



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Föräldrars upplevelser av tiden från att deras barn sövts i ett oplanerat skede och fram till postoperativ vård börjar

- En intervjustudie

Författare: Caroline Lindell
Per Lindh

Handledare: Li Thies Lagergren

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2016

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Föräldrars upplevelser av tiden från att deras barn sövts i ett oplanerat skede och fram till postoperativ vård börjar

- En intervjustudie

Författare: Caroline Lindell

Per Lindh

Handledare: Li Thies Lagergren

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2016

Abstrakt

Inläggningar på sjukhus kan både vara akuta och planerade. 80 % av inläggningarna är akuta. Den stora omställningen som sker för föräldrarna i samband med inläggningen är ovetskapen av vad som kommer att hända. I ett akut skede är det inte alltid att alla svaren kan ges till föräldrarna med en gång. Föräldrars upplevelser av att lämna över sina barn till operationspersonalen i ett akut skede har sällan studerats. Än mindre hur vårdpersonalen på bästa vis kan ta hand om föräldrarna när de väntar på att deras barn ska vakna upp ur narkosen. En kvalitativ intervjustudie genomfördes med åtta föräldrar vars barn opererats akut/oplanerat på sjukhus i södra Sverige. Analysprocessen resulterade i tre kategorier: "Närhet till barnet", "Känsla av övergivenhet", samt "Få bekräftelse och känna trygghet". Resultatet visade att föräldrarna ville vara nära sina barn medan de väntade och att det var skönt att få vara med vid själva sövningen. Kommunikationen var viktig samt att man individualiserade stödet för hela familjen för att kunna ha ett familjecentrerat omvårdnadsperspektiv i fokus.

Nyckelord

Föräldrar, Upplevelser, Oplanerade operationer, Barn, Pediatrik, Oro och familjecentrerad omvårdnad

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Problemområde	1
Bakgrund	2
Familjecentrerad omvårdnad	3
Samhällsperspektiv	4
Utgångspunkter	5
Syfte	6
Metod	6
Urval	6
Instrument	7
Datainsamling	7
Analys av data	8
Forskningsetiska avvägningar	9
Resultat	10
Närhet till barnet	11
Svårt att släppa kontrollen	11
Ovissheten var påfrestande	11
Föräldrarna upplevde ångest och skuld känslor	12
Känsla av övergivenhet	13
Upplevelse av otrygghet och ensamhet	13
Påfrestande känslor och tankar	14
Få bekräftelse och känsla av trygghet	15
Föräldrarnas upplevelse av omhändertagandet	15
Erfarenhet och information gör skillnad	16
Behov av stöd	17
Diskussion	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	20
Konklusion och implikationer	24
Referenser	25
Bilaga 1 (5)	30
Bilaga 2 (5)	32
Bilaga 3 (5)	34
Bilaga 4 (5)	34
Bilaga 5 (5)	35

Introduktion

Inläggningar på sjukhus kan vara både akuta och planerade, ca 80% av inläggningarna är akuta (Hansson & Trobäck, 2008). När barn läggs in på sjukhus är det för de flesta en helt ny och okänd värld som ofta innebär en traumatisk upplevelse för barnet och föräldrarna samt en snabb omställning för hela familjen (Edwinsson Månsson & Enskär, 2008). En sådan omställning är oftast ansträngande för föräldrarna eftersom diagnos eller sjukdomsorsak inte alltid kan fastställas omedelbart (Radell & Bredlöv, 2015). Situationen kan förvärras ytterligare av att se sitt barn lida samtidigt som föräldern befinner sig i chocktillstånd. Föräldrarna befinner sig i en främmande miljö och ska förhålla sig till många nya människor och kanske en lång väntan i samband med eventuell operation (Tveiten, 2000).

Problemområde

Ibland innebär den oplanerade inläggningen även en sövning av barnet inför ett operativt ingrepp. Det är då av stor vikt att barnet får ha sina föräldrar närvarande eftersom det hjälper barnet att inte känna sig övergivet (Romino, Keatley, Virginia, Secrest, & Good, 2005). Forskning visar att oavsett om barnet har en eller två föräldrar närvarande vid exempelvis sövningen känner det samma trygghet. Dock visar forskningen att föräldrarna bearbetar händelsen bättre och snabbare om de får delta båda två (Kain, MacLaren, Weinberg, Huszti, Anderson, & Mayes, 2009).

Det finns undersökningar som visar att brist på information och kommunikation om det kirurgiska ingreppet leder till osäkerhet och rädsla hos föräldrarna vilket ger en påverkan hos barnet (Kain et al., 2007; Lindberg, von Post & Eriksson 2012). Forskningsstudier återkommer till vikten av kommunikation och bemötande där föräldrar anger kommunikation, information samt att sjuksköterskan lyssnar på dem som det de upplever vara viktigast. Det är av stor vikt att se till hela familjen och inte bara till barnet och barnets bästa (Hallström, Runesson & Elander, 2002). Familjecentrerad vård bygger på att familjen ses som en helhet som skapar trygghet för både patient, familj och för vårdpersonalen (Institute for Patient- and Family-centered Care (IPFCC), 2016; Shields, Pratt & Hunter, 2006).

Det finns forskning angående barns behov av föräldrarnas närvaro inför en operation (Akinci, Köse, Öcal, & Aypar, 2008; Himes, Munyer & Henly, 2003). Det finns begränsat med forskning kring föräldrars upplevelser och erfarenheter kring tiden mellan sövningen och det att den postoperativa vården tar sin början. Det är främst barnets behov av att ha föräldrarna närvarande som belyses och ej föräldrarnas egna upplevelser av tiden de väntar på att få träffa sitt barn igen efter genomfört ingrepp (Chundamala, J., Wright, J.G., & Kemp, S.M. 2009; Eichner Jerrold & Johnson Beverley, 2012; Himes, Munyer & Henly, 2003). Det är därför av betydelse att undersöka föräldrars upplevelser, då detta kan ge barnsjuksköterskan bättre kunskap om hur vårdpersonal kan stötta dessa föräldrar på bästa vis. Familjecentrerad omvårdnad bygger på att man ser till hela familjen. Då barnet överlämnats från en vårdinstans till en annan flyttas vårdpersonalens omvårdnadsfokus från barnet och familjen till att nu ta hand om föräldrarna under den väntetid som nu följer för föräldrarna (IPFCC, 2016; Riksförbundet för barnsjuksköterskor (Rfb), 2013; Sheilds, Pratt & Hunter, 2006).

Bakgrund

En central del i Förenta Nationernas [FN] barnkonvention (1989) är att föräldrar är med sina barn. Där har olika regler samlats som ska värna om att barn blir behandlade på ett respekterat vis och då inte bara inom sjukvården. För att ytterligare förtydliga FN:s barnkonvention (1989) har ett nordiskt nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård (NOBAB) tagits fram, som lett till en sammanfattad nordisk standard (NOBAB, u.å.). Barnsjuksköterskan ska enligt kompetensbeskrivningen stå för omvårdnad av barnet och övriga familjemedlemmar som exempelvis föräldrar och syskon (Rfb, 2013). Det specifika i barnsjukvården är att det oftast är både barn och förälder som ska tas om hand, vilket innebär nya utmaningar för vårdpersonalen (Hallström, 2015). Enligt NOBAB har barnet rätt att ha med sig en förälder under sjukhusvistelsen samt att hänsyn ska tas till att minska den psykiska och fysiska stressen för både barn och förälder (NOBAB, u.å.). I en studie av Blesch och Fisher (1996) har man även försökt att mäta föräldrars vitala parametrar för att undersöka föräldrarnas oro och stress. Studien mynnar ut i att påverkan hos föräldrarnas vitala parametrar inte kan upptäckas men psykiskt kan det ses stora vinster av att föräldrar och barn är tillsammans så mycket som möjligt (a.a.). Barn är beroende av vuxna och de vuxnas närvaro och agerande är en stor och viktig del av barnets verklighet. Föräldrarnas agerande kan både utgöra en positiv såväl som negativ påverkan på barnet. När ett barn drabbas av

trauma eller oplanerad inläggning på sjukhus blir detta en angelägenhet för hela familjen (Rfb, 2013).

Hallström, Runesson och Elander (2002) lyfter fram vikten av föräldrars närvaro, då detta leder till ökad trygghet för barnen och ökad trygghet för föräldrarna som kan spendera mer tid med sitt sjuka barn samt ökat inflytande och förståelse för vad som sker med barnet. Föräldrar som vårdats på barnklinik tillsammans med sitt barn anser att det är viktigt att vårdpersonalen både ser och behandlar barnet och föräldrarna som en hel familj (a.a.). För att förbättra vården behöver vårdpersonalen bättre förstå vilka behov, förväntningar samt upplevelser familjer tidigare har upplevt i liknande situationer. Det kan vara svårt för föräldrar att i ett akut skede framhålla sina önskemål då de oftast är i en beroendeställning i vården. Exempel på behov som föräldrar menar är viktiga kan vara att känna sig trygg, god kommunikation med vårdpersonalen samt att få sina praktiska behov tillgodosedda (Miceli & Clark, 2005).

Familjecentrerad omvårdnad

När det idag talas om omvårdnad kring barn är mycket kunskap hämtad från personalens perspektiv. Forskning visar att familjens roll under sjukhusvistelse får en allt mer central roll (Shields et al., 2012). Personal som tar hand om barn ska ha utbildning och kompetens om hur de fysiska och psykiska behoven hos barn och familj ska bemötas (NOBAB, u.å.). I Eichner, Jerrold och Johnson (2012) fokuseras det på framtiden och det pratas allt mer om familjefokuserad omvårdnad där familjrelaterad och familjecentrerad vård är begrepp som kommer att få stor betydelse för hur patienter vårdas. Familjen spelar en viktig roll när det kommer till välbefinnande och hälsa för barn och ungdomar (IPFCC, 2016). Idag inriktas vården alltmer mot en familjecentrerad omvårdnad. Det finns studier som visar på vikten av familjecentrerad omvårdnad där man fokuserar på hela familjen samtidigt som man fokuserar på individen (Hallström, Runesson & Elander 2002; Shields et al. 2012). Familjecentrerad omvårdnad är ett nytt sätt att arbeta på och det finns idag många definitioner på familjecentrerad omvårdnad. Shields, Pratt och Hunter skrev följande definition 2006:

”Family centred care is a way of caring for children and their families within health services which ensures that care is planned around the whole family, not just the individual child/person, and in which all the family members are recognized as care recipients”.

(Shields et al. 2006, s.1318)

Familjecentrerad omvårdnad innebär att vården och barnsjuksköterskan ska fokusera på familjens betydelse för patientens upplevelse av skada/sjukdom. I familjecentrerad omvårdnad ses familjen som ett system där alla olika delar påverkar varandra. Familjecentrerad omvårdnad bygger på relationer mellan barnsjuksköterska, patient och dess familj (IPFCC, 2016). I familjecentrerad omvårdnad förekommer fyra centrala begrepp: respekt och värdighet, delge information, deltagande samt samarbete (IPFCC, 2016). Respekt och värdighet innebär att barnsjuksköterskan ska lyssna till och respektera barnets och familjens perspektiv och val. Familjens kunskap, värderingar och kulturella bakgrund ska integreras i omvårdnaden. Att delge information innebär att barnsjuksköterskan ska kommunicera med familjen på ett tillfredsställande sätt samt ge adekvat information till barnet och dess föräldrar så att de kan delta i vården och beslutsfattandet i vården. Deltagande och samarbete innebär att barnsjuksköterskan tillsammans med föräldrar och barn ska uppmuntra och stödja föräldrarna i vården kring barnet och det beslutsfattande på den nivå de själva väljer. Patienter och familjer ingår också i en institutionsnivå. Hälso- och sjukvårdsledare samarbetar med patienter och familjer i politik och programutveckling, genomförande och utvärdering av hälso- och sjukvård samt i leveransen av vård (Chorney & Kain, 2010; IPFCC, 2016).

Samhällsperspektiv

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården bygga på respekt för patientens medbestämmande och integritet så långt som möjligt (SFS 1982:763). Detta innebär att barnsjuksköterskan måste vara lyhörd för de behov som barnet och familjen uttrycker. Enligt en studie som O'Malley, Brown och Krug (2008) gjort är förståelsen av varandras situation kärnan i relationen mellan barnet, föräldrarna och barnsjuksköterskan. Studien visar att det är viktigt att ha gemensamma mål med vården och att visa respekt för varandras olika kunskaper. Studien visar även vikten av kommunikation mellan barn, föräldrar och barnsjuksköterskan (O'Malley, Brown & Krug, 2008). I bemötandet av barn och föräldrar måste barnsjuksköterskan ta hänsyn till och ha insikt i hur barnet påverkar sina föräldrar, detta då alla i en familj påverkar och interagerar med varandra på olika sätt.

Barnsjuksköterskan ska även visa förståelse för att familjer idag kan se väldigt olika ut. En familj kan definieras som den klassiska familjen med mamma, pappa och barn men även där ensamstående förälder och barn samt i förhållanden där båda föräldrarna är av samma kön. Hänsyn får även tas till barn där föräldrarna lever åtskilda och där nya familjekonstellationer har skapats. Exempelvis biologisk mamma och bonus pappa samt vice versa. Studien visade även att detta sätt att arbeta är ekonomiskt gynnsamt för vården på både kort och lång sikt då det innebär kortare vårdtider. Även risken för sjukhus relaterade infektioner minskas (Shields et al, 2012; Shields, Pratt & Hunter, 2006).

Utgångspunkter

Barnsjuksköterskan ska se till barnets individuella behov, stötta barnet i förhållande till föräldrarnas önskemål samt att se barnet och föräldrarna som individuella individer. Hänsyn bör tas till de kulturella skillnaderna (Hallström, 2015). Det specifika i barnsjukvården är att det oftast är både barn och förälder som ska tas om hand, detta kan innebära nya utmaningar för vårdpersonalen. Enligt NOBAB har barnet rätt att ha med sig en förälder under sjukhusvistelsen samt att hänsyn ska tas till att minska den psykiska och fysiska stressen för både barn och förälder (NOBAB, u.å.). Barn är beroende av vuxna och de vuxnas närvaro och agerande är en stor och viktig del av barnets verklighet. Föräldrarnas agerande kan både utgöra en positiv såväl som negativ påverkan på barnet. När ett barn drabbas av trauma eller akut/oplanerad inläggning på sjukhus blir detta en angelägenhet för hela familjen (Riksförbundet för barnsjuksköterskor, 2013). I en intervjustudie visar det sig att föräldrar som vistats på barnklinik tillsammans med sitt barn anser att det är viktigt att vårdpersonalen både ser och behandlar barnet och föräldrarna som en hel familj (Chorney, & Kain, 2010).

Idag inriktas vården alltmer mot en familjecentrerad omvårdnad (Hallström, 2015). Det finns studier som visar på vikten av familjecentrerad omvårdnad där man fokuserar på hela familjen samtidigt som man fokuserar på individen (Edwinson Månsson & Enskär, 2008). För att förbättra vården behöver vårdpersonalen veta vilka behov, förväntningar samt upplevelser barnet och familjen har, detta kan vara svårt för föräldrar att framhålla då de oftast är i en beroendeställning i vården. Exempel på behov som föräldrar menar är viktiga kan vara att känna sig trygg, god kommunikation med vårdpersonalen samt att få sina praktiska behov tillgodosedda (Hallström, 2015). Hallström (2015) benämner vikten av god kommunikation både med barnet och med föräldrarna. Då barn befinner sig på olika utvecklings nivåer menar

Hwang och Nilsson (2011) att man måste anpassa sättet att kommunicera på beroende på i vilket stadium barnet befinner sig. Spädbarn är spädbarn och en tonåring är en tonåring och för att nämna några olika nivåer så kräver ju de båda olika sätt att kommunicera på. Vikten av planering och att man anpassar sitt sätt att informera så att det dels passar barnet i den utvecklings nivå den befinner sig samt dels så att föräldern är mottaglig för informationen då den ställs inför en helt ny situation som inläggningen på sjukhus innebär (Hallström, 2015). I Sverige sövs och opereras det flera tusen barn årligen enligt socialstyrelsens statistik databas (Socialstyrelsen, 2016). Mycket forskning visar på betydelsen av föräldrarnas närvaro i samband med operation/sövning. Då olika familjer kan ha olika behov är det viktigt att vårdpersonalen vid varje operationstillfälle frågar familjen vilka behov, önskemål och tankar de har (Himes, Munyer, & Henly, 2003).

Syfte

Syftet med studien var att belysa föräldrars upplevelser av tiden från att deras barn sövts i ett oplanerat skede och fram till postoperativ vård börjar.

Metod

I studien använde sig författarna av kvalitativ innehållsanalys av det insamlade materialet. Detta då författarna till studien önskade få en förståelse för föräldrarnas upplevelser. En kvalitativ design har använts för att kunna vara flexibel och följsam under intervjuerna (Henricson & Bilhult, 2015).

Urval

Rekryteringen av föräldrar till föreliggande studie genomfördes på vårdavdelningar på sjukhus i södra Sverige. På dessa avdelningar vårdades barn och ungdomar mellan 0–18 år som krävde sjukhusvård oavsett diagnos. Begreppet akut/oplanerad operation definieras här som en operation som görs inom den slutna vården inom 24 timmar efter det att beslutet har tagits. Studien riktade sig till föräldrar till barn som genomgick en oplanerad operation, där barnet som genomgick operationen är mellan fyra och tolv år. Barn i åldrarna fyra till tolv år befinner sig i en riskzon där oplanerade operationer kan bli aktuellt relaterat till olycksfall på fritiden samt sjukdoms tillstånd som leder till operation (Socialstyrelsen, 2016). Urvalet skedde konsekutivt, det vill säga föräldrarna valdes i den turordning de blir inlagda på

vårdavdelningarna oberoende av diagnos, kön eller tid på dygnet (Danielson, 2015b). Författarna till studien tryckte upp 20 stycken färdiga paket innehållande information om studien, samtyckesblankett för signering samt ett frankerat kuvert som föräldrarna kunde använda för att skicka in sin samtyckesblankett till studien om de inte valde att lämna den direkt på avdelningarna i samband med utskrivningen. Totalt intervjuades åtta stycken föräldrar som ligger till grund för studiens resultat. Inklusionskriterier för studien: Föräldrar till barn i åldrarna 4-12 år och vid tillfället för intervjun ska barnet vara utskrivet från vårdavdelningarna. Föräldrarna ska kunna förstå och tala svenska. Exklusionskriterier: Föräldrar till barn med kroniska sjukdomar som behöver opereras akut eller föräldrar till barn som varit med om svåra trauman till exempel trafikolyckor exkluderades för att inte belasta dessa föräldrar ytterligare.

Instrument

För att få fram upplevelser av hur föräldrar upplever tiden från det att deras barn sövts i ett oplanerat skede och fram till postoperativ vård tar sin början användes metoden som ses som mest lämplig för att studera upplevelser, en kvalitativ intervjustudie (Danielson, 2015a). En pilotintervju gjordes för att på bästa vis få fram ett flyt i intervjun där eventuellt kompletterande frågor kunde framkomma (a.a.). Intervjuer med öppna frågor som svarar till syftet användes för att utveckla samt fördjupa intervjun beroende på vad informanten valde att berätta (a.a.). En intervjuguide låg till grund för intervjuerna, var god se Bilaga 5, Intervjuguide.

Datainsamling

Inför studien togs kontakt med berörda verksamhetschefer och information om studien gavs (Bilaga 1). Då godkännande att genomföra studien mottagits gavs även information ut till en person som fungerade som mellanhand mellan författarna och föräldrarna. Mellanhanden var personal på vårdavdelningar på två sjukhus i södra Sverige (Bilaga 4). Föräldrar som svarade mot studiens urvalskriterier informerades muntligt samt skriftligt, i form av att informationsblankett (Bilaga 2) och samtyckesblankett (Bilaga 3) delades ut av avdelningspersonalen innan utskrivning från avdelningen skedde. I samband med att föräldrarna bestämde sig för att delta i studien återlämnade de blanketten om samtycke till

personalen i ett slutet kuvert där även kontaktuppgifter lämnades alternativt att de skickade in blanketten i det frankerade svarskuvertet.

Författarna kontaktade avdelningarna flera gånger per vecka för att få besked om antalet inlämnade blanketter. Författarna till studien besökte även en av avdelningarna flertalet gånger för att spara avdelningspersonalen från samtalen. Författarna kontaktade sedan föräldrarna via telefon och avtalade en tid och plats för intervjun i samråd med föräldrarna. Intervjuerna byggde på öppna frågor som gav respondenterna möjlighet att berätta utifrån sina upplevelser. Författarna använde sig av en intervjuguide (Bilaga 5). En pilotintervju utfördes för att testa intervjuguiden samt intervjutekniken. Pilotintervjun som genomfördes ansågs av författarna vara av god kvalitet och därför valde författarna att inkludera pilotintervjun i datainsamlingen. Båda författarna närvarade vid samtliga intervjuer. Ljudinspelningarna skedde med en bandspelare. Intervjuerna genomfördes under oktober till december 2016. Tiden mellan vårdtillfället och intervjun varierade mellan sju till tio dagar. Intervjuernas längd

Analys av data

Analysen genomfördes utifrån en kvalitativ ansats då det insamlade materialet dels var överskådligt samt dels att det är en bra metod när upplevelser studeras (Danielson, 2015b). Burnards steg för steg metod, 14 steg, valdes som analysmetod och användes för att den lämpar sig bra vid öppna intervjuer med en intervjuguide (Bilaga 5), där det insamlade materialet sedan transkriberades i sin helhet för att sedan koda och kategoriseras (Burnard, 1991, 1996). Författarna valde att exkludera steg sex, sju och elva då omfattningen av arbetet blev för stort. Steg sex innebär i sin korthet att man tar hjälp av två utomstående personer som i sin tur ska gå igenom insamlat material och skapa egna kategorier och koder för att sedan i steg sju tillsammans med författarna gå igenom materialet på nytt. Steg elva syftar till att kontakt tas med några informanter för att verifiera analysen (a.a.).

När intervjuerna genomförts transkriberades bandinspelningarna ordagrant och skrevs ut i sin helhet. Författarna läste igenom intervjuerna var för sig och tog ut meningsbärande enheter som svarade till syftet. Dessa meningsbärande enheter blev i sin tur olika huvudområden att tillgå vid analysen. Författarna jämförde och sammanställde sedan de övergripande meningsbärande enheterna som de fick fram vilket i sin tur kondenserades till olika koder

(Tabell 1). Alla koder skrevs ner märkta med vilken intervju de tagits från, dessa grupperades sedan i 23 olika huvudområden som efter den andra kontrollen delades in i tre kategorier och åtta subkategorier. Korrigeringar av subkategorierna gjordes efterhand för att bättre passa in på innehållet vid en tredje analys av materialet. Under analysens gång hade författarna kontakt med handledaren för att justera subkategorierna och kategorierna fortlöpande. Resultatet stärktes då författarna valde att integrera olika citat från intervjuerna i resultatet. För att förklara från vilken intervju citatet kommer användes förkortningen I för intervju och sedan intervjuens kod (Intervju 1 =I1). Kodningen av intervjuerna skedde inte i den turordningen intervjuerna utfördes utan författarna kodade intervjuerna slumpartat.

Tabell 1 Exempel ur analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
”Det är jobbigt att lämna där... det är det... och släppa kontrollen”	Det är jobbigt att släppa kontrollen	Förlust av kontroll	Att släppa kontrollen	Närhet till barnet
”Man går runt med någon form av beredskap, alltså det går ju inte att koppla av”	Har beredskap och kan ej slappna av	Oro ger en känsla av beredskap	Att känna ovisshet	Närhet till barnet
”Alltså man känner lite ” så här skuld....”	Känner skuld	Upplever skuldkänslor	Ångest/ skuldkänslor	Närhet till barnet

Forskningsetiska avvägningar

Studien genomfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationen World Medical Association, (1964) om medicinsk forskning med mänskliga deltagare. Forskning ska ta hänsyn till grundläggande etiska principer så som respekt för personer, göra gott och rättvisepincipen samt det som nämns i svensk lagstiftning (Kjellström, 2015). Här specificeras även betydelsen av informerat och frivilligt deltagande. Författarna till föreliggande studie fick ett rådgivande yttrande via en ansökan till Vårdvetenskapliga Etiknämnden att studien fick genomföras efter samtycke från berörda verksamhetschefer. Vårdpersonal som agerade som mellanhand fick ett informationsbrev enligt VEN:s mall för mellanhänder. Samma vårdpersonal rekryterade

deltagare till studien, de gav muntlig och skriftlig information till tilltänkta deltagare så att deltagandet i studien kunde ske utan forcering. Information gavs även muntligt innan intervju start och den inlämnade samtyckes blanketten signerades även av intervjuaren innan intervju startade. Informationen som gavs handlade om studiens syfte samt metod. Deltagandet i denna studie var frivilligt och föräldrarna gavs möjlighet att när som helst kunna avbryta intervjuerna enligt autonomiprincipen (WMA, 1964). Deltagandet var konfidentiellt och alla intervjuer avidentifierades och kodades. Lagen om etikforskning är aktuell eftersom behandling av känsliga personuppgifter behandlas (SFS 2003:460). Materialet som samlades in under intervjuerna samt skriftligt medgivande från deltagarna förvaras inlåst i brandsäkert skåp på två olika ställen så att endast författarna till studien har tillgång till materialet. Författarnas handledare har haft tillgång till utvalda delar av det insamlade materialet under arbetets gång. Materialet kommer att förstöras efter det att studien är genomförd och examinerad. Det är även av vikt att överväga vilka konsekvenser en empirisk studie kan få för deltagarna (Danielsson, 2015b). Riskerna för deltagarna i denna studie bedömdes som små, då studien exkluderade föräldrar till barn som varit med i svåra och stora trauman för att inte ytterligare belasta dessa föräldrar.

Resultat

Analysen av det insamlade materialet ledde till tre kategorier som speglade föräldrars upplevelser av tiden från det att de lämnade sina barn på operation och fram till det att föräldrarna åter fick se sina barn efter operationen. De tre kategorierna var ”Närhet till barnet”. ”Känsla av övergivenhet” och ”Få bekräftelse och känsla av trygghet”. Kategorier med subkategorier presenteras i Tabell 2.

Tabell nr 2 Kategorier (fet stil) och subkategorier

Närhet till barnet	Känsla av övergivenhet	Få bekräftelse och känsla av trygghet
Svårt att släppa kontrollen	Upplevelse av otrygghet och ensamhet	Föräldrarnas upplevelse av omhändertagande
Ovissheten var påfrestande	Påfrestande tankar och känslor	Erfarenhet och information gör skillnad
Föräldrarna upplevde ångest samt skuld-känslor		Behov av stöd

Närhet till barnet

Närheten till barnet var det mest centrala som framkom i samtliga intervjuer, detta även om föräldrarna visste om att de inte kunde vara med under operationen. Samtliga föräldrarna uppgav att de ville vara så nära barnet som möjligt under tiden operationen pågick, ifall något skulle gå fel på operationen. Föräldrarna använde ord som fruktansvärt samt det värsta jag varit med om när det gällde att lämna sitt barn på operation för att sedan inte få vara fysiskt nära sitt barn. Det var otänkbart för de flesta föräldrarna att själv lämna sjukhuset då barnet vistades på operation. Det framkom under intervjuerna att vissa av föräldrarna önskade få spendera väntetiden i ett väntrum på operationsavdelningen så att de var så nära barnets som möjligt när det väcktes ur narkosen. En förälders beskrev det på följande sätt:

”Man vill vara nära. Så är det! Så nära det bara går om det skulle vara någonting” (I5)

Svårt att släppa kontrollen

Känslan av att tappa kontrollen över sitt barn och situationen gjorde att föräldrarna upplevde en otrygghet samt en oro. Viljan av att ha kontroll och sedan tvingas lämna den och lita på någon annan och dennes kunskap var svår för många. I samtliga intervjuer framkom det att föräldrarna upplevde tillit till anestesipersonalen. Trots detta upplevdes det som oerhört påfrestande att lämna sitt barn på operationssalen och gå därifrån. Föräldrarna beskrev det som en speciell känsla att se sitt barn genomgå narkosen och “försvinna bort” och att så fort barnet somnat bli tvingad att lämna salen. Känslan av att vara utelämnad samt övergiven och ensam infann sig direkt då föräldrarna lämnade operationssalen och stannade sedan kvar under den tid då de väntade på att få återse sitt barn på uppvaksavdelningen igen. Föräldrarna uppgav även att tårarna kom så fort de lämnade operationssalen. De flesta föräldrar beskrev att de lyckats hålla tårarna tillbaka fram till dess att barnet somnat för att inte påverka barnet negativt:

“Det är jobbigt att lämna, det är det.... och att släppa kontrollen. Jag kunde inte låta bli att gråta en skvätt...” (I8).

Ovissheten var påfrestande

Föräldrar beskriver känslor av oro samt olustighet då de lämnade sitt barn på operation. Oron gällde inte operationen utan den narkos barnen genomgick under operationen. Riskerna som

finns vid narkos var alla föräldrar medvetna om. Föräldrarna uppgav i flera av intervjuerna att tårarna kom då de lämnade operationssalen och återvände till avdelningen. Föräldrar beskriver även att de tidigare hört berättelser om barn som inte vaknar igen av narkosen eller visar sig ha en allergi mot narkos och som på grund av detta blir så sjuka att de kräver intensivvård. Dessa tankar framkallade en stor oro hos föräldrarna. En förälder beskrev det så här:

”Jag var mest nervös för själva narkosen. Att det skulle bli fel liksom. Eftersom hon aldrig hade blivit sövd och man har ju hört historier... att alla inte tål narkosen.”(I1).

I en del av fallen hade vårdpersonalen givit föräldrarna en tid när operationen var klar och då denna tidsram sedan överskreds och operationen tog längre tid än väntat skapades en oro över att något gått fel hos föräldrarna. Föräldrarna upplevde sedan att denna oro vara svår att hantera och den försvann inte förrän föräldrarna återsåg sina barn på uppvaksavdelningen. En förälder beskrev:

”...vi trodde liksom att hela operationen ungefär skulle ta en timme. Så när det gått två timmar eller något sånt så blev jag lite orolig och då gick jag och frågade personal på avdelningen om vad det var som hände och då förklarade de att det var längre förlopp än så... sen kunde jag slappna av lite mer” (I5).

I en intervju belyste föräldern ett kommunikationsfel mellan vårdpersonal på akutmottagningen och personal på vårdavdelningen. Resultatet blev att man missade att ta blodprover preoperativt vilket i sin tur resulterade i att det aktuella barnet fick åka till operation två gånger samma kväll. Föräldern beskrev att oron och stressen ökade andra gången barnet åkte till operation för att sövas och att det varit önskvärt att ej behöva uppleva oron och stressen två gånger.

Föräldrarna upplevde ångest och skuldkänslor

Föräldrar beskrev att det var otroligt påfrestande att se sitt barn genomgå narkos samt att sedan lämna dem på operationsavdelningen och gå därifrån, detta trots tillit till anestesipersonalen. Eftersom separationen var nödvändig så var det viktigt för samtliga föräldrar att den blev så kort som möjligt. Det skapade ångest och skuldkänslor hos föräldrarna att lämna sitt barn på operationsavdelningen. Föräldrarna upplevde tankar som att

de aldrig mer skulle få återse sitt barn i livet och detta var svårt att påverka, de fanns där under hela tiden operationen pågick. Dessa tankar gav i sin tur upphov till ångest vilket ibland ledde till att föräldrarna upplevde att de satt som på nålar under den tid de väntade på att operationen blev klar. Denna känslan fanns hos samtliga föräldrar oavsett vilken tid på dygnet barnet genomgick operationen och känslan var även en anledning till att föräldrarna inte kunde slappna av nattetid och vila. En förälder beskrev det så här:

” Hon fick liksom panik när hon fick narkosen och skrek, och sedan bara försvann hon. Det var obehagligt att se och känslan av ångest stannade kvar efter jag lämnat operationsavdelningen” (I3).

De flesta föräldrarna beskrev att då barnet sövts så hade de av vårdpersonal blivit tillsagda att antingen gå till vådrummet och vänta där eller gå en runda på stan och uträtta ärenden under tiden barnet genomgick operation. Detta alternativ var för de flesta föräldrarna otänkbart. En förälder upplevde skuld känslor då vårdpersonalen föreslog att föräldern kunde gå en runda på stan under tiden barnet genomgick operation. Föräldern beskrev det så här:

” Men jag kan ju inte gå ut och göra ärende och så när hon ligger på operationen!!! Alltså man känner lite skuld... Jag kan inte gå ut på stan och shoppa och så ligger hon på operationen. Nej det känns.... då får jag sitta här och ha lite tråkigt...” (I1).

Känsla av övergivenhet

Det som framkom i samtliga intervjuer var att föräldrarna upplevde en känsla av övergivenhet samt ensamhet då de överlämnat sitt barn till anestesipersonalen.

Upplevelse av otrygghet och ensamhet

En förälder uppgav att denna kände sig övergiven då operationspersonalen sa till föräldern att lämna operationen och återvända till avdelningen:

” Men ändå så nu kan du gå!!!! och så går man och då känns det liksom, det känns... då känner man sig lite övergiven liksom” (I2).

De flesta föräldrarna uppgav att de kände sig ensamma och otrygga då de satt inne på salen och väntade under tiden barnen befann sig på operation. Trots att de flesta föräldrarna upplevde sig omhändertagna av vårdpersonalen så fanns känslan av ensamhet kvar. Det var några föräldrar i föreliggande studie som ej upplevde sig omhändertagna av vårdpersonalen och de upplevde ensamheten än mer påfrestande. Föräldrar uppgav även att de upplevde en tomhetskänsla då de kom tillbaka till patientsalen där de vårdats och såg att platsen där barnets säng stått innan operationen var tom. Detta upplevde föräldrarna som ytterligare en påfrestning. En förälder beskrev det så här:

” nu kom man in och sängen var borta och det var tomt i rummet” (I4).

Samtliga föräldrar beskrev att de önskat ha någon att dela denna period av väntan med. De flesta önskade att den andra föräldern varit med på vårdavdelningen under denna period. De uppgav att ensamheten troligen inte skulle varit så påfrestande om de kunnat dela den med en partner eller en annan familjemedlem exempelvis egen förälder/vän eller med en annan förälder som genomgick samma process.

Påfrestande tankar och känslor

Något föräldrarna upplevde att de inte kunde påverka var de egna tankarna och känslorna som dök upp under tiden kring narkos samt under tiden operationen pågick. Tankarna upptogs till största delen av barnet som opererades men även av annat, exempelvis på saker som kan gå fel under operationen, på tidigare erfarenheter samt på historier man hört. Föräldrarna upplevde att dessa tankar och känslor av ångest och oro var påfrestande och svåra att bearbeta. En del av föräldrarna uppgav att de bröt ihop och grät under denna väntan samt att det var svårt att inte tänka det värsta. Det framkom att det för vissa av föräldrarna var ett skräckscenario att deras barn skulle behöva genomgå narkos samt operation och att detta framkallade katastroftankar hos dem. En förälder beskrev det så här:

”När man sitter där och väntar så är det många tankar som far omkring i huvudet på en och allt snurrar och det är väldigt påfrestande” (I6).

Under tiden föräldrarna satt och väntade kom många minnen tillbaka, minnen som relaterade till släktingar som vårdats på sjukhus eller så hade föräldrarna själva vårdats på sjukhus tidigare. Dessa minnen var ofta negativa och förknippade med en nära anhörigs bortgång,

vilket ökade på oron och känslan av ensamhet hos föräldrarna. En förälder beskrev att minnen från dennas egen vårdtid kom tillbaka då barnet lämnades på operationen och barnet hade fått panik över att genomgå narkosen, vilket var ångestskapande för den aktuella föräldern som själv hade upplevt samma sak då föräldern genomgick operation något år tidigare:

”Ja, det obehagligt att se just paniken och jag tror det var att hon inte hade kontrollen. Och jag kände igen mig då jag kände likadant vid min operation i våras” (I3).

Få bekräftelse och känsla av trygghet

Under samtliga intervjuer framkom vikten av att föräldrarna kände sig väl omhändertagna samt trygga under den tid då barnet genomgick narkos och operation. Det var av stor vikt att vårdpersonalen såg dem.

Föräldrarnas upplevelse av omhändertagande

Det flesta föräldrarna uppgav att de var nöjda med omvårdnaden de fick av vårdpersonalen både på vårdavdelningen och på operationsavdelningen samt att de kände sig väl omhändertagna. En viktig faktor var att vårdpersonalen såg föräldrarna då de kom tillbaka till vårdavdelning och då stannade upp för att fråga dem hur de mätte istället för att skynda förbi dem i korridoren. En förälder beskrev det så här:

”Jag vet inte om hon var undersköterska eller ... eh, hon såg nog på mig så här för hon stoppade mig liksom och frågade hur det var och liksom känns det ok? Och det kändes faktiskt rätt bra. Att någon såg mig och som såg att nu håller hon på att bryta ihop” (I1).

Samtliga föräldrar uppgav att de fick en känsla av att bli väl omhändertagna då vårdpersonalen kom in på vårdrummen och frågade hur föräldrarna mätte. Det framkom att föräldrarna upplevde att vårdpersonalen inte kom in på vårdrummen lika ofta nattetid, detta då de inte önskade ”störa” föräldrarna. Tiden på dygnet spelade dock inte så stor roll för föräldrarna då de inte kunde slappna av och sova så länge deras barn genomgick operation.

De föräldrar som upplevde att vårdpersonalen inte såg dem när de kom tillbaka till avdelningen efter att lämnat sitt barn på operationen hade en förstärkt känsla av ensamhet och

övergivenhet fram till dess att de återsåg barnet på uppvaksavdelningen. Känslan av att inte känna sig bekväm på sjukhuset fanns hos samtliga föräldrar, den var dock starkare hos de föräldrar som inte upplevde sig omhändertagna av personalen. En förälder beskrev det så här:

” jag kanske kan tycka att när de sen såg att jag kom upp på avdelningen igen och det var det sjuksköterskor som såg. Då kunde de gått fram och frågat hur känns det? Och hur går det? Hur mår du. Alltså det var ingen som frågade mig liksom hur jag kände mig liksom. För man känner sig inte bra liksom” (I2).

Erfarenhet och information gör skillnad

En del av föräldrarna i föreliggande studie hade tidigare erfarenhet av att deras barn genomgått en elektiv operation. De flesta av dessa föräldrar visste vad som skulle hända och upplevde en trygghet i att det gått bra förra gången. Vetenskapen om vad barnet skulle genomgå gjorde att föräldrarna upplevde sig mindre övergivna och ensamma i jämförelse med de föräldrar som inte hade denna erfarenhet. Tankar och minnen som återupplevdes var inte lika negativa och påfrestande hos de föräldrar som hade tidigare erfarenheter. En förälder som deltog i föreliggande studie arbetade själv inom vården vilket stärkte personen då denne väntade på att få återse sitt barn. Känslan av kontrollförlust vid själva överlämnandet av barnet till anestesipersonalen var dock densamma som övriga föräldrar beskrev den. Känslan av tomhet och ensamhet då föräldern lämnade operationssalen var även den detsamma som de övriga föräldrarna upplevt.

Föräldrarna upplevde det som positivt i de fall där en narkosläkare kom upp till avdelningen och informerade om narkosen innan operationen. Informationen som föräldrarna mottagit av anestesipersonalen ansågs vara bra och den anpassades enligt föräldrarna både till barnet som skulle genomgå narkosen samt till den förälder som var med sitt barn. Det var av stor vikt för föräldrarna i detta skede att hänsyn och information anpassades efter i första hand barnet men även till föräldrarna. En förälder beskrev på följande vis:

”Vi blev väldigt väl informerade av alla vi mötte och det var väldigt bra information” (I4).

De upplevde det även som positivt då läkaren som opererat barnet kom och återkopplade till föräldern om hur operationen gått och vad som gjorts under operationen. De flesta föräldrar

uppgav att de fick denna återkoppling innan de lämnade uppvaksavdelningen. Det framkom under intervjuerna att samtliga föräldrar önskat att de fått denna återkoppling av operatören till barnet innan barnet väckts ur narkosen:

” Det hade ju varit smidigt om doktorn kommit medan hon sov.... då hade man kunnat haft fokus på honom” (I7)

Behov av stöd

Tiden då operationen ägde rum väckte mycket tankar och funderingar hos föräldrarna och det fanns ett behov av att prata om dem. Det avlastade föräldrarna i sin oro att ha någon hos sig att bolla sina tankar med och få tröst och stöd. Väntan som operationen innebar för föräldrarna var påfrestande. Tiden gick långsamt och föräldrarna försökte fördriva den på olika sätt. Att under denna väntan få stöd av familjemedlem eller personal gjorde väntan mindre påfrestande. Det framkom även att det varit önskvärt att inte behöva vistas inne på vådrummet under tiden barnet genomgick operation utan att föräldrarna önskat sitta i ett annat rum med tv och eventuellt andra föräldrar som genomgick samma process som de själva. Föräldrarna uppgav att det hade underlättat att ha någon att bolla tankar med som genomgått samma sak som de gjorde vid samma tidpunkt. En förälder upplevde:

” hade nog varit skönt för då hade man haft min man att prata med hela tiden och bolla sina känslor med och han hade stöttat mig. Och jag skulle stötta sonen men gjorde inte det då jag grät hela tiden... ” (I6)

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens syfte var att beskriva föräldrars upplevelser av tiden från det att deras barn sövts i ett oplanerat skede och fram till postoperativ vård tar sin början. En kvalitativ metod valdes för att kunna belysa föräldrarnas upplevelser (Polit & Beck, 2014). En enkätstudie hade inte kunnat utföras då studiens syfte var att belysa upplevelser och en observationsstudie var inte heller genomförbar då upplevelser ej går att observera (a.a.). Det finns begränsade studier gjorda som fokuserar på föräldrarnas upplevelser av den tid då deras barn genomgår sövning

samt operation. Denna aspekt av ämnet var i fokus i föreliggande studie. En förutsättning för att formulera ett syfte och utforma en intervjuguide är att en viss förförståelse existerar (Danielson, 2015b). Genom att ställa öppna frågor under intervjuerna kunde förförståelsen hanteras kombinerat med ett öppet förhållningssätt för resultatet.

Urvalet var konsekutivt, vilket innebär att föräldrar valdes ut löpande under en viss tidsperiod med inklusionskriterierna som grund (Danielson, 2015b). Denna typ av urval är att föredra då det under föreliggande studie fanns en tidsaspekt att ta hänsyn till (a.a.). Enligt Polit och Beck (2014) ökar stabiliteten i studien då urvalet är tydligt beskrivet. Genom att endast inkludera de akuta och oplanerade operationerna exkluderas automatiskt de elektiva operationerna.

Orsaken till detta val var att föräldrar förbereds på ett annat sätt vid elektiva operationer. I föreliggande studie deltog åtta stycken föräldrar som samtliga vid vårdtillfället var barnets vårdnadshavare. Föräldrarna bestod av sex stycken mammor samt två stycken pappor. Intervjuerna genomfördes med en informant per intervju. I inget av fallen valde båda föräldrarna att delta i intervjuerna, vilket kan ses som en svaghet i studien.

Ett av inklusionskriterierna var att intervjun skulle ske efter utskrivning från vårdavdelningen, detta för att ge föräldrarna ett andrum innan de blev kontaktade av författarna samt för att vårdtiderna ofta är korta. Föräldrarna informerades om studien först efter att operationen var utförd och de återkommit till vårdavdelningen. Detta för att informanterna inte skulle känna sig tvingade att ställa upp samt för att det inte skulle påverka omvårdnaden av det aktuella barnet. Informanterna var inte i beroendeställning till sjukvården under studien, vilket enligt Polit och Beck (2014) är ett viktigt krav att uppfylla. Om intervjuerna genomförts under vårdtiden skulle detta eventuellt kunnat medföra ett högre antal informanter samt att ett högre antal intervjuer genomförts ansikte mot ansikte. Föräldrarna kontaktades efter utskrivning vilket medförde att fyra intervjuer av åtta genomfördes via telefon. Intervjuernas längd kan ha påverkats då de genomfördes via telefon, men verkar inte ha haft någon påverkan på intervjuernas kvalitet eller innehåll. Enligt Granskär och Höglund Nielsen (2008) är det kvaliteten och inte tidslängden på intervjuerna som är det betydelsefulla (a.a.).

Den största anledningen till att några intervjuer genomfördes via telefon berodde på sjukhusens upptagningsområde som var hela södra sjukvårdsregionen. Om intervjuerna genomförts ansikte mot ansikte hade de möjligen kunnat ge ett annat resultat. Vidare kan en telefonintervju anses vara mindre påfrestande för föräldrarna än en intervju i hemmet eller på

annan plats. En telefonintervju går även lättare att anpassa efter föräldrarnas egna önskemål och man kan vara mer flexibel om hinder uppstår. Polit och Beck (2014) belyser detta då de menar att personliga intervjuer är kostsamt för båda parter.

Ett annat inklusionskriterium var att informanterna skulle tala och förstå svenska, detta då förutsättningarna att anlita tolk inte fanns för denna studie. Det skulle eventuellt kunnat vara svårt att få fram en bra kvalitet på intervjun samt få fram föräldrarnas upplevelser även om en tolk använts. Språkliga missförstånd kan även uppkomma då tolk används (Henricson & Bilhult, 2015). En svaghet med studien kan vara att föräldrar till svårt sjuka eller skadade barn exkluderades då dessa kunnat bidra med viktig kunskap. Då dessa föräldrar är väldigt utsatta och ofta behöver mycket stöd av vårdpersonalen för att inte utsättas för ytterligare press exkluderades dessa.

Intervjuguiden utformades utifrån studiens syfte och den var uppbyggd med öppna frågor, vilket gjorde att informanterna kunde prata fritt kring det ämne som efterfrågades. Genom att sedan använda följdfrågor stärktes giltigheten då informanterna kunde utveckla sina svar (Polit & Beck, 2014). Samtliga intervjuer genomfördes med båda författarna närvarande, vilket författarna till studien anser vara en styrka i studien. Det faktum att båda författarna deltog i intervjuerna bidrar till ökad förståelse samt eventuellt även en ökad informationsmängd, vilket i sin tur bidrar till ökad tillförlitlighet. En pilotintervju genomfördes för att testa intervjuguiden samt intervjutekniken. Då pilotintervjun svarade bra på studiens syfte samt var av god kvalitet valdes intervjun att ingå i studien i samråd med handledaren. Inför varje intervju informerades informanterna om studiens syfte och bakgrund.

Burnards innehållsanalys användes och den bygger på 14 steg (Burnard, 1991). På grund av tidsbrist var det inte möjligt att utföra alla 14 stegen och steg sex, sju och elva valdes bort. Steg sex innebär att två kolleger inbjuds att skapa egna kategorier och att dessa kategorier sedan jämförs och diskuteras för att öka validiteten. Steg sju innebär att det transkriberade materialet läses igenom på nytt efter att steg sex genomförts. Steg elva innebär att några utvalda informanter kontaktas för verifiering av analysen (a.a.). Det kan anses vara en svaghet i studien att inte alla stegen i innehållsanalysen är utförda. Föreliggande studie kan dock ha hög tillförlitlighet och validitet trots att samtliga steg i innehållsanalysen ej är utförda (Burnard, 1991). Transkribering av det insamlade materialet genomfördes direkt efter intervjutillfället och materialet lästes igenom flera gånger, vilket underlättade då

meningsbärande enheter som svarade till syftet togs ut. Genom att analysen är tydligt beskriven kan studiens stabilitet förstärkas (Polit & Beck, 2014). Giltigheten förstärks genom att författarna genomfört analysprocessen enskilt och sedan jämfört och sammanställt kategorier och subkategorier. Stabiliteten och tillförlitligheten av det transkriberade materialet förstärks då författarnas handledare läste delar av materialet och av detta tagit ut egna kategorier som sedan jämförts med författarnas.

Antalet intervjuer till denna studie är åtta stycken men ca 20 kuvert med information samt samtyckesblanketter delades ut av vårdpersonal. Anledningen till det låga deltagandet är osäkert. Antalet deltagande föräldrar i föreliggande studie kan ha påverkats negativt av att informationsbladet ej justerats under studiens gång angående en specifikation gällande att intervjuerna kunde ske både ansikte mot ansikte samt via telefon. Enligt Danielson (2015b) kan ett för stort antal intervjuer göra att materialet blir för svårt att hantera och betydelsefulla detaljer kan då försvinna i mängden. Få intervjuer med god kvalitet kan anses bättre än ett stort antal intervjuer med mindre bra kvalitet (a.a.). Även om antalet föräldrar som valde att delta i studien hade varit större kan inte slutsatsen dras att resultatet påverkats på något sätt.

För att påvisa studiens trovärdighet ska giltighet, tillförlitlighet samt överförbarhet tas i beaktan. Giltigheten styrs av resultatet i jämförelse med det som studien är avsedd att beskriva (Polit & Beck 2014). Tillförlitligheten i föreliggande studie stärktes genom att båda författarna var delaktiga i samtliga moment och tog del av samtligt material. Författarnas handledare var delaktig och medbedömare under processens gång. I föreliggande studie används citat för att styrka det presenterade resultatet, vilket är ytterligare ett sätt att bedöma och stärka giltigheten. Enligt Polit och Beck (2014) visar överförbarhet på i vilken utsträckning möjligheten finns att överföra resultatet till andra grupper. Genom att ge en noggrann beskrivning av urval, deltagare, analys, datainsamling underlättas bedömningen av överförbarheten (a.a.).

Resultatdiskussion

I föreliggande studie framkom det att föräldrarna upplevde ett stort spektrum av känslor och tankar under den tid deras barn vistas på operationen och föräldrarna inte kunde vara nära sina barn. Kain et al (2007) menar även att föräldrarnas känslor påverkas av vad deras barn känner. Är barnet oroligt blir ofta föräldern orolig. I en artikel av Kain et al (2007) framkom det även

hur viktigt det är att se till hela familjen inför oplanerade operationer där fokus bör vara familjecentrerat för att möta hela familjens behov. Familjecentrerad omvårdnad där man ser till hela familjen för att uppnå trygghet inom familjen styrks bland annat av artiklar från (Chorney & Kain, 2010; Eichner-Jerrold & Johnson, 2012; O'Malley et al, 2008; Shields et al, 2012). Det framkom även att känslan av att vilja vara nära sitt barn var väldigt stark hos samtliga föräldrar, däremot tog detta sig uttryck på olika sätt. I en artikel av Akinci et al (2008) belystes vikten av att föräldrarna kunde närvara vid själva sövningen av barnet.

Studier gjorda visar att vara nära var viktigare för föräldrarnas oro än för barnets egen oro men att man såg fördelar hos barnet om föräldern var lugn då detta avspeglade sig hos barnet inför bland annat sövningen (Palermo, Tripi, & Burgess, 2000; Romino et al 2005).

Föräldrarna i föreliggande studie förstod att de inte kunde vara med under själva operationen men att så fort barnet var på väg att vakna ville de tillbaka till sitt barn. Olika faktorer såsom tidigare erfarenhet av sjukvården, trygghet eller omtanke visad av vårdpersonalen påverkade deras känslor och tankar under den tid de väntade på att åter få vara hos sitt barn. Oron samt att inte kunna vara med sitt barn hela tiden är ett genomgående teman i föreliggande studie. Tidigare studier belyser också vikten av den oro som föräldrar känner i samband med att ens barn sövs (Himes, Munyer, & Henly, 2003; Scrimin et al, 2009). Då stödet till föräldrar vars barn opereras akut och oplanerat behöver individanpassas är det av vikt att ta hänsyn till föräldrarnas enskilda behov (IPFCC, 2016; Kain et al, 2007; Shields et al, 2012; Shields et al, 2006). Stuart och Melling (2012) såg även vikten av att individanpassa vården för barn och föräldrar vid varje enskilt vårdtillfälle. När sjukvården upptäckte hur viktiga föräldrarna var för barnet och vilken påverkan en persons sjukdom eller skada kan ha på hela familjen började familjecentrerad vård införas (Jolly & Shields, 2012).

Föräldrarna i föreliggande studie uttryckte att närheten till barnet var det mest centrala. Närvaron vid sövningen av barnet upplevdes som väldigt betydelsefull samtidigt som föräldrarna uttryckte oro, ångest samt kontrollförlust över att lämna över sina barn i händerna på anestesipersonalen. Trots tilliten till sjukvården och anestesipersonalen så var narkosen det som föräldrarna oroade sig mest över. En artikel gjord av Andersson et al (2012) beskriver vikten av föräldrars närvaro vid sina barns sövning samt att föräldrarna i efterförloppet är nöjda över att ha deltagit vid barnens sövning. Föräldrarna i Anderssons studie upplevde att det fanns olika faktorer som de själva inte kunde påverka, men som på olika sätt var påfrestande för dem. Exempelvis oron för barnet samt för de risker en narkos och operation

innebar för barnet. Föräldrarna upplevde att de tappade kontrollen vid själva nedsövningen (Andersson et al, 2012). Föräldrarna i föreliggande studie beskrev att tiden från det att det lämnat över sitt barn till anestesipersonalen och till dess att de åter fick träffa sitt barn på uppvaksavdelningen var väldigt påfrestande. Flera av dessa faktorer som föräldrar i föreliggande studie belyst stärks av en studie av Andersson et al (2012) där föräldrarna upplevde det påfrestande att vänta på att barnet skulle opereras klart. Känslan av att tappa kontrollen över sitt barn och situationen gjorde att föräldrarna upplevde en otrygghet samt en oro. Viljan att ha kontroll och sedan tvingas lämna den och lita på någon annan och dennes kunskap var svår för många. Föräldrarna uppgav i flera av intervjuerna att tårarna kom då de lämnade operationssalen och återvände till avdelningen. De uttryckte att tiden gick långsamt samt att de gärna hade haft stöd av en annan familjemedlem under denna tidsperiod. Andra krävande situationer kunde vara missuppfattningar i kommunikationen samt förlängd väntetid inför operationen där man som förälder ej kunde påverka gången. Shields et al (2012) menar att kommunikation är en viktig del inom familjecentrerad omvårdnad. Andra saker som föräldrarna i föreliggande studie tog upp var chock och maktlöshet då barnet blev tvunget att genomgå en akut/oplanerad eller oväntad operation. Det finns mycket som kan göras för att underlätta för föräldrarna även om det inte finns mycket som föräldrarna kan påverka. Som vårdpersonal är det viktigt att erbjuda ett adekvat stöd för föräldrarna medans de väntar då de befinner sig i chock på grund av den situation de befinner sig i. Omställningen är stor både för barnet och för föräldern. De starka band som finns mellan barn och förälder tar man tillvara på om man arbetar utifrån ett familjecentrerat tänkande då separationen mellan barn och förälder är skadligt för barnet (Jolley & Shields, 2009).

All kommunikation mellan personal och familj är viktig vilket föräldrarna förmedlade genom att berätta om misstag som vårdpersonal gjort gällande information och bemötande av föräldrarna samt hur detta ledde till ökad stress för föräldrarna. Föräldrarna ville känna sig trygga när de väntade på att de skulle få träffa sitt barn igen. I en artikel av Hallström, Runesson, och Elander (2002) lyfts tankar kring bland annat kommunikation, trygghet, vara nära sitt barn och en hög kompetens hos vårdpersonalen. Dessa begrepp ledde till en ökad trygghet för föräldern. Saker som tas upp är av stor betydelse, vilket i sin tur inte skiljer sig från resultatet i föreliggande studie.

I de fall då vårdpersonalen exempelvis uppgett att det aktuella barnets operation skulle ta två timmar och denna tidsram sedan överskreds upplevde föräldern att stressen och oron ökade

markant och trots kontinuerlig information från personalen avtog inte denna ökade stressen förrän föräldern återsåg sitt barn på uppvaksavdelningen. Enligt Shields (2007) kan tydlig samt kontinuerlig information till föräldrar vars barn genomgår operation leda till trygghet. Genom att operationssjuksköterskan ger kontinuerliga uppdateringar ifall operationen tar längre tid än planerat (a.a.). Inom familjecentrerad vård är konkret och tydlig information en viktig del (IPFCC, 2016; Shields et al., 2012).

Föräldrarna i föreliggande studie kände en klar lättnad efter att operationen var klar och de fick återse sitt barn på postoperationsavdelningen. Kontrollförlusten och känslan av att vara nära sitt barn försvann i samband med återseendet. Många föräldrar berättade om en glädjefylld känsla i kroppen när de förenats med sitt barn på nytt. Lättnaden av att få se sitt barn igen är även beskriven i studier av bland annat Blesch och Fischer från (1996) samt Palermo et al. (2000).

I föreliggande studie beskrev föräldrarna vikten av att få stöd under den tid de väntade på att barnet opererades klart. Flertalet föräldrar uttryckte att det hade underlättat att ha någon vid sin sida, exempelvis sin partner eller annan familjemedlem, att ha någon hos sig att bolla sina tankar med och få tröst och stöd i sin oro. Väntan som operationen innebar för föräldrarna var påfrestande. Tiden gick långsamt och att under denna väntan få stöd av familjemedlem eller personal skulle enligt föräldrarna gjort väntan mindre påfrestande. De beskrev även det trevliga och omtänksamma bemötandet från vårdpersonalen som avlastande och tryggt. I ett fall där föräldern inte fick det önskade stödet av vårdpersonalen blev upplevelsen inte lika trygg och föräldern uppgav att denna saknade stödet från personalen. Ett önskemål i detta fallet hade var att vårdpersonalen kommit in på rummet och frågat hur det var med föräldern och hur denna mädde. I en studie av gjord av Andersson et al (2012) framkom det att föräldrarna uppskattade att personalen var vänlig och engagerade sig i just deras barn. I artikeln av Andersson et al (2012) togs det upp att föräldrarna gärna hade velat vara två vid själva sövningen för att lättare kunna stötta varandra i efterförloppet sedan. Liknande fakta tar även Kain et al. (2009) upp i sin studie.

De föräldrar som hade erfarenhet av att ett annat syskon genomgått operation tidigare visste bättre vad som skulle ske och var tryggare i att det gått bra tidigare. De upplevde fortfarande en viss oro gällande att det aktuella barnet behövde genomgå narkos samt operation, med de risker som det kan medförde. Föräldrarna upplevde dock att känslorna var lättare att hantera

denna gången. Detta styrks av en studie gjord av Shields et al (2012) som visar på vikten av att barnsjuksköterskan vid varje vårdtillfälle individanpassar vården samt omvårdnaden av det aktuella barnet och föräldern. I en artikel gjord av Miceli och Clark (2005) framkom sju olika punkter som föräldrarna ansåg vara viktiga för att kunna känna sig trygga vid sjukhusvistelsen. Man tog upp både exempel på miljöförbättringar samt utbildning och vidareutbildning av vårdpersonalen för att bättre kunna möta familjens behov. Det som framkom i Micelis och Clarks studie (2005) kan med fördel appliceras i föreliggande studies tankar från föräldrarna då familjecentrerad omvårdnad är ett stort och vitt begrepp.

Närheten till sitt barn samt ovissheten som föräldrarna upplevde är något som vårdpersonal behöver jobba vidare med för att göra tiden så trygg och behaglig som möjligt för de föräldrar som sätts i en liknande situation. Hela familjen blir drabbade, även om det är barnet i detta fallet som blir sjukt eller skadat så startas en mindre krissituation för hela familjen. Det finns standardiserade mallar för omhändertagande av familjer i kris. Dessa är utvecklade ur ett familjecentrerat perspektiv för att kunna erbjuda hela familjen ett individuellt stöd i påfrestande situationer. Ett standardiserat initialt omhändertagande av hela familjen som sedan övergår och blir mer inriktat till den specifika familjen ifråga skapar trygghet för hela familjen (Fincher, Shaw & Ramelet, 2012).

Konklusion och implikationer

Föräldrar upplever det viktigt att hela tiden få vara så nära sitt barn som möjligt. Föräldrarnas tankar och känslor påverkades ibland av tidigare erfarenheter av sjukhusvård. Föräldrar har ett behov av att få känna trygghet samt att bli visad omtanke av vårdpersonalen. Möjligheten att ha sällskap hos sig under den tidsperiod då de överlämnat barnet till anestesipersonalen och till dess att de återsåg sitt barn på uppvaksavdelningen var önskad då denna tid upplevdes som väldigt påfrestande. Rutiner på vårdavdelningar bör ses över gällande föräldrar till barn som genomgår oplanerade operationer. Det är av vikt att ha den familjecentrerade omvårdnaden i fokus samt att individualisera stödet till föräldrarna vilket kan bidra till en bättre omvårdnad av barnet.

Referenser

Akinci, SB., Köse, EA., Öcal, T., & Aypar, Ü. (2008). The effects of maternal presence during anesthesia induction on the mother's anxiety and changes in children's behavior. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 50(6), 566-571. Hämtad från

<http://www.turkishjournalpediatrics.org/?fullTextId=581&lang=eng>

Andersson, L., Johansson, I., & Almerud, Ö. (2012). Parents' experiences of their child's first anaesthetic in day surgery. *British Journal of Nursing*, 21(20), 1204-1210. doi: 10.12968/bjon.2012.21.20.1204

Blesch, P., & Fisher, ML. (1996). The Impact of Parental Presence on Parental Anxiety and Satisfaction. *Association of Operating Room Nurses journal*, 63(4), 761-768. doi: 10.1016/S0001-2092(06)63127-X.

Burnard, P. (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11(6), 461-466. doi: org/10.1016/0260-6917(91)90009-Y.

Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16(4), 278-281. doi: org/10.1016/S0260-6917(96)80115-8.

Chorney, JM & Kain, ZN. (2010). Family-centered Pediatric Perioperative Care. *Anesthesiology*, 112(3), 751-755. Doi:

<http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1097/ALN.0b013e3181cb5ade>

Chundamala, J., Wright, JG., & Kemp, SM. (2009). An evidence-based review of parental presence during anesthesia induction and parent/child anxiety. *Canadian journal of anaesthesia*, 56(1), 57-70. Doi: 10.1007/s12630-008-9008-3

Danielson, E. (2015a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (ss. 329-343). Lund: Studentlitteratur

Danielson, E. (2015b). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (ss. 163-174). Lund: Studentlitteratur

Edwinson Månsson, M., & Enskär, K. (2008). *Barn och familjer på sjukhus: Pediatrisk vård och specifik omvårdnad*. (ss. 31-37) Lund: Studentlitteratur

Eichner Jerrold, M., & Johnson, Beverley, H. (2012). Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*, 129(2), 394-404.

doi:<http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1542/peds.2011-3084>

Fincher, W., Shaw, J., & Ramelet, AS. (2012). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7/8), 946-955. doi:

<http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2702.2011.03973.x>

FN:s konvention om barnets rättigheter. (2009) *Konventionen om barnets rättigheter, med strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*. Hämtad 10 mars, 2016, från

Barnkonventionen, <http://barnkonventionen.se/wp-content/uploads/2009/07/Barnkonventionenfullversion.pdf>

Granskär, M & Höglund Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom Hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Hallström, I. (2015). Barn i hälso- och sjukvården. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad*. (ss. 24-30). Stockholm: Liber

Hallström, I., Runesson, I., & Elander, G. (2002). International Pediatric Nursing: Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(2), 140-148. doi:<http://dx.doi.org/10.1053/jpdn.2002.123020>

Hansson, L., & Trobäck, E. (2008). Olycksfall och akut omhändertagande. I M. Edwinson Månsson & K. Enskär (Red.), *Pediatrisk vård och specifik omvårdnad*. (ss. 225-226). Lund: Studentlitteratur

Henricson, M., & Bilhult, A. (2015). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (ss. 129-137). Lund: Studentlitteratur

Himes, MK., Munyer, K., & Henly, SJ. (2003). Parental presence during pediatric anesthetic induction. *AANA Journal*, 71(4), 293-298. Från

<http://eds.b.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=9bad3453-0a6a-4420-aba5-f41d5229323f%40sessionmgr114&vid=12&hid=122>

Hwang, P., & Nilsson, B. (2011). *Utvecklingspsykologi*, 3:e utg. Stockholm: Natur och Kultur Akademiska

Institute for Patient- and Family-centered Care [IPFCC]. (2016). *Institute for family-centered care - patient- and family-centered care* [Broschyr]. Bethesda: IPFCC Från

<http://www.ipfcc.org/pdf/CoreConcepts.pdf>

Jolley, J., & Shields, L. (2009). The Evolution of Family-Centred Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 164-170. doi: 10.1016/j.pedn.2008.03.010

Kain, ZN., MacLaren, J., Weinberg, M., Huszti, H., Anderson, C. & Mayes, L. (2009). How many parents should we let into the operating room? *Pediatric Anesthesia*, 19(3), 244-249. doi:10.1111/j.1460-9592.2008.02889.x

Kain, ZN., Alison, A., Caldwell-Andrews, AA., Mayes, LC., Weinberg, ME., Wang, SM., MacLaren, JE. & Blount, RL. (2007). Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children: a randomized controlled trial. *Anesthesiology*, 106(1), 65-74.

Kjellström, S. (2015). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (ss. 69-94). Lund: Studentlitteratur

Lindberg, S., von Post, I. & Eriksson, K. (2012). The experiences of parents of children with severe autism in connection with their children's anaesthetics, in the presence and absence of the perioperative dialogue: a hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 627-634. Doi: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1471-6712.2012.00971.x>

Miceli, PJ. & Clark, PA. (2005). Your patient -- my child: seven priorities for improving pediatric care from the parent's perspective. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(1), 43-55.

NOBAB. (u.å.). *Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård*. Hämtad 10 mars, 2016, från

NOBAB, http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/Presentation_Nobabs_standard.pdf

O'Malley, PJ., Brown, K., & Krug, SE. (2008). Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*, 122(2). e511-e521. doi: 10.1542/peds.2008-1569

Palermo, TM., Tripi, PA., & Burgess, E. (2000). Parental presence during anaesthesia induction for outpatient surgery of the infant. *Pediatric Anaesthesia*, 10(5), 487-491. doi: 10.1046/j.1460-9592.2000.00552.x

Radell, P., & Bredlöv, B. (2015). Det akut sjuka barnet: Familjen i akutsjukvård. I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad*. (s. 177-179) Stockholm: Liber

Riksförbundet för barnsjuksköterskor [Rfb]. (2013). *Kompetensbeskrivning: För legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Hämtad 10 mars,, 2016, från Rfb & SSF

<http://www.barnsjukskoterska.com/org/wp-content/uploads/2009/01/ssfbarn.pdf>

Romino, SL., Keatley, M., Secrest, J & Good, K. (2005). Home Study Program: Parental presence during anesthesia induction in children. *AORN Journal*, 81(4), ss. 779,785,792-783,789,792. doi:10.1016/S0001-2092(06)60357-8

Scrimin, S., Haynes, M., Alto, G., Bornstein, MH., & Axia, G. (2009). Anxiety and stress in mothers and fathers in the 24 h after their child's surgery. *Child, Care, Health & Development*. 35(2): 227-233. doi: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2214.2008.00920.x>

SFS 2003:460 Lagen om etikprövning av forskning som avser människor. Hämtad 11 mars, 2016, från Sveriges Riksdag <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument->

[Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/](#)

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 29 mars, 2016 från Sveriges Riksdag, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Socialstyrelsen. (2016). *Statistik – statistikdatabas – operationer slutenvård*. Hämtad 15 december, 2016, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/operationerislutenvard>

Shields, L., Zhou, H., Pratt, J., Taylor, M., Hunter, J. & Pascoe, E. (2012). Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years. *The Cochrane Library*, 10. Doi: 10.1002/14651858.CD004811.pub3

Shields, L., Pratt, J. & Hunter, J. (2006). Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), ss 1317-1323. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x

Stuart, M., & Melling, S. (2014). Understanding nurses' and parents' perceptions of familycentred care. *Nursing Children & Young People*, 26(7), 16-20. Hämtad från <http://eds.a.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=f57d5a21-2546-4692-a4a9-fe7ab3974073%40sessionmgr4008&vid=7&hid=4213>

Tveiten, S. (2000). *Föräldrar på sjukhus: Omvårdnad i barnsjukvården*. (ss. 32-36). Lund: Studentlitteratur

World Medical Association. (1964). WMA declaration of helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects (64th ed, 2013). Hämtad 10 mars, 2016, från: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>



INFORMATIONSBREV

LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Bilaga 1(5)

Till verksamhetschef eller motsvarande

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien *Föräldrars upplevelser av tiden från det att deras barn sövts i ett akut skede och fram tills dess att postoperativ vård tar sin början*

Mycket forskning är gjord på hur vi ska ta hand om barnen på bästa vis inför olika operationer eller undersökningar. Det finns lite forskning på hur vi som vårdpersonal tar hand om föräldrarna på bästa vis under tiden som de sitter och väntar på att sitt barn ska vakna ur sin narkos efter en operation eller att de ska få träffa sitt barn igen efter utförd undersökning. Vi vill med hjälp av denna studie lära oss mer om vad föräldrar behöver för information och hur man som vårdpersonal kan underlätta väntan för föräldrarna.

10-15 föräldrar eller föräldrapar kommer att intervjuas som under tiden för insamling möter studiens inklusionskriterier. Intervjuer kommer att ske på svenska. Intervjuerna kommer att spelas in och raderas efter examination. Sammanställning av materialet kommer att ske under hösten 2016 för att sedan presenteras i Januari 2017.

Studiedeltagarna kommer att få ett informationsbrev som vi med hjälp av din personal hoppas kunna få ut till de tilltänkta studiedeltagarna. Med ditt godkännande kan vi genomföra vår studie. Informationsbrevet kommer att innehålla en kort beskrivning av studien där även en samtyckesblankett kommer att medfölja för samtyckte av deltagande i studien. En kopia på färdig studie kommer att skickas till verksamhetschefen som möjliggör att din personal får ta de av studien.

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

Insamlat material kommer att förvaras inlåst och kommer ej att kunna härledas till de olika deltagarna.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inom barnsjukvård. Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Caroline Lindell
Leg. Sjuksköterska
Studerande på
specialistsjuksköterskeprogrammet
e-post:
caroline.lindell.0878@student.lu.se
Tfn: 0706-633102

Per Lindh
Leg. Sjuksköterska
Studerande på
specialistsjuksköterskeprogrammet
e-post: *per.lindh.4180@student.lu.se*
Tfn: 0735-137950

Handledare
Li Thies.Lagergren
Titel: Barnmorska, Mmid, PhD, Adjunkt
Postadress: Institutionen för
hälsovetenskaper
Barnmorskeprogrammet Lunds
Universitet
Tfn: 046-2221831
e-post: *li.thies-lagergren@med.lu.se*

Bilagor

- 1. Medgivandeblankett**
- 2. Projektplan**

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Föräldrars upplevelser av tiden från det att deras barn sövts i ett akut skede och fram tills dess att postoperativ vård tar sin början

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

INFORMATIONSBREV TILL
STUDIEDELTAĞARE

Bilaga 2(5)

Föräldrars upplevelser av tiden från det att deras barn sövts i ett akut skede och fram tills dess att postoperativ vård tar sin början

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

Mycket forskning är gjord på hur vi ska ta hand om barnen på bästa vis inför olika operationer eller undersökningar. Det finns lite forskning på hur vi som vårdpersonal tar hand om föräldrarna på bästa vis under tiden som de sitter och väntar på att sitt barn ska vakna ur sin narkos efter en operation eller att de ska få träffa sitt barn igen efter utförd undersökning. Vi vill med hjälp av denna studie lära oss mer om vad föräldrar behöver för information och hur man som vårdpersonal kan underlätta väntan för föräldrarna.

Vi vill göra en intervju med Dig. Avsikten med denna studie är att få veta mer om dina känslor under och upplevelser av den tiden då du väntade på att ditt barn skulle vakna ur narkosen. Intervjun beräknas ta cirka 30 till 60 minuter och genomförs av Caroline Lindell och Per Lindh. Vi erbjuder plats för intervjun alternativt att Du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Ljudfilen och den utskrivna intervjun kommer att förvaras inlåst, för att obehöriga ej ska få tillgång till materialet.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten och skicka tillbaka den i bifogat svarskuvert alternativt återlämna den i svarskuvertet till den avdelning som lämnade dig informationen.

Allt material kommer att förvaras inlåst, för att obehöriga ej ska få tillgång till materialet. Datalagring kommer att skyddas med kod som endast författarna har tillgång till.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inom barnsjukvård vid Lunds Universitet.

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

Med vänlig hälsning

Caroline Lindell
Leg. Sjuksköterska
Studerađe på
specialistsjuksköterskeprogrammet
e-post:
caroline.lindell.0878@student.lu.se

Per Lindh
Leg. Sjuksköterska
Studerađe på
specialistsjuksköterskeprogrammet
e-post: per.lindh.4180@student.lu.se

Handledare
Li Thies-Lagergren
Titel: Barnmorska, Mmid, PhD, Adjunkt
Postadress: Institutionen för hälsovetenskaper
Barnmorskeprogrammet Lunds Universitet
Tfn:046-2221831
e-post: li.thies-lagergren@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om *Föräldrars upplevelser av tiden från det att deras barn sövts i ett akut skede och fram tills dess att Post operativ vård tar sin början.*

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

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift av studiedeltagare

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Bilaga 4(5)

**INFORMATIONSBREV TILL
MELLANHAND**

Till

Föräldrars upplevelser av tiden från det att deras barn sövts i ett akut skede och fram tills dess att postoperativ vård tar sin början

Vi skulle uppskatta om du ville vara behjälplig med att rekrytera deltagare till ovanstående studie.

Mycket forskning är gjord på hur vi ska ta hand om barnen på bästa vis inför olika operationer eller undersökningar. Det saknas dock forskning på hur vi som vårdpersonal tar hand om föräldrarna på bästa vis under tiden som de sitter och väntar på att sitt barn ska vakna ur sin narkos efter en operation eller att de ska få träffa sitt barn igen efter utförd undersökning. Vi vill med hjälp av denna studie lära oss mer om vad föräldrar behöver för information och hur man som vårdpersonal kan underlätta väntan för föräldrarna.

10-15 föräldrar eller föräldrapar som uppfyller studiens inklusionskriterier kommer att intervjuas. Intervjuer kommer att ske på svenska. Intervjuerna kommer att spelas in och kasseras efter avslutad studie. Sammanställning av materialet kommer att ske under hösten 2016 för att sedan presenteras i Januari 2017. Deltagandet är frivilligt.

Din uppgift blir att identifiera föräldrar som uppfyller kriterierna, kort beskriva studien samt förmedla informationsbrevet och samtyckesblanketten till dem som uppfyller inklusionskriterierna. Möjlighet finns för deltagarna att själva skicka samtyckesblanketten till ansvariga för studien för att kontakt ska kunna tas alternativt om du som mellanhand kan vidarebefordra i ett förslutet kuvert samtyckesblanketten till oss ansvariga för studien.

Studien ingår som ett examensarbete specialistsjuksköterskeprogrammet inom barnsjukvård.

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

Med vänlig hälsning

*Caroline Lindell
Leg. Sjuksköterska
Studerande på
specialistsjuksköterskeprogrammet
e-post:
caroline.lindell.0878@student.lu.se*

*Per Lindh
Leg. Sjuksköterska
Studerande på
specialistsjuksköterskeprogrammet
e-post:
per.lindh.4180@student.lu.se*

Handledare
*Li Thies-Lagergren
Titel: Barnmorska, Mmid, PhD, Adjunkt
Postadress: Institutionen för
hälsovetenskaper Barnmorskeprogrammet
Lunds Universitet
Tfn: 046-2221831
e-post: li.thies-lagergren@med.lu.se*

Intervjuguide

Berätta om hur det var att komma till operationsavdelningen

Hur upplevde du det?

Vad kände du?

Var du ensam eller var ni båda två?

Har du varit med om något liknande tidigare?

Är det något du saknade?

Hur upplevde du det när ditt barn sövdes ner inför operationen

Vad kände du när du lämnat över ditt barn till operationspersonalen?

Vad gjorde du efter att du lämnat ditt barn?

Gick du tillbaka till avdelningen?

Vilket bemötande fick du av vårdpersonalen är du kom till avdelningen

Hur upplevde du det att vänta på att få träffa ditt barn igen

Vad kände du?

Var du ensam?

Fick du någon information av vårdpersonalen?

Fick du den stöttning du behövde?

Kunde något gjorts annorlunda?