett behov av organisatoriska förändringar för att underlätta anestesisjuksköterskans arbete med att minska patientens oro.

Nyckelord

Anestesisjuksköterska, miljö, interaktion, oro, patient, reducera, relation.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	3
Perspektiv och utgångspunkter	3
Preoperativ oro	4
Farmakologisk behandling av preoperativ oro	5
Omvårdnadsåtgärder som vidtas för att minska patientens preoperativa oro	6
Syfte	7
Definition	7
Metod	8
Urval	8
Instrument	9
Genomförande av datainsamling	9
Analys av data	10
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	13
Upprätta en relation till patienten	14
Ta hänsyn till den oroliga individens upplevelser och behov	14
Främja patientens delaktighet	15
Ha olika förhållningssätt	16
Kommunicera verbalt	17
Ha en icke verbal kontakt	19
Skapa behaglig miljö runt individen	19
Ändra fysisk miljö	19
Samarbeta med det perioperativa teamet	20
Ha anhöriga som resurs	21
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	25
Upprätta en relation till patienten	25
Skapa behaglig miljö runt individen	28
Konklusion och implikationer	29
Referenser	31
Bilaga 1(2)	35
Bilaga 2(2)	36

Problembeskrivning

Året 2014 genomfördes 825 137 kirurgiska ingrepp i slutenvård i Sverige (Socialstyrelsen, 2015). Bakom dessa siffror står individer med sina unika upplevelser och vårderfarenheter. En samlad faktor för många av dessa människor kan vara deras oro kring den planerade operationen. Oro och rädsla för det okända är en naturlig reaktion i en ny psykiskt påfrestande situation till exempel ett kirurgiskt ingrepp (Baily, 2010).

Orosproblematiken är omfattande bland patienter som väntar på operation oberoende av bakomliggande diagnosen (Hollaus, Pucher, Wilfing, Wurning & Prudin, 2003). Mer än 60 % av vuxna patienterna uppger psykiskt obehag till olika grad inför planerade kirurgiska ingrepp (Boker, Brownell & Donen, 2002).

Preoperativ oro betraktas som ett problem ur flera synpunkter. Oro påverkar patientens fysiologiska status på ett ogynnsamt sätt (Lilja, Ryden & Fridlund, 1998). Takykardi, vasokonstriktion, ventrikelretention med åtföljande illamående och kräkningar är orosbetingade somatiska symtom (Jacquet et al., 2006). En ångestfylld patient behöver större doser sedativa alternativt anestetiska läkemedel (Stirling, Raab, Alder & Robertson, 2007). Förhöjda doser innebär högre risk för komplikationer under narkos (a. a.). Stark oro före operation ökar risken för smärtproblematik. Detta leder till ett större behov av analgetika med postoperativa respiratoriska komplikationer som följd (Spaulding, 2003; Stirling et al., 2007). En smärtpåverkad patient har sämre förutsättningar för tidig mobilisering. Risken för trombos och obstipation ökar i detta fall (a. a.). Det finns ett samband mellan oro och förhöjd risk för infektioner enligt Starkweather, Witek-Janusek, Nockels, Peterson och Mathews (2006).

Eftersom oroliga patienter löper risk att drabbas av allvarliga orosbetingade komplikationer är det angeläget att reducera oro (Jacquet et al., 2006; Hollaus et al., 2003). Dessutom visar nutidens studier att minskning av oro inför operation leder till ett bättre resultat av kirurgisk behandling samt kortare vårdtider (Lee, Chui & Gin, 2003; Fekrat, Sahin, Yazici & Aypar, 2006).

Premedicinering med anxiolytika och kommunikativa strategier används av sjukvårdspersonalen med syfte att lindra patientens oro (Stirling et al., 2007). Carroll, Gullinan,

Clarke och Davis (2012) menade att det fanns ett behov av vidare forskning kring omvårdnadsåtgärder som vidtogs för att minska patientens oro i direkt anslutning till en operation. Anestesisjuksköterskan, vars ansvarsområde är patientens perioperativa vård, ska förebygga och behandla diverse patologiska tillstånd inklusive den preoperativa oron (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Behovet av vidare forskning samt anestesisjuksköterskans roll i reducering av patientens oro inför ett kirurgiskt ingrepp ansågs som argument för föreliggande studien.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Studiens epistemologiska utgångspunkt var anestesisjuksköterskans professionella verklighetsbild det vill säga hennes kunskaper om hur patientens preoperativa oro kunde minskas. Epistemologi definieras som en gren inom filosofi som har fokus på kunskapens essens och källa medan inom ontologi ställs frågan om hur ting är beskaffade och vad deras sanna natur är (Lundman & Graneheim, 2008). Ontologiska grunden för denna studie var synen på anestesisjuksköterskans interventioner som ett existerande fenomen.

Den föreliggande studien hade ett omvårdnadsvetenskapligt perspektiv genom sin förankring i Morses (2000) teori om *comforting*. *Comforting* utförs av sjuksköterskan vid tecken på den enskilde patientens obehag. Patienten deltar aktivt i hela vårdprocessen genom att bestämma riktning till *comforting* (a.a.). Studiens författare ansåg att detta förhållningssätt med individen i fokus skulle vara ytterst relevant när en orolig patient behövde sjuksköterskans hjälp för att reducera oron. Patientens egna resurser samt individanpassade omvårdnadsåtgärder vidtagna som respons till aktuella vårdbehov är utgångspunkter för anesthesiologisk omvårdnad i övrigt (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Med detta resonemang relaterades Morses (2000) teori till studiens problemområde.

Morse (2000) använder två begrepp *comfort* och *comforting*. Orden hör till olika ordklasser men benämner ett och samma fenomen *comfort* (Kolcaba & Wilson 2002). Morse (2000) definierar *comfort* som sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder vidtagna som respons till patientens upplevelse av obehag. Sjuksköterskans arbete genomförs med syfte att minska det

upplevda obehaget (a.a.). *Comfort* översätts till svenska som *komfort* (Komfort, u.å.). Studiens författare använde ordet *komfort* för att undvika ett överflöde av termer och eventuellt missförstånd.

Sjuksköterskan ger komfort det vill säga utformar omvårdnadsåtgärder utifrån patientens individuella behov och resurser (Morse, 2000). Komfort kan ses som en process med kort- och långsiktiga mål. När sjuksköterskan minskar patientens obehag och hjälper individen att hantera en besvärlig situation uppnås det kortsiktiga målet. Långsiktiga åtgärder bygger på individens egna resurser samt sjuksköterskans förmåga att uppmuntra patienten att komma över obehaget när det inte kan reduceras momentant (a.a.).

Morse (2000) menar att komfort är en dynamisk process som inleds med identifiering av tecken på att patienten upplever obehag och följs av omvårdnadsåtgärder samt utvärdering. Patienter kan uttrycka sig verbalt eller med hjälp av kroppsspråk. Fysiologiska reaktioner sådana som förhöjt eller sjunkande blodtryck kan tolkas som tecken på obehag. Teoretikern föreslår en rad omvårdnadsåtgärder vars syfte är att minska nivå av patientens besvär. Beröring och information är exempel på direkta interventioner. Genom att ändra fysisk miljö runt patienten kan sjuksköterskan minimera individens upplevelse av obehag indirekt. Genom utvärdering väljer sjuksköterskan ut optimala strategier som dock är individuella och kontextberoende (a.a.).

Preoperativ oro

För att kunna minska patientens oro ska anestesisjuksköterskan ha kunskaper om själva fenomenet samt orsaker till att patienter känner sig ängsliga. Det finns ett antal olika definitioner av oro i dagens forskning. I vissa studier beskriver patienter sin oro som en generell känsla av obehag (Mc Cleane & Cooper, 1990; Whitley, 1994). Otillräckligt informerade patienter oroar sig för det okända (Feuchtinger et al., 2013; Spaulding, 2003). I andra studier definieras oro som en obehaglig känsla kring konkreta händelser och ting (Boker et al., 2002; Feuchtinger et al., 2013; Haugen et al., 2009). Patienterna är tvungna att befinna sig i sjukhusmiljön som upplevs som främmande och oroväckande (Ozalp, Sarioglu, Tuncel, Aslan & Kadiogullari, 2003; Spaulding, 2003). Larmljud samt buller som uppstår vid olika manipulationer inne på operationssalen ökar patientens psykologiska obehag (Haugen et al.,

2009). Patienten känner sig orolig inför ingreppet och anestesi samt eventuella perioperativa komplikationer och död (Boker et al., 2002; Feuchtinger et al., 2013). Att se sin kropp förändrad samt att förlora kontroll över situationen är tankarna som bidrar till att ängslan träder fram (Grieve, 2002; Ozalp et al., 2003).

Ett antal faktorer predisponerar för preoperativ oro bland annat ung ålder, högre utbildning, depressiva besvär, rökning och kvinnligt kön (Caumo et al., 2001; Jatar & Khan 2009).

Alla ovannämnda argument talade för fenomenets komplexitet. Predisponerande faktorer och individuella skillnader i upplevelsen av oro samt eventuella orosbetingade komplikationer krävde individanpassade interventioner vars syfte var att minska patientens psykologiska och fysiologiska obehag.

Farmakologisk behandling av preoperativ oro

Enligt Carroll et al. (2012) används premedicinering med lugnande läkemedel med en viss återhållsamhet. Studiens resultat visade att enbart 4 % (n=3) av patienterna med orosproblematik fick låga doser bensodiazepiner före planerade ingrepp (a. a.). Walker och Smith (2009) menar att försiktighet med premedicinering med anxiolytika beror på att det finns en viss risk för eventuell förlängning av patientens sjukhusvistelse till följd av läkemedlens sedativa effekt. Frågan är omtvistad särskilt inom dagkirurgi (a.a.). Abdul-Latif, Putland, McGluskey, Meadows och Remington (2001) kom fram till att tidsskillnad för postoperativ vård av patienter som hade fått premedicinering med anxiolytika och kontrollgruppen var obetydlig (120 respektive 124 minuter).

Midazolam har bättre anxiolytisk effekt hos patienter som upplever oro av högre grad jämfört med patienter med lindrig alternativt måttlig oro (Bernard, Faintreny, Leinhart & Souron, 1996). Dessutom reduceras incidensen för postoperativt illamående efter intaget av Midazolam ($p=0,03$) (Bauer, Dom, Ramirez & O'Flaherty, 2004). Patienterna som får preoperativ sedering med Propofol eller Diazepam känner sig nöjda med hela perioperativa förloppet samt är mindre oroliga (Murdock & Kenny, 1999; Wittenberg et al., 1998).

Omvårdnadsåtgärder som vidtas för att minska patientens preoperativa oro

Det är ett stort behov av interventioner vilka sjuksköterskan kan bruka för att reducera patientens preoperativa oro (Cheng- Hua et al., 2010). Dessa åtgärder inkluderar psykologiska förberedelser inför ett kirurgiskt ingrepp och information samt symptomatisk behandling (a.a.). Dessutom praktiseras ett antal andra interventioner sådana som beröring och emotionellt stöd (Carroll et al., 2012).

Redan under 1950- talet aktualiserades frågan om att preoperativ information kunde användas för att minska patientens oro (Lilja et al., 1998). Ett antal nutida studier visar att upplysning om perioperativa perioden kan reducera orosproblematik (Jlala, French, Foxall, Hardman & Bedford, 2010; Ng, Chau & Leung, 2004)

Genom information om pre-, intra-, och postoperativt förlopp i kombination med möten med avdelningspersonalen och möjlighet att bekanta sig med sjukhusmiljön minskas orosproblematik hos samtliga patienter som ska genomgå total höftplastik (Spaulding, 2003). Generell och detaljerad information om hela perioperativa processen korreleras med statistiskt signifikant reduktion av oro hos patienter som genomgår orala kirurgiska ingrepp under lokal anestesi ($P=0,01$) (Ng et al., 2004). Information har emotionella och kognitiva aspekter (Bailey, 2010). Känslomässiga moment är av större vikt i frågan om patientens oro (Reiser & Schroder, 1980). Möjligheten att reducera orosproblematik blir större om informationen levereras av sjukvårdspersonalen som patienten har en tillitsfull relation med (Simons & Pardes, 1983; Spaulding, 2003).

Bailey (2010) menade att sjuksköterskor som hade hand om patienter på en operationsavdelning var experter inom olika områden. Perioperativa teamet inklusive anestesijuksköterskor har kunskaper om sjukhusmiljön och själva ingreppet samt patientens upplevelser genom att vara nära patienten på ett emotionellt sätt (a.a.). Elsass, Duedahl, Friis, Möller och Sörensen (1987) betraktade anestesijuksköterskans interventioner riktade mot patientens oro som mer effektiva jämfört med läkarens åtgärder. Informationen som anestesijuksköterskor lämnar till patienter är av bredare spektrum och handlar om förloppet före, under och efter narkos (a.a.). Läkaren fokuserar sig mest på identifiering av riskpatienter ur anesthesiologisk synpunkt samt val av lämpligt narkosmedel (Lilja et al., 1998).

Oro ses som en unik individuell upplevelse (Lilja et al., 1998). Fenomenets komplexitet ställer krav på val och innehåll av informationen som ska ges till en patient (a.a.). Ett stort behov av individanpassad och kontextuell information var resultatet i flera studier (Caldwell, 1991; Lilja et al., 1998). Detaljerad preoperativ information korreleras med en högre nivå av oro hos cancersjuka patienter jämfört med patienterna som väntar på total höft plastik operation ($P < 0,01$) (Lilja et al., 1998). I en annan studie ville cancerdrabbade patienter inte ha någon utförlig information för att detaljer kring planerade ingrepp upplevdes som stress moment (Caldwell, 1991).

Användning av distraherande tekniker sådana som musik och television har ett samband med med sänkt nivå av preoperativ oro (Cheng-Hua, Wei-Her, Liang-Ming, Cning-Chiu & Yi-Chung, 2010; Becalloni, 2011; Mayne & Bagaoisan, 2009). Kostnadseffektivitet och låg biverkningsprofil är klara fördelar som musik hade (Becalloni, 2011).

Syfte

Studiens syfte var att undersöka anestesijuksköterskors erfarenheter av att reducera patienters preoperativa oro.

Definition

Studiens författare definierade den preoperativa oron med utgångspunkt i resultat av tidigare forskning. Sammanfattningsvis innebar patientens preoperativa oro en generell känsla av obehag och rädsla inför något okänt eller en konkret händelse som patienten förväntade sig att inträffa i samband med det planerade kirurgiska ingreppet (Mc Cleane & Cooper, 1990; Feuchtinger et al., 2013; Haugen et al., 2009).

Metod

En vetenskaplig metod var vägen till forskningens mål (Kvale & Brinkmann, 2014). Med andra ord valdes en viss metod utifrån målet som forskarna hade framför sig (a.a.). Den föreliggande studiens mål var att få kunskaper om anestesijuksköterskors erfarenheter av att reducera patienters preoperativa oro. Människans erfarenheter och upplevelser stod i fokus för kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2010). Kvale och Brinkmann (2014) definierade intervju som en av de mest lämpliga metoderna för att få kunskaper om erfarenheter av ett visst ämne. Med detta resonemang valde studiens författare att göra en kvalitativ empirisk intervjustudie. Dataanalysen utfördes inom ramar för induktiv ansats som innebar analys av transkriberade intervjuer utan i förväg utarbetade modeller eller teorier (Lundman och Graneheim, 2008).

En pilotstudien genomfördes av författarna två månader före intervjustudiens start. En anestesijuksköterska som var en vän till en av studiens författare intervjuades. Resultaten av pilotstudien användes inte vidare i analysen.

Under studiens gång fick författarna hjälp av handledaren. En gemensam diskussion av pilotstudiens resultat där handledaren och författarna deltog genomfördes. Dessutom gick handledaren igenom metod-, resultat- och diskussionsdelarna vid flera tillfällen för att därefter rekommendera eventuella ändringar och korrigeringar.

Urval

Den föreliggande studiens inklusionskriterier gällde för en stor grupp informanter. Intervjupersonerna skulle ha tjänstgjort som anestesijuksköterskor i minst ett halvt år och vara av olika åldrar och båda kön.

Tolv verksamma kvinnliga anestesijuksköterskor önskade att delta i studien. Samtliga eventuella deltagare uppfyllde studiens inklusionskriterier. Tjänstgöringstider varierade mellan två till 38 år. Två deltagare sjukanmälde sig och en deltagare var bortrest den dagen som

intervjuerna skulle genomföras. Således blev det ett bortfall i form av att tre personer inte hade deltagit. Nio anestesijuksköterskor intervjuades.

Instrument

Studiens metodologiska instrument var forskningsintervju. Kvale och Brinkmann (2014) menade att syftet med en forskningsintervju var att få förståelse av studiens ämne ur informanternas perspektiv. Studiens författare påbörjade varje intervju med att be intervjupersonen om att berätta om sina erfarenheter och upplevelser av ett konkret möte med en orolig patient. Kvale och Brinkmann (2014) definierade den typen av frågor som fokusering. Genom att svara på dessa öppna frågor fick intervjupersoner en möjlighet att fokusera sig på de momenten som de upplevde som relevanta och betydelsefulla inom det aktuella problemområdet (a.a.). Sedan tillfrågades studiens deltagare om orsaker till patienters oro samt orosbetingade beteenden. Därefter svarade informanterna på frågan om hur de reducerade patienters oro allmänt samt hur patienter svarade på dessa åtgärder. Författarna använde öppna och semistrukturerade frågor som hade formulerats i förväg (bilaga 1). Enligt Polit och Beck (2010) stimulerades intervjupersonen till att berätta om sina erfarenheter i fri form när öppna och semistrukturerade frågor användes. Uppföljnings- och sonderande frågor ställdes av författarna för att få mer detaljerad och tydlig information.

Båda studiens författare närvarade vid alla intervjuer och turades om rollen som intervjuaren. Tiden för intervjuerna varierade mellan 30 minuter och en timme. Efter varje avslutat samtal diskuterade författarna om de hade uppfattat intervjun på samma sätt.

Genomförande av datainsamling

Intervjuerna genomfördes på två operationsavdelningar i södra Sverige under våren 2016 för att undersöka anestesijuksköterskors erfarenheter av att reducera patienters preoperativa oro. Författarna hade kontaktat verksamhetscheferna på ovannämnda avdelningar för att informera om den planerade studien samt erhålla deras samtycken till studiens genomförande. Efter att studiens författare hade fått ett rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) samt godkännanden av verksamhetscheferna och enhetscheferna, placerades

informationsbrev om studiens syfte och metoder på anslagstavlor på operationsenheterna. Anestesisjuksköterskor som önskade att delta i studien fick anmäla sig genom att skriva under och lämna in samtyckesblanketterna till enhetscheferna. Därefter bestämde enhetscheferna i samråd med studiens deltagare och författare datumen för intervjuerna. Samtliga intervjuer genomfördes i konferensrum på avdelningarna under arbetstid (dagtid).

Intervjuerna spelades in på författarnas mobila telefoner och transkriberades med hjälp av surfplattor samma dag som intervjuerna ägde rum. Pauser och emotionella uttryck registrerades inte för att analysmetoden som författarna skulle använda byggde på analys av olika meningsbärande enheter i texten. Språklig analys där pauser och betoningar hade relevans var inte aktuell för denna studie. Studiens författare printade ut transkriberade intervjuer för att underlätta vidare analys av textens innehåll.

Analys av data

Innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) användes för att analysera den insamlade datan. Genom innehållsanalys påvisades det undersökta fenomenets variation det vill säga skillnader och likheter i innehållet (a.a.).

Graneheim och Lundman (2004) såg innehållsanalysen som en stegvis process som innebar tolkning av textens synliga innehåll (manifest analys) och tolkning av innehållet som inte syntes på ytan (latent analys). Inom ramar för den manifesta analysen identifierades meningsbärande enheter för att därefter kondenseras och koder. Koder bildade subkategorier vilka i sin tur grupperades under kategorier utifrån gemensamma innehållsmässiga förhållanden, det vill säga likheter i innehållet. Koder och subkategorier som hade olika innehåll (skillnader i innehållet) skulle inte grupperas under en och samma subkategori respektive kategori. Latent analys resulterade i identifiering av ett tema som återspeglade en djup mening i innehållet av samtliga kategorier (a.a.)

Studiens författare använde texten med transkriberade intervjuer i pappers form som en analysenhet. Författarna hade var sin kopia av analysenheten. Analysen påbörjades med att författarna läste analysenhetens text var för sig med syfte att identifiera meningar eller hela stycken som var relevanta för studiens syfte (se exempel i bilaga 2). Graneheim och Lundman

(2004) definierade dessa textdelar som meningsbärande enheter. Meningsbärande enheter markerades med färgpennor i analysenhetens text.

Därefter diskuterade författarna egna fynd med varandra samt förkortade texter i meningsbärande enheterna till en mening eller ett stycke vid flera diskussionstillfällen. Förkortade meningsbärande enheter skrevs ner (se exempel i bilaga 2). Det steget i innehållsanalysen definierades som kondensering enligt Graneheim och Lundman (2004).

Nästa steget i analysens gång var att författarna kodade kondenserade meningsbärande enheter det vill säga beskrev innehållet i de förkortade texterna med ett ord eller en kort fras först var för sig och sedan tillsammans i en diskussion. När författarna var överens om koderna, skrevs dessa ner på ett separat blad (se exempel i bilaga 2).

Därefter genom gemensamma diskussioner sammanställde författarna flera koder som relaterade till samma alternativt liknande innehållsmässiga moment till en subkategori (se exempel i bilaga 2). Koder som skilde sig innehållsmässigt (hade skillnader i innehållet) sammanställdes inte under en och samma subkategori. Vidare skrev författarna ner listan med subkategorierna och tillsammans grupperades olika subkategorier på ett sätt så att de relaterade till samma begrepp. I dessa fall bildade en grupp subkategorier en kategori till följd av likheter i innehåll (se exempel i bilaga 2). På detta sätt formulerade författarna tre kategorier under gången av gemensamma diskussioner. Således genom identifiering av meningsbärande enheter, kondensering, kodning samt bildande av subkategorier och kategorier beskrev studiens författare analysenhetens synliga innehåll det vill säga genomförde manifest analys enligt definitionen som formulerats av Graneheim och Lundman (2004).

Analysen avslutades i en diskussion med identifiering av ett tema som förenade samtliga grupper av kategorier innehållsmässigt (se bilaga 2). Graneheim och Lundman (2004) menade att identifieringen av ett tema gjordes inom ramar för latent analys. Efter arbetsseminariet fick studiens författare formulera om kategorierna och temat enligt examinatorns och handledarens rekommendationer vilket ledde till att två kategorier och ett nytt tema definierades. Studiens resultat redovisas i tabell 1.

Forskningsetiska avvägningar

Etiska frågor som genomsyrar forskning är ett traditionellt diskussionsämne (Kvale & Brinkmann, 2014). Problematikens centrala punkt är att forskning utförs kring människans privata värld för att sedan offentliggöras. Forskaren ska resonera kring konsekvenser som undersökning kan ha för den enskilde och allmänheten. Inom hälso- och sjukvårdsforskning gäller kravet att få ett tillstånd att genomföra studien (a.a.). Med detta syfte sökte studiens författare ett rådgivande yttrande från VEN samt godkännanden från verksamhets- och enhetscheferna.

Därefter följde författarna Vetenskapsrådets (2011) riktlinjer, nämligen informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. Bladen med utförlig skriftlig information om studiens syfte, metod samt författarnas kontaktuppgifter placerades på informationstavlor på operationsenheterna. Samtyckeskravet uppfylldes genom att informanterna fick lämna in skriftliga samtycken till ett frivilligt deltagande. Ett samtycke från studiens deltagare var giltigt under förutsättning att de hade fått all nödvändig information om forskningens mål och metod samt eventuella risker (SFS 2003:460). Intervjupersonernas konfidentialitet säkrades genom att all information avidentifierades. Mailet med deltagarnas namn som författarna hade fått från enhetscheferna raderades efter att sista person var intervjuad. Filer med inspelade intervjuer betecknades med siffror i den ordningen som intervjuerna hade genomförts och raderades direkt efter att intervjuerna transkriberades. Filer med intervjuernas text som hade sparats på surf-plattorna togs bort strax efter att texterna hade skrivits ut. Texterna med intervjuerna som hade skrivits ut samt ifyllda samtyckesblanketter destruerades efter examinationen. Forskningsmaterialet användes enbart för vetenskapliga syften det vill säga i enlighet med nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2011).

Vid planering av intervjutillfällen tog studiens författare hänsyn till olika konsekvenser som en intervju kunde ha för en informant. Polit och Beck (2010) ansåg att personliga intervjuer var kostsamma för att informanternas privata tid togs i anspråk. Därför bestämde studiens författare i samråd med enhetscheferna och deltagarna att intervjuerna skulle genomföras på arbetstid under förutsättning att de inte skulle störa verksamhetsdrift på något sätt.

Konferensrum på var sin avdelning valdes som lokaler där intervjuerna genomfördes. En lugnare miljö där studiens deltagare och författare var ostörda skapades på ett naturligt sätt.

Studiens författare behandlade deltagarna med respekt till den enskildes tankesätt och världsuppfattning genom att ställa frågor som gällde enbart studiens syfte.

Resultat

I föreliggande studien framkom det att anestesijuksköterskorna reducerade den preoperativa oron genom interaktion där patienten var i fokus. Interaktionen byggde på att anestesijuksköterskorna upprättade en relation till patienten samt skapade behaglig miljö runt den oroliga individen.

Ta hänsyn till den oroliga individens upplevelser och behov, främja patientens delaktighet, ha olika förhållningssätt, kommunicera verbalt, ha en icke verbal kontakt definierades som subkategorier och sammanställdes under kategorin *upprätta en relation till patienten*. Subkategorierna *ändra fysisk miljö, samarbeta med det perioperativa teamet* och *ha anhöriga som resurs* bildade kategorin *skapa behaglig miljö runt individen*. *Interaktion där patienten är i fokus* formulerades som studiens tema.

Tabell 1. Översikt över uppdelning i tema, kategorier och subkategorier

Tema	Kategorier	Subkategorier
Interaktion där patienten är i fokus	Upprätta en relation till patienten	<ul style="list-style-type: none"> - Ta hänsyn till den oroliga individens upplevelser och behov - Främja patientens delaktighet - Ha olika förhållningssätt - Kommunicera verbalt - Ha en icke verbal kontakt
	Skapa behaglig miljö runt individen	<ul style="list-style-type: none"> - Ändra fysisk miljö - Samarbeta med det perioperativa teamet - Ha anhöriga som resurs

Upprätta en relation till patienten

Studiens resultat tydde på att anestesijuksköterskorna hade erfarenheter av att reducera patientens preoperativa oro genom att upprätta en relation till patienten. I denna relation fokuserade studiens deltagare på den oroliga individens upplevelser och behov samt främjade patientens delaktighet. Samtidigt hade intervjupersonerna olika förhållningssätt i relationen med den oroliga patienten beroende på den unika situationen. Anestesijuksköterskorna använde verbal och icke verbal kommunikation med syfte att minska patientens oro.

Ta hänsyn till den oroliga individens upplevelser och behov

Studiens deltagare hade erfarenheter av att patientens oro inför ett kirurgiskt ingrepp var en unik upplevelse med många individuella faktorer som spelade in. Därför tog anestesijuksköterskorna hänsyn till den oroliga individens upplevelser och behov i sitt arbete med att reducera den preoperativa oron. Intervjupersonerna menade att patienter uttryckte oro på olika sätt samtidigt som att det fanns ett stort antal orsaker som låg bakom detta fenomen. Anestesijuksköterskorna upplevde att vissa patienter var rädda för att de aldrig skulle vakna efter narkos eller att de skulle få svåra smärtor och plågsamt illamående efter operationen. Enligt studiens deltagare upplevde patienter den främmande operationsmiljön och bytet av anestesiform, i dem fallen det förekom, som något obehagligt. Informanterna hade erfarenhet av att orsaker till att patienter blev helt tysta eller tvärtom onaturligt pratsamma var oron och känslan av att ens liv lämnades över till andra.

Ja, men pratar väldigt mycket, forcerad patient, glad och lite oviss i sina rörelser. Det beror oftast på att man är egentligen jätte rädd. (4)

Studiens deltagare hade inte erfarenhet av att det fanns någon särskild riskgrupp, det vill säga patienter som löpte högre risk att drabbas av den preoperativa oron. Patienter som oftast upplevdes som mer oroliga var gynekologiska patienter och ungdomar. Samtidigt upplevde informanterna att manliga patienter ofta var oroliga trots att de förnekade orosproblematiken. Individer med psykiska besvär sedan tidigare samt dementa sågs som speciella patientgrupper i sig vilket krävde särskild uppmärksamhet från intervjupersonernas sida.

Studien påvisade erfarenhet av att göra en individuell bedömning av patientens behov av lugnande mediciner. Anestesisjuksköterskorna använde läkemedel med sedativ effekt för att minska patientens oro i situationer då patienter uttryckte behov av att få lugnande läkemedel samt när alla andra lugnande tekniker var uteslutna. Propofol, Fentanyl, Midazolam och en kombination av dessa läkemedel användes oftast.

Det ska man inte få glömma att man har läkemedelsbiten när man har en svår situation. (7)

Främja patientens delaktighet

Enligt studiens deltagare var en delaktig patient en lugn patient. Det framkom erfarenhet av att främja patientens delaktighet genom att involvera individen i vårdarbetet och hjälpa patienten att använda egna resurser för att reducera den preoperativa oron.

Att jag (som patient) kan gå in och sätta mig ner där så att jag känner mig bekväm. Så att man är med och styr över situationen så mycket som möjligt tror jag också skapar trygghet. (7)

Samtidigt främjade anestesisjuksköterskorna patientens delaktighet genom att ge sig och patienten tid att prata om den eventuella oron och dennes orsaker. Intervjupersonerna menade att detta kunde innebära vissa svårigheter på grund av den tidsbristen som många upplevde på operationsenheter. Informanterna tyckte att anestesisjuksköterskor som träffade patienter på en preoperativ mottagning hade tillräckligt mycket tid för att prata med patienterna och främja deras delaktighet på detta sätt. Ett annat exempel på situationer när anestesisjuksköterskorna upplevde tidsbristen som mindre påtaglig var tillfällena när patienter opererades i vaket tillstånd. Då var intervjupersonerna hos individen hela tiden för att bland annat prata och hjälpa patienten att känna sig mindre orolig.

Studiens deltagare menade att patienten själv kunde minska sin oro med hjälp av andningstekniker. Det relaterades till gravida kvinnor. Informanterna reducerade patientens oro genom avledning då unga och vuxna kirurgiska patienter deltog aktivt i det som skedde runt omkring.

Däremot om jag har en orolig patient som tycker att det är väldigt jobbigt att ha en mask över näsan så kan man fråga om han vill hålla den själv. (1)

Men för ett oroligt barn... får bestämma lite... Man har kanske två masker... En färgglad och en vanlig så kan de bestämma vilken de vill ha. (8)

Ha olika förhållningssätt

Studiens deltagare hade erfarenheter av att reducera patientens oro genom att ha olika förhållningssätt beroende på den unika situationen, nämligen patientens individuella behov och beteende. Anestesisjuksköterskorna kände av patientens sinnesstämning på ett intuitivt sätt samtidigt som att de använde den kliniska blicken för att kunna tillgodose den ängsliga individens behov.

Man är den förstående, man är den moderliga så ibland kan man vara lite hurtfrisk och lite så...alltså där det passar. (6)

Informanterna reducerade den preoperativa oron genom att vara ärliga och äkta i mötet med den oroliga patienten. En närvarande sjuksköterska som visade att hon fanns där för patienten var ett naturligt förhållningssätt för studiens deltagare.

Någon som är rädd känner ju av om man är ärlig, om det är äkta känslor som man förmedlar eller om man är bara så här, checkar och går på rutiner. (6)

Intervjupersonerna menade att genom att ha ett lugnt förhållningssätt hade de förutsättningar att sänka graden av individens oro redan från första stunden. När anestesisjuksköterskorna använde lugn röst och hela auran utstrålade lugnet kände patienten av det på ett naturligt sätt. Samtidigt hade informanterna erfarenhet av att det kunde vara problematiskt att agera lugnt i situationen med ett högt arbetstempo och ett antal stressfaktorer runt omkring.

Studiens deltagare upplevde att den kompetenta anestesisjuksköterskan som kände sig säker på ett professionellt plan ingav känslan av trygghet till den oroliga patienten. Genom att vara pålästa om den konkreta patientens sjukdomshistoria agerade intervjupersonerna på ett sådant

sätt att de fick förtroende i relationen med patienten vilket i sin tur hade en lugnande effekt. Studiens deltagare upplevde att patienter var mindre oroliga om de kände igen personalen som tog hand om dem.

Kommunicera verbalt

Studiens resultat tydde på att anestesijuksköterskorna reducerade patientens oro genom att prata samt fråga vederbörande. Detta gällde rutinfrågor samt allmänna samtalsämnen. Genom verbal kommunikation tog intervjupersonerna reda på om patienten var orolig eller i behov av information samt avledde och minskade oron. Anestesijuksköterskorna tänkte igenom frågorna som ställdes till patienten för att bland annat inte skapa mer oro. Dubbla frågor undveks med undantag för situationerna då patientens säkerhet hotades. Informanterna menade att det var viktigt att veta och kunna förklara för patienten varför frågorna ställdes. Intervjun med patienten skulle inte likna ett förhör utan utbytet av information skulle ske på ett naturligt och medmänskligt sätt.

Innan jag frågar om födelsedatum och kör igång med den här intervjun så frågar jag alltid, hur känner du dig? ... jag småminglar och så får jag fram uppgifterna i efterhand så blir det inte det här dramatiska. (6)

Studiens resultat pekade på erfarenhet av att anestesijuksköterskorna reducerade oron genom verbal kommunikation som skedde på patientens individuella nivå. Deltagarna upplevde att ett överflöde av medicinska termer som patienten inte var bekant med eller ord med någon negativ komponent i betydelsen kunde leda till att patientens oro förstärktes.

Just, nål, nål, det ordet man blir ju ...rädd. Du ska aldrig säga dem negativa orden... (6)

Flera intervjupersoner riktade stark kritik mot språket som användes på en operationssal. De menade att känslan av oro intensifierades om patienten sövdes ned under diskussionen om en icke fungerande utrustning. Vårdpersonal inklusive anestesijuksköterskor skulle vårda språket för att kunna minska patientens oro. Saklighet i kommunikationen med en orolig patient betraktades av informanterna som ett viktigt instrument för att reducera oron. Värderande ord som *säkert* och *klart* undvek anestesijuksköterskorna att använda för att kunna vara sakliga.

Intervjupersonerna upplevde att en välinformerad patient var en lugn patient. Vårdpersonalen ansågs som ansvarig för att informera patienten. Anestesisjuksköterskorna som tog hand om patienter på en preoperativ mottagning hade erfarenheter av att fånga upp den oroliga patienten tidigt i förloppet.

Jag är ganska mycket ute på pre-op... där kan man verkligen förklara alla steg i processen... alltså att de (patienter) vet och är väl förberedda på det som ska komma. (8)

Studiens deltagare menade att om patienten sökte information själv eller genom övriga kontakter exklusive vårdpersonalen kunde detta leda till att oron förstärktes ytterligare.

Detta med att prata med andra kan ibland... Patienter kan skrämna upp varandra. (9)

Studiens resultat visade att frågan om hur mycket information en orolig patient skulle få var mindre explicit. När patienten uttryckte viljan att ta del av vad som skedde runt honom eller henne på operationssalen informerade anestesisjuksköterskorna om det de gjorde just i detta ögonblick. Studiens deltagare hade erfarenhet av att reducera patientens oro genom att ge detaljerad information. Samtidigt tyckte informanterna att för mycket information intensifierade patientens oro.

Jag vet inte om jag tror att de (patienter) tycker att det är så kul att höra att till exempel nu ska du få en slang i halsen och det kan göra ont efteråt... Alltså varför ska de få veta för mycket? Det kan liksom vara too much. (3)

Studiens resultat visade att det fanns erfarenhet av att minska patientens oro genom den verbala avledningen. Anestesisjuksköterskorna fick ofta vara kreativa och använda fantasi speciellt i möten med oroliga barn.

Vad tycker du om färg? Jo, jag tycker om lila. Jaha, då ska vi se om det här luktar lila... Då pratar man ofta och distraherar. (8)

Ha en icke verbal kontakt

Intervjupersonerna använde taktil beröring och ögonkontakt för att bekräfta att de fanns där för den oroliga patienten vilket hade en lugnande effekt.

Och att man håller dem i handen... Och att man liksom inte filar utan att man har en lugn, fin, fast men ändå smekande beröring. Det betyder fruktansvärt mycket. (6)

Informanterna upplevde att den oroliga patientens behov och respons på beröring varierade vilket innebar att anestesijuksköterskorna kände av först om det var lämpligt att lägga sin hand på patientens axel. Med hjälp av ögonkontakt skapade studiens deltagare ett personligt möte med den oroliga patienten samt förmedlade känslan av trygghet.

Men titta dem i ögonen när.. jag säger att jag kommer att vara hos dem under operationen. (7)

Skapa behaglig miljö runt individen

Studiens resultat visade att anestesijuksköterskorna reducerade patientens oro genom att skapa behaglig miljö runt individen. Studiens deltagare hade erfarenhet av att olika yttre faktorer spelade in samt flera aktörer var delaktiga i att skapa behaglig miljö runt patienten i samarbete med anestesijuksköterskorna.

Ändra fysisk miljö

Enligt studiens deltagare var belysnings- och ljudnivå samt värme exempel på yttre faktorer som påverkade graden av patientens oro. Intervjupersonerna menade att ljud- och belysningsnivåer skulle dämpas så att patienten fick en lugn stund. Vikten av att hålla patienten varm för att minska oron togs upp av anestesijuksköterskorna.

Och något som också är så viktigt att vara lyhörd för är temperaturen, att patienten känner sig varm. (4)

Och jag brukar ju släcka ner lite, inte så att det är mörkt. Men vi har ju så hemskt ljust på salen, dimma lite. (3)

Informanterna upplevde att musik var ett viktigt instrument som de använde för att reducera patientens oro. Musiken spelades upp på en preoperativ avdelning eller under ingreppet om patienten opererades i vaket tillstånd. Studiens deltagare kunde även erbjuda patienten att ta med egen musik att lyssna på. Intervjupersonerna underströk vikten av att det skulle vara tyst under nedsövning samtidigt som att det var rogivande att lyssna på musik för en vaken patient.

Anestesisjuksköterskorna upplevde att de hade en viktig roll i skapandet av en lugn miljö på operationssalen.

Jag tycker ju att den stunden som vi har patienten i vår hand... det är jag som får bestämma hur jag vill ha det på salen. (3)

Samarbeta med det perioperativa teamet

Informanterna hade erfarenheter av skapa behaglig miljö runt den oroliga individen i samarbete med andra yrkeskategorier inom det perioperativa teamet. Studiens deltagare såg ett välfungerande samarbete i att hela teamet var förberett inför mötet med patienten. Alla moment som rörde den enskilde skulle vara utredda och diskuterade inom teamet före patienten anlände på operationssalen.

Anestesisjuksköterskorna eftersträvade ett effektivt samarbete med det perioperativa teamet inne på operationssalen samtidigt som de tog upp och diskuterade relevanta frågor på arbetsplatsträffar.

Vi är avhängiga av varandra för att vi ska göra ett bra arbete med patienten... det är aldrig fel att ta upp saker och ting. Våra arbetsplatsträffar är guld värda. (4)

Samtidigt var studiens deltagare kritiska mot den hektiska miljön inne på operationssalen för att i detta fall flyttades fokus från patientens behov av en lugn miljö till andra moment.

Informanterna upplevde att patienter blev störda av personalen som gick in och ut på salen vilket gav ett oprofessionellt intryck. Allt detta ledde till att patientens oro förstärktes.

Ha anhöriga som resurs

Anestesisjuksköterskorna hade erfarenhet av att anhörigas förhållningssätt och sinnesstämning speglade sig i patientens upplevelser. Detta gällde speciellt situationer då barn skulle opereras. När informanterna involverade anhöriga i omhändertaganden av oroliga barn hade det en lugnande effekt under förutsättningar att föräldrarna var välinformerade och kände sig trygga med sjukvårdspersonalen.

Det som är jätte viktigt när man söver barn är att man försöker att skapa en gemenskap med föräldrarna och barnen... För att det finns föräldrar som är väldigt lugna och då är barnen alltid lugna. (6)

Eller det är inte barnen direkt utan det är föräldrarna. Det gäller att ta hand om dem... Alltså är föräldrarna stressade så är barnen stressade. (9)

Studiens deltagare menade att föräldrarna kände av stämningen på operationssalen. En stressig miljö triggade igång föräldrarnas oro och detta påverkade barnens sinnesstämning.

Diskussion

Metoddiskussion

En empirisk intervjustudie var ett nytt kapitel för studiens båda författare. Frånvaro av erfarenheter av intervjuteknik hos författarna kan ses som studiens klara svaghet. Kvale och Brinkmann (2014) menar att praktiska färdigheter och ett kritiskt förhållningssätt är byggstenar i intervjuandet. Studiens författare genomförde en pilotstudie med syfte att identifiera svårigheter och eventuella framgångsrika moment under den planerade forskningens gång. Därefter diskuterades pilotstudiens resultat och aktuella metodologiska aspekter med handledaren. Diskussionen ledde till att författarna fick en klarare uppfattning av tidsperspektiv samt diverse moment inom frågeteknik. Dessa kunskaper tillämpades i efterföljande forskningen. Pilotstudiens resultat användes inte vidare i analysen på grund av att det fanns en risk för att informanten skulle formulera sina svar under påverkan av den gemenskapen som fanns mellan henne och en av studiens författare till följd av att de hade känt varandra sedan tidigare.

Forskningsmaterialet samlades in med hjälp av personliga intervjuer. Studiens författare anser att den insamlade informationen var av tillfredsställande variation, mängd och djup vilket är studiens styrka. Den slutsatsen grundar sig i deltagarnas potential att bidra med omfattande data med tanke på deras mångåriga professionella erfarenheter av studiens ämne. De flesta intervjupersonerna hade arbetat som anestesijuksköterskor i mer än tio år och enbart en deltagare hade tjänstgjort som verksam anestesijuksköterska i två år. Dessutom visade intervjupersonerna reflekterande förhållningssätt samt god kommunikativ förmåga. En del informanter angav att deltagandet i studien var givande även för dem med tanke på tillfällen att reflektera över egna erfarenheter och professionella färdigheter.

Författarna betraktar faktumet att enbart kvinnliga anestesijuksköterskor intervjuades som studiens eventuella svaghet. Studiens ämne skulle ha kunnat belysas ur ett annat perspektiv om manliga anestesijuksköterskor hade deltagit i studien.

Under intervjuernas gång fick författarna en möjlighet att pröva sig fram mellan olika roller. Det innebar att hela intervjuprocessen icke var statisk med avseende på relation mellan författarna och intervjupersonerna. Studiens författare använde öppna och semistrukturerade frågor. Lundman och Graneheim (2008) menar att författaren främjar berättandet samt skapar texten tillsammans med intervjupersonen med hjälp av öppna frågor. Dessutom fick studiens författare agera som utforskare för att få en djupare förståelse av studiens ämne. Kvale och Brinkmann (2014) beskriver utforskaren som en malmetare vars mål är att gräva ”ur intervjupersonernas erfarenheter fram klumpar av kunskap” (s.71) med hjälp av öppna frågor.

Kunskaperna som studiens författare utkristalliserade kan definieras som objektiva i den meningen att en frihet från bias hade uppnåtts under intervjuernas gång. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är en intervju biased om kunskaperna som erhållits under intervjun är förvanskade av personliga fördomar. Objektiviteten under den fortsatta analysen kunde upprätthållas genom att studiens författare använde induktiv ansats vilket innebar friheten från förutbestämda meningar. Samtidigt upplevde författarna en del svårigheter med att fullständigt lägga åt sidan egna erfarenheter som de hade fått under praktikperioderna. Frågan om riskgruppen och specifikt om barn som möjligtvis ingick i en sådan grupp av oroliga patienter var ett exempel på tillfället då intervjun som en forskningsmetod blev snedvriden. Om detta resonemang hade följts vidare skulle formuleringen av studiens ämne betraktas som förvanskad av författarnas fördom om att patienten *var* orolig inför en operation. Ett mer generellt ämne sådant som *vad kände patienten inför ett kirurgiskt ingrepp?* skulle ha valts för att författarna kunde ha haft ett helt neutralt förhållningssätt och intervjupersonerna kunde självständigt ha identifierat problemet av oroliga patienter. I detta fall skulle fokus ha riktats mot ett annat perspektiv vilket skulle innebära att studiens syfte måste ändras. Trots detta resonemang kan författarna betrakta egna förhållningssätt som objektiva i en annan bemärkelse. I enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) handlar det om reflexiv objektivitet om forskaren resonerar på ett självkritiskt sätt kring egen subjektivitet och eventuella fördomar som kan ha inverkat studiens gång.

Författarnas reflekterande förhållningssätt och förmåga att diskutera studiens utfall under tolkningsprocessen var förutsättningar för att undersökningens resultat skulle kunna definieras som trovärdiga. Lundman och Graneheim (2008) underströk betydelsen av dessa färdigheter hos deltagare i forskningsgruppen i det här sammanhanget. När forskarna förde en kontinuerlig,

konstruktiv och självkritisk dialog fick studiens resultat kommunikativ validitet enligt Kvale och Brinkmann (2009).

Tillförlitlighet av studiens resultat kan dock ifrågasättas om blicken vänds mot den traditionella definitionen av studiens tillförlitlighet inom forskning. Kvale och Brinkmann (2009) menar att om samma resultat kan reproduceras vid flera olika tillfällen av andra forskare är de erhållna resultaten tillförlitliga. Forskning inom det aktuella problemområdet kan beskrivas som bristfällig eller snarare otillräcklig för att studiens författare ska kunna hitta likadana resultat i andra studier. Generella tendenser kan dock definieras till exempel betydelse av information och diverse avledande tekniker som används för att minska patientens preoperativa oro (Cheng Hua, et al., 2010; Becalloni, 2011).

I frågan om överförbarhet av studiens resultat har författarna kommit fram till att deltagarnas mångåriga erfarenheter inom professionen och kunskapernas variation talar för att studiens resultat kan överföras till situationer inom andra kontexter till exempel orosproblematik hos patienter på andra operationsenheter eller sjukhus. Genom en detaljerad beskrivning av alla moment under forskningens gång har författarna kunnat skapa förutsättningar för att läsaren ska kunna bedöma resultatens överförbarhet (Lundman & Graneheim, 2008).

Studios författare använde innehållsanalys av Graneheim och Lundman (2004) för att analysera datan. Ett följande resonemang låg bakom formulering av temat. Utifrån studiens resultat såg författarna reducering av patientens oro som en aktiv process där anestesijuksköterskor, patienter, medarbetare i det perioperativa teamet samt anhöriga var delaktiga och interagerade med varandra. *Interaktion* som ett begrepp förenade *relation* (anestesisjuksköterskan och patienten interagerade med varandra) och *skapande av behaglig miljö* (anestesisjuksköterskan, patienten, perioperativa teamet samt anhöriga interagerade). *Patienten i fokus* var ett centralt moment i anestesisjuksköterskans *relation till patienten* och anestesisjuksköterskans arbete med att *skapa behaglig miljö runt individen*.

Resultatdiskussion

Studiens resultat visade att anestesijuksköterskan minskade den preoperativa oron genom interaktion där patienten var i fokus. Interaktionen byggde på att anestesijuksköterskan upprättade en relation till patienten samt skapade behaglig miljö runt individen. I relationen med den oroliga patienten tog anestesijuksköterskan hänsyn till individens upplevelser och behov med syfte att reducera oron. Med andra ord besvarade anestesijuksköterskan patientens upplevelse av oro med individanpassade omvårdnadsåtgärder. Med detta resonemang anser studiens författare att anestesijuksköterskans reducering av den preoperativa oron kan likställas med en komfort strategi enligt Morses definition (2000). Teoretikern menar att sjuksköterskan formar omvårdnadsåtgärder som svar på patientens individuella upplevelse av obehag. Således finner den föreliggande studiens resultat teoretiskt stöd i Morses teori om komfort (2000).

Intervjustudien visade att reducering av den preoperativa oron var en komplex process för att det var ett stort antal faktorer som spelade in till exempel anestesijuksköterskans olika förhållningssätt, samarbete med det perioperativa teamet, fysisk miljö, patientens och anhörigas delaktighet och så vidare. Komplexiteten av komfort som sjuksköterskans svar på patientens upplevelse av obehag understryks i Morses teori om komfort (2000). Teoretikern menar att komfort ska betraktas som en komplex företeelse ”Comforting. It isn’t about pillow fluffing... Comforting is broad and complex: it’s about being attuned to patients’ cues of distress and providing nursing measures to alleviate this suffering” (Morse, 2000, s.34). Trots processens komplexitet upplevde anestesijuksköterskorna att de kunde reducera patientens oro enligt studiens resultat.

Upprätta en relation till patienten

Studiens resultat var att anestesijuksköterskan behövde att upprätta en relation till patienten för att reducera individens oro. Inom ramar för denna relation använde anestesijuksköterskan olika förhållningssätt med utgångspunkt i den unika situationen, det vill säga patientens individuella behov och beteende. Enligt Morses teori om komfort (2000) uttrycker individen

sitt obehag på ett verbalt, icke verbalt samt fysiologiskt sätt. Studiens deltagare hade erfarenheter av att patienter visade oro på ett icke verbalt sätt, det vill säga genom att vara tysta och passiva. Samtidigt kunde de som uttryckte oro verbalt prata forcerat eller vara onaturligt glada. Inom ramar för den unika situationen med en orolig patient hade anestesijuksköterskan olika förhållningssätt. Anestesisjuksköterskan kunde vara lugn och närvarande samt ärlig och kompetent för att bemöta den oroliga patientens individuella behov. Morse (2000) jämför sjuksköterskan med en kameleont som betar sig på olika sätt i möten med patienter med syfte att minska deras individuella upplevelser av obehag samt besvara aktuella behov.

Den föreliggande studien visade att anestesijuksköterskan gjorde en individuell bedömning av patientens känslomässiga stämningsslag med utgångspunkt i sin professionella kompetens samt intuition. Det innebar att anestesijuksköterskan var påläst om den enskildes sjukdomshistoria och andra omständigheter samtidigt som att hon kände av patientens emotionella tillstånd och behov på ett intuitivt sätt. Att kunna läsa av patientens aktuella behov är en av centrala komponenter i Morses teori om komfort (2000). Teoretikern diskuterar kring *empathy* och *compathy* som sjuksköterskans sätt att känna av patientens behov. *Empathy* definieras som en relation där sjuksköterskan tillsammans med patienten finner orsaker till individens obehag genom att vara nära patienten på ett emotionellt plan (a.a.). Den föreliggande studiens deltagare byggde sin relation med en orolig patient på bland annat känslan av närvaro. Anestesisjuksköterskan visade att hon fanns där för patienten på ett emotionellt sätt samt identifierade orsaker till individens oro tillsammans med vederbörande genom att prata och fråga patienten. Detta motsvarar Morses (2000) definition av empatiskt förhållningssätt. *Compathy* innebär att sjuksköterskan har samma fysiologiska upplevelser som patienten just i detta ögonblick (Morse, 2000). Studiens deltagare hade ingen erfarenhet som kunde likna *compathy* enligt Morses (2000) definition.

Morse (2000) menar att patientens förtroende är ett villkor för att sjuksköterskan ska kunna besvara individens upplevelse av obehag. Intervjupersonerna menade att den kompetenta anestesijuksköterskan fick förtroende från patientens sida vilket möjliggjorde reducering av individens oro. Med detta resonemang kan studiens resultat knytas an till Morses teori om komfort (2000). Samtidigt motsvarar detta resultat praktiska rekommendationerna och målen som definierades inom ramar för kompetensbeskrivning för en anestesijuksköterska (Riksföreningen för anestesi och intensivvård och Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Enligt Riksföreningen för anestesi och intensivvård och Svensk sjuksköterskeförening (2012) är

förtroende och trygghet i relation med patienten samt anhöriga ett av målen för anesthesiologisk omvårdnad.

Studiens resultat visade att anesthesisjuksköterskan minskade patientens oro genom att främja individens delaktighet. Patientens delaktighet betraktas som en viktig komponent i vårdarbete enligt Morses teori om komfort (2000). Patienten ska bestämma riktning för omvårdnadsåtgärder som vidtas av sjuksköterskan (a.a.). Individens medbestämmande benämns som ett av grundläggande målen för anesthesiologisk omvårdnad enligt Riksförening för anesthesi och intensiv vård och Svensk sjuksköterskeförening (2012).

Även i frågan om farmakologisk behandling av oro gjorde anesthesisjuksköterskan en individuell bedömning av patientens behov av sedativa läkemedel enligt den föreliggande studiens deltagare. Studiens resultat tydde på att Propofol, Fentanyl och Midazolam användes oftast vid behov. Enligt resultat i ett antal andra studier upplever patienter en god lugnande effekt av Propofol, Midazolam och Diazepam (Bernard et al., 1996; Murdock & Kenny, 1999; Wittenberg et al., 1998).

Verbal kommunikation använde anesthesisjuksköterskan som ett instrument för att minska patientens oro enligt den föreliggande studiens resultat. Detta utfall finner stöd i Morses (2000) teori om komfort för att teoretikern menar att när sjuksköterskan informerar och förklarar förloppet för patienten använder hon en direkt komfort strategi. Studiens deltagare underströk vikten av att ge patienten individuellt anpassad information vid rätt tidpunkt. Morse (2000) resonerar på ett liknande sätt, nämligen att språket som patienten förstår och bra timing ska användas av sjuksköterskan med syfte att besvara individens upplevelse av obehag. Frågan om hur mycket information som sjuksköterskan ska ge till en orolig patient är ett omdiskuterat ämne inom forskning sedan tidigare. Lilja et al. (1998) menade att detaljerad information orsakade mer oro hos cancerpatienter. Ett antal studier visade att välinformerade patienter upplevde sig som mindre oroliga inför diverse kirurgiska ingrepp (Jlala et al., 2010; Ng, Chau & Leung, 2004). Den föreliggande studiens deltagare menade att en välinformerad patient var en lugn patient samtidigt som att för mycket information kunde förstärka oro.

Samtliga informanter tog upp vikten av beröring i frågan om reducering av patientens oro. Resultatet kan knytas an till Morses teori om komfort (2000). Teoretikern definierar lätt

beröring som en av omvårdnadsåtgärder som vidtas med syfte att besvara patientens upplevelse av obehag.

Skapa behaglig miljö runt individen

Studiens resultat tydde på att anestesijuksköterskan reducerade individens oro genom att ändra den fysiska miljön runt patienten till exempel dämpa belysningen samt hålla patienten varm. Morse (2000) menar att sjuksköterskan tillgriper indirekta komfort strategier när hon ändrar yttre miljön till en mer bekväm för patienten så att individens upplevelse av obehag reduceras. Teoretikern anger att exempel på dessa ändringar var att patienten känner sig varm och att det är en behaglig ljud- och belysningsnivå på salen (a.a.).

Studiens deltagare upplevde att det var en utmaning att hålla låg ljudnivå inne på operationssalen till följd av ett antal störande moment till exempel personalen som gick in och ut ur salen. En behaglig ljudnivå betydde inte att det skulle vara enbart tyst runt patienten. Den föreliggande studien visade att anestesijuksköterskan använde musik för att reducera patientens oro på en preoperativ avdelning eller om ingreppet utfördes i vaket tillstånd. Musikens lugnande och avledande effekt är ett resultat i diverse studier (Cheng-Hua et al., 2010; Becalloni, 2011). Den föreliggande studiens deltagare var eniga om att det skulle vara helt tyst under tiden då patienten sövdes ned.

Intervjupersonerna hade erfarenheter av att den behagliga miljön runt patienten skapades genom anestesijuksköterskans samarbete med operationsteamet. Sjukvårdspersonalen som var väl förberedd inför mötet med en orolig patient var resursen som anestesijuksköterskan använde för att minska individens oro. Bailey (2010) påpekar att medarbetare inom perioperativa teamet inklusive anestesijuksköterskor har kunskaper av ett brett spektrum samtidigt som att de står nära patienten på ett emotionellt sätt. Samtidigt upplevde studiens deltagare att stress samt tids- och personalbrist på operationsenheter försvårade anestesijuksköterskans arbete vars syfte var att reducera patientens preoperativa oro. Anestesijuksköterskan som tog hand om patienter på en preoperativ mottagning hade bättre förutsättningar att minska individens oro i detta sammanhang.

En del av studiens deltagare menade att patientens anhöriga var en viktig resurs för anestesijuksköterskan. Anestesijuksköterskan minskade patientens oro genom att samarbeta med anhöriga och involvera dem i den perioperativa processen. Detta hade en speciell betydelse vid omhändertaganden av sjuka barn. Anestesijuksköterskans samarbete med anhöriga definieras som ett av målen för anesthesiologisk omvårdnad (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård och Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Morse (2000) ser komfort som omvårdnadsprocess med kortsiktiga och långsiktiga mål. Genom uppfyllelse av kortsiktiga mål besvarar sjuksköterskan patientens specifika behov just i detta ögonblick per definition (a.a.). Studiens författare ser verbal avledning och beröring samt lugn miljö på operationssalen och läkemedel med sedativ effekt som flera sätt att reducera patientens oro kortsiktigt. Enligt Morses (2000) definition har omvårdnadsåtgärder långsiktiga mål i situationen då patientens obehag inte kan minskas momentant. Istället planerar sjuksköterskan vården tillsammans med patienten under en viss tid. Individens egna resurser samt sjuksköterskans professionella färdigheter och förhållningssätt kombineras med syfte att uppnå långsiktiga mål i detta fall (a.a.). Studiens resultat visade att anestesijuksköterskans relation med patienten och samarbete med det perioperativa teamet samt anhöriga ledde till att vårdens långsiktiga mål uppnåddes det vill säga att patienten genomgick operationen.

Konklusion och implikationer

Studios resultat visade att anestesijuksköterskan minskade den preoperativa oron genom interaktion där patienten var i fokus. Denna interaktion byggde på två huvudkomponenter, nämligen en relation mellan anestesijuksköterskan och patienten samt anestesijuksköterskans arbete för att skapa behaglig miljö runt individen. I relationen till patienten formade anestesijuksköterskan sitt förhållningssätt, verbal och icke verbal kommunikation samt främjade patientens delaktighet utifrån den oroliga individens upplevelser och behov. Genom samarbete med det perioperativa teamet och patientens anhöriga samt ändringar av yttre miljöfaktorer skapade anestesijuksköterskan behaglig miljö runt den oroliga individen.

En hög stressnivå samt tids- och personalbrist var faktorer som försvårade anestesijuksköterskans arbete med att lindra patientens preoperativa oro. Således finns det ett behov av åtgärder på organisations nivå med syfte att eliminera orsaker till hög stressnivå samt personalbrist på en operationsavdelning. Detta ska leda till att anestesijuksköterskans arbete med att reducera den preoperativa oron underlättas.

Studiens författare anser att det är angeläget att implementera studiens resultat inom ramar för den kliniska verksamheten eftersom anestesijuksköterskan har en viktig roll i reducering av patientens preoperativa oro.

Referenser

- Abdul-Latif, M.S., Putland, A.J., Mc Cluskey, A., Meadows, D.P., & Remington, S.A. (2001). Oral Midazolam premedication for day case breast surgery, a randomized prospective double-blind placebo-controlled study. *Anaesthesia*, *56*(10), 990-994. doi: 10.1111/j.1365-2044.2001.1974-2.x
- Baily, L. (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *Association of Operating Room Nurses Journal*, *92*(4), 445-460. doi:10.1016/j.aorn.2010.04.017
- Bauer, K.P., Dom, P.M., Ramirez, A.M., & O'Flaherty, J.E. (2004). Preoperative intravenous Midazolam: benefits beyond anxiolysis. *Journal of Clinical Anesthesia*, *16*(3), 177-183. doi: 10.1016/j.clinane.2003.07.003
- Beccaloni, A.M. (2011). The medicine of music: a systematic approach for adoption into perianesthesia practice. *Journal of Perianesthesia Nursing*, *26*(5), 323-330. doi: 10.1016/j.jopan.2011.05.010
- Bernard, J.M., Faintreny, A., Leinhart, A., & Souron, R. (1996). Patient-controlled premedication by i.v. Midazolam for ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *40*(3), 331-337. doi: 10.1111/j.1399-6576.1996.tb04441.x
- Boker, A., Brownell, L., & Donen, N. (2002). The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Canadian Journal of Anesthesia*, *49*(8), 792-798. doi: 10.1007/BF03017410
- Caldwell, L. (1991). The influence of preference for information on preoperative stress and coping in surgical outpatients. *Applied Nursing Research*, *4*, 177-183. doi: 10.1016/S0897-1897(05)80093-X
- Carroll, J., Gullinan, E., Clarke, L., & Davis, N.F. (2012). The role of anxiolytic premedication in reducing preoperative anxiety. *British Journal of Nursing*, *21*(8), 479-483. doi: 10.12968/bjon.2012.21.8.479
- Caumo, W., Schmidt, A.P., Schneider, C.N., Bergmann, J., Iwamoto, C.W., Bandeira, D., & Ferreira, M.B. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anesthesiologica Scandinavica*, *45*(3), 298-307. doi: 10.1034/j.1399-6576.2001.045003298.x
- Cheng-Hua, N., Wei-Her, T., Liang-Ming, L., Ching-Chiu, K., & Yi-Chung, C. (2010). Minimizing preoperative anxiety with music for day surgery patients – a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Nursing*, *21*, 620-625. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03466.x
- Elsass, P., Duedahl, H., Friis, B., Möller, I.W., & Sörensen, B. (1987). The psychological effects of having a contact person from anaesthetic staff. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *31*, 584-586. doi: 10.1111/j.1399-6576.1987.TB02625.x

- Fekrat, F., Sahin, A., Jazici, K.M., & Ayapar, U. (2006). Anaesthetists' and surgeons' estimation of preoperative anxiety by patients submitted for elective surgery in a university hospital. *European Journal of Anaesthesiol*, 23(3), 227-233. doi: 10.1017/S0265021505002231
- Feuchtinger, J., Burbaum, C., Heilmann, C., Imbery, C., Siere, M., Stotz, U., Fritzsche, K., & Beyersdorf. (2013). Anxiety and fear in patients with short waiting times before coronary artery bypass surgery – a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1900-1907. doi: 10.1111/Jocn.12467
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grieve, R.J. (2002). Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. *British Journal of Nursing*, 11(10), 670-678. Hämtad 8 december 2015 från: <http://eds.a.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=160ffd95-47f7-400a-944c-13ef73cc357d%40sessionmgr4002&vid=35&hid=4105>
- Haugen, A.S., Eide, G.E., Olsen, M.V., Haukeland, B., Remme, A.R., & Wahl, A.K. (2009). Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anesthesia. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2301-2310. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02792.x
- Hollaus, P., Pucher, I., Wilfing, G., Wurning, P. & Pridun, N. (2003). Pre-operative attitudes, fears and expectations of non-small cell lung cancer patients. *Interactive Cardiovascular Thoracic Surgery*, 2(2), 206-209. doi: 10.1016/91569-9293(03)00048-3
- Jacquet, E., Puche, P., Alahyane, J., Jaber, S., Carabalona, J.P., Bessaou, D., Domergue, J., Eledjam, J.J., Navarro, F., & Giordan, J. (2006). Evaluation of inguinal hernia in ambulatory surgery: a prospective monocentric study on 1009 inguinal hernia. *Journal of Ambulatory Surgery*, 12, 167-171. doi: 10.1016/j.anchir.2004.01.012
- Jatar, M.F., & Khan, F.A. (2009). Frequency of preoperative anxiety in Pakistani surgical patients. *The Journal of The Pakistan Medical Association*, 59(6), 359-363. Hämtad 8 december 2015 från: <http://jpma.org.pk/PdfDownload/1714.pdf>
- Jlala, H.A., French, J.L., Foxall, G.L., Hardman, J.G., & Bedforth, N.M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104(3), 369-374. doi: 10.1093/bja/aeq002
- Kolcaba, K., & Wilson, L. (2002). Comfort care: a framework for perianesthesia nursing. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 17(2), 102-114. doi: 10.1053/jpan.2002.31657
- Komfort. (u.å.) Norstedts ordböcker. Hämtad 8 december 2015 från: <http://www.ord.se/oversattning/engelska/?s=comfort&l=ENGsVE>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.

Lee, A., Chui, P.T., & Gin, T. (2003). Educating patients about anesthesia: a systematic review of randomized controlled trials of media-based interventions. *Anesthesia and Analgesia*, 96(5), 1424-1431, table of contents. doi: 10.1213/01.ANE.0000055806.93400.93

Lilja, Y., Ryden, S., & Fridlund, B. (1998). Effects of extended preoperative information on perioperative stress: an anaesthetic nurse intervention for patients with breast cancer and total hip replacement. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14, 276-282. doi: 10.1016/S0964-3397(98)80688-5

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

Mayne, I.P., & Bagoisan, C. (2009). Social support during anesthesia induction in an adult surgical population. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 89(2), 307-310, 313-315, 318-320. doi: 10.1016/j.aorn.2008.09.015

McCleane, G.J., & Cooper, R. (1990). The nature of preoperative anxiety. *Anaesthesia*, 45, 153-155. doi: 10.1111/j.1365-2044.1990.tb14285.x

Morse, J.M. (2000). On comfort and comforting. *American Journal of Nursing*, 100(9), 34-38. Doi: 10.2307/3522222

Murdoch, J.A.C., & Kenny, G.N.C. (1999). Patient-maintained Propofol sedation as premedication in day-case surgery: assessment of a target-controlled system. *British Journal of Anaesthesia*, 82(3), 429-431. Doi: 10.1093/bja/82.3.429

Ng, S.K.S., Chau, A.W.L., & Leung, W.K. (2004). The effect of preoperative information on relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 32(3), 227-235. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00161.x

Ozalp, G., Sarioglu, R., Tuncel, G., Aslan, K., & Kadiogullari, N. (2003). Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 47, 26-29. doi: 10.1034/j.1399-6576.2003.470105.x

Polit, D. & Beck, C. (2010). Essentials of Nursing Research. Apprising Evidence for Nursing Practice. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Reiser, D.E., & Schroder, A.K. (1980). Patient interviewing: the human dimension. Baltimore: Williams & Wilkins Co.

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård*. Stockholm.

SFS (2003:460). Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Svensk författningssamling. Hämtad december, 7, 2015 från www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-ometikprovning_sfs-2003-460/

Simons, R.C., & Pardes, H. (1983). *Understanding human behavior in health and illness*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Socialstyrelsen (2015) Statistik. Hämtad 8 december 2015 från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/operationerislutenvard>

Spaulding, N.J. (2003). Reducing anxiety by pre-operative education: make the futur familiar. *Occupational Therapy International*, 10(4), 278-293. doi: 10.1002/oti.191

Starkweather, A.R., Witek-Janusek, L., Nockels, R.P., Peterson, J., & Mathews, H.L. (2006). Immune function, pain, and psychological stress in patients undergoing spinal surgery. *Spine*, 31(18), E641-E647. doi: 10.1097/01.brs.0000231795.85409.87

Stirling, L., Raan, G., Alder, E.M., & Robertson, F. (2007). Randomized trial of essential oils to reduce perioperative patient anxiety: feasibility study. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 494-501. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04461.x

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningsed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Walker, K.J., & Smith, A.F. (2009). Premedication for anxiety in adult day surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). doi: 10.1002/14651858.CD002192.pub2.

Whitley, G.G. (1994). Expert validation and differentiation of the nursing diagnoses anxiety and fear. *Nursing Diagnosis*, 5, 143-150. doi: 10.1111/j.1744-618X.1994.tb00263.x

Wittenberg, M.I., Lark, T.L., Butler, C.L., Handy, R.M., Schwanky, H.D., Tait, A.R., & Tremper, K.K. (1998). Effects of oral diazepam on intravenous access in same day surgery patients. *Journal of Clinical Anesthesia*, 10(1), 13-16. doi: 10.1016/S0952-8180(97)00213-4

Intervjuguide

- Berätta om en situation då du hade hand om en orolig patient som väntade på att bli opererad.
- Vad orsakar patienters oro?
- Hur brukar patienter uttrycka sin oro?
- Vad gör du för att reducera patienters oro?
- Finns det någon speciell riskgrupp det vill säga patienter som löper högre risk att drabbas av preoperativa oron? Ingår yngre patienter i denna riskgrupp?
- Vad gör patienter när du försöker att minska deras oro?

Bilaga 2(2)

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Subkategori	Kategori	Tema
Hur märker jag om patienten är orolig? Bara genom att titta på patienten, se blicken. Kallsvettig och så klart när patienten säger det. Och oftast märker man det när man kopplar upp dem. Det kan vara patienter som säger att de är lugna och det är ingen fara och så har de rätt så hög hjärtfrekvens. (1)	Jag märker att patienten är orolig genom att titta på honom och när patienten säger det. Patienter kan säga att de är lugna och så har de hög hjärtfrekvens.	Patientens sätt att uttrycka sin oro.	Ta hänsyn till den oroliga individens upplevelser och behov.	Upprätta en relation till patienten.	Interaktion där patienten är i fokus.
Men om jag märker att patienten är orolig som vuxen då så... Nu är jag lite allmän men när jag har dem patienterna då blir jag precis tvärtom, då blir jag väldigt lugn och pratar väldigt lugnt. (6)	När en vuxen patient är orolig då blir jag tvärtom, då blir jag lugn och pratar lugnt.	En lugn anestesijuksköterska.	Ha olika förhållningssätt.	Upprätta en relation till patienten.	Interaktion där patienten är i fokus.
Jag tror att patienter är oroliga för att de inte vet vad som kommer att hända. Då brukar jag sätta mig ner och berätta om vad som kommer att hända under dagen. Ju ganska detaljerat. (8)	Patienter är oroliga för att de inte vet vad som kommer att hända. Då berättar jag om vad som händer. Detaljerat.	Information.	Kommunicera verbalt.	Upprätta en relation till patienten.	Interaktion där patienten är i fokus.

När jag står där och pratar med patienten kan jag hålla honom eller henne i handen. Det gör jätte mycket. Det känns som att de kan lita på mig. Och när jag står bakom och håller masken senare så har jag ena handen på axeln eller klappar på kinden. Det är de små grejorna som ger trygghet. (8)	När jag pratar med patienten kan jag hålla honom eller henne i handen. De kan lita på mig. När jag har handen på axeln eller klappar på kinden ger det trygghet.	Beröring.	Ha en icke verbal kontakt.	Upprätta en relation till patienten.	Interaktion där patienten är i fokus
Det var mycket havsbrus och fågelkvitter och sådant. Så när man hör på hans musik då blir man lugn. Och då hade vi det innan på preop. Det var dovt. Man hörde inte själva musiken men det var något lugnt. Och det betyder väldigt mycket. (6)	När man hör på hans musik då blir man lugn. Det var dovt. Det betyder mycket.	Musik.	Ändra fysisk miljö.	Skapa behaglig miljö runt individen.	Interaktion där patienten är i fokus.
Då känner man ok, hade jag själv varit en patient, ok det här verkar vara folk som kan sin grej och allt funkar. Så att jag gärna, jag tycker att det är bäst när allt är klart innan man tar in. Att det inte är någon städpersonal som ska in och ut. Och allt är klart och att man stämmer av med sitt team. Annars blir det rörigt och steamigt. Patienten känner av det och det blir inte bra. (2)	Om jag själv hade varit en patient skulle jag känna att det är folk som kan sin grej. Det är bäst när allt är klart och att man stämmer av med sitt team innan patienten hämtas. Han känner av om det är rörigt.	God förberedelse.	Samarbeta med det perioperativa teamet.	Skapa behaglig miljö runt individen.	Interaktion där patienten är i fokus.

