

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
M 2017:9

Hur upplevde du att bli akut sövd?

- En intervjustudie, ur patientens perspektiv

Marija Arsic
Ann-Charlotte Olsson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Hur upplevde du att bli akut sövd?
-En intervjustudie, ur patientens perspektiv

Författare: Marija Arsic
Ann-Charlotte Olsson

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterska inom anestesi

Handledare: Thomas Eriksson

Examinator: Yvonne Hilli

Sammanfattning

Målet med generell anestesi är att den skall vara säker och patienten skall känna sig trygg och inte uppleva smärta. Vid planerade operationer får i regel patienter ett samtal med anestesiläkaren där de i lugn och ro hinner få svar på frågor kring sövningen, men ibland ställs patienter inför en akut sövning, I den akuta situationen kan patienter uppleva rädsla, smärta och existentiella frågor kan uppstå. Funderingar som: kommer jag sövas tillräckligt, vakna under operationen eller att inte vakna efter narkosen kan uppkomma. Det finns forskning kring patienters upplevelser kring planerade sövning men mycket sparsamt kring akutsövning. Vad händer med patienten i det akuta skedet? För att vi ska kunna försöka förstå vad som skapar oro och vad en patient som skall sövas akut behöver för att få känna trygghet, behöver detta fenomen belysas. Syftet med examensarbetet var att belysa patienternas upplevelse av vårdandet vid akut sövning. För att kunna få ta del av patienters upplevelser valdes kvalitativ forskningsintervju med semistrukturerade frågor. Åtta informanter deltog i studien som hade varit med om en akutsövning. I resultatet framkom det två huvudkategorier med sex subkategorier. De två huvudkategorier var: att uppleva välbefinnande och att uppleva lidande. Resultatet visade att patienter kände tillit till anestesipersonalen i den akuta situationen, vilket gör att de kände sig trygga vilket gav ett ökat välbefinnande hos patienten. Det som skapade lidande för patienterna var: bristfällig information, att ha förförståelse, tappa kontrollen, smärta och illamående för patienten.

Nyckelord: *Anestesisjuksköterska, patientupplevelse, anestesi, akut, vårdande, information, välbefinnande, lidande.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Anestesisjuksköterskan kompetensbeskrivning	2
Perioperativa vårdprocessen	2
Livsvärlden och Förförståelsen	3
Generell anestesi	3
Akut situation	3
Patientinformation	4
Tidigare forskning	4
Oro, Stress, Ångest	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
Urval	6
Datainsamling	7
Dataanalys	7
Förförståelse vid forskning	8
Etiska överväganden	9
RESULTAT	10
Att uppleva välbefinnande	10
Att känna tillit till personalen	10
Att befinna sig i en lugn miljö	11
Att uppleva lidande	11
Att få bristfällig information	11
Att ha förförståelse	12
Att tappa kontrollen	12
Att känna smärta och illamående	13
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	15
Att uppleva välbefinnande	15
Att uppleva lidande	16
KLINISK IMPLIKATION	18
Slutsats	18
Implikationer	18
Utifrån resultatet av denna studie ges följande förslag:	18
REFERENSER	19
Bilaga 1.	23
Bilaga 2.	24
Bilaga 3.	25
Bilaga 4.	26

INLEDNING

Idag kan många uppleva att det är som ett löpande band som skall producera och tjäna tid inom vården, inte minst inom den operativa verksamheten.

Det finns överallt långa listor på patienter som väntar för att få sin operation genomförd. Väntandet i sig medför ett stort lidande hos patienterna, men även vårdens stress som många patienter kan uppleva när de kommer in till sjukhuset. För många patienter som kommer in till sjukhus och skall sövas och opereras är detta en upplevelse som de får vara med om för första gången. Det är en stor del av våra patienter som upplever oro inför en operation och sövning, inför den nya händelsen. Tankarna växer och funderingar smyger sig på.

Dessa känslomässiga funderingar kan skapa mycket oro, stress och ångest hos patienterna. Denna oro grundar sig i framförallt tankar kring att uppleva smärta samt existentiella tankar om livet och att inte sövas tillräckligt, att vakna under pågående operation eller att inte vakna efter narkosen (Mavridou, Dimitriou, Manataki, Arnaoutoglou & Papadopoulos, 2012). Patienter som skall opereras upplever även akut ångest i den perioperativa fasen. Rädsla över att uppleva smärta, separeras från närstående eller rädsla över förlusten av självständighet är faktorer som orsakar perioperativ ångest (Caumo, Schmidt, Schneider, Bergmann, Iwamoto, Bandeira & Ferreira 2001). Med en del av dessa besvär hjälper vi idag våra patienter som är planerade för operation genom information vid ett preoperativt samtal.

Som anestesijuksköterska möter vi idag inom yrket även de patienter där tankarna, planerna och livet vänder på nolltid. Ett besök på akuten för magont som i tankarna skulle sluta med en undersökning, lättare behandling och sedan hemgång kan snabbt förändras och i värsta fall leda till en akut sövning och operation. Även olyckan kan snabbt vara framme och en akut operation kan bli ett faktum.

Då det finns knapphändig, nästintill ingen forskning inom detta specifika fenomen bör forskning kring detta göras för att få en inblick och insikt i upplevelserna hos patienter som blivit akut sövda. Den forskning som idag finns kring patienters upplevelser grundar sig framförallt på patienters upplevelser av förberedelserna och samtalen inför planerade sövning och operationer. Men vad händer med patienten i det akuta skedet? För att vi ska kunna försöka förstå vad som skapar oro och vad en patient som skall sövas akut behöver, för att få känna största möjliga trygghet, behöver detta fenomen belysas. Detta kan förhoppningsvis leda till förslag för anestesijuksköterskan vid mötet med patienten hon skall söva akut.

BAKGRUND

Då det finns knapphändig, nästintill ingen, forskning inom detta specifika fenomen bör forskning kring detta göras för att få en inblick och insikt i upplevelserna hos patienter som blivit akut sövda. Försöka förstå vad som skapar oro och vad en patient som skall sövas akut behöver, för att få känna största möjliga trygghet. Det är även viktigt för anestesijuksköterskan att lära sig att känna igen uttryck för ångest. Ilska och ledsamhet kan bl.a. vara uttryck för ångest (Caumo et al 2001).

Anestesisjuksköterskan kompetensbeskrivning

Den första anestesi sjuksköterskeutbildningen i Sverige startade år 1954 i Göteborg. Anestesisjuksköterska innebär att man är legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård (Riksföreningen för anestesi och intensivvård och Svensk Sjuksköterskeförening, 2012).

Anestesiologisk omvårdnad ges ut av anestesisjuksköterskan, den skall utformas efter den enskilde patientens behov och resurser, en helhetssyn av patienten skall beaktas.

Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på att vården skall vara säker och individanpassad (SFS 1982:763). Det är anestesisjuksköterskans roll att tillgodose patienten omvårdnadsbehov i samband med anestesi och operation. Det kan innefatta undersökningar och genomförandet av behandlingar, vilket kan ske i en planerad eller akut situation som kan ske på eller utanför ett sjukhus (Hovind 2013, s. 18). Det är anestesiläkaren som bestämmer anestesiform, när, därefter är det anestesisjuksköterskans arbetsuppgifter att leda, planera och fördela det perioperativa arbetet inför sövningen, men också att kunna prioritera och vidta åtgärder vid komplikationer och livshotande tillstånd. För att skapa den mest optimala vården för den enskilde patienten är det av stor betydelse att anestesisjuksköterskan har förmåga att kunna skapa tillit hos patienten, inge trygghet och ha en förståelse för patienten som befinner sig i en ny och främmande miljö (Riksföreningen för anestesi, intensivvård och svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Perioperativa vårdprocessen

Prof. Katie Eriksson började redan på 1970 talet utveckla ett verktyg kring vårdprocessen som sågs en hermeneutisk förståelseprocess. En förståelse skapas mellan sjuksköterskan och patienten genom frågor och svar. Den perioperativa vårdprocessen är ett verktyg för sjuksköterskan att kunna skapa en god vårdrelation till den enskilde patienten. Vårdprocessen delas in i fyra delar: I första steget tar sjuksköterskan del av patientens upplevelse, här sker en datainsamling samt analyseringen av data. Steg 2 innebär att sjuksköterskan lägger upp en strategi för hur vården och dess behandlingar skall genomföras. Steg 3 är genomförandet av den vården och sista steget är en utvärdering av hela vårdförloppet (Lindwall & Von Post, 2012, s. 82).

Den perioperativa vårdprocessen består av tre möten mellan anestesisjuksköterskan och den enskilde patienten, de är pre, intra och postoperativa mötet. Lindwall & Von Post (2012, s. 32) menar på att mötet mellan anestesisjuksköterska och den enskilde patienten utgår från anestesisjuksköterskans människobild/syn. Patientens ses i det perioperativa vårdandet som människa, enheten kropp, själ och ande, en lidande människa som är behov av hjälp. En lidande människa bär på ett illabefinnande, ett hot mot hälsan. Kropp, själ och ande är begrepp som sjuksköterskan måste beakta för att kunna vårda den enskilde patienten. De tre begreppen skall ses som en enhet i vårdandet av patienten för att den enskilde skall uppleva välbefinnande. Människa/patienten är unik och har olika behov för att uppnå välbefinnande. Anestesisjuksköterskan skall utgå från patientens omvårdnadsbehov istället för att se sjukdomen/ingreppet. Det är av betydelse att anestesisjuksköterskan har en öppenhet, viljan att förstå och ta del av patientens livsvärld och dess upplevelser för att ge den bästa vården för den enskilde patienten. Att kunna ta del av patientens upplevelse i den perioperativa fasen är lika viktigt som genomförande av den professionella behandlingen (Riksföreningen för anestesi, intensivvård och svensk sjuksköterskeförening, 2012). I en studie av

Heidegger, Saal & Nübling (2013) framkommer det att patienttillfredsställelse i den perioperativa fasen skapas genom information, kommunikation och relationen mellan sjuksköterskan och patienten.

Livsvärlden och Förförståelsen

Livsvärldsbegreppet utvecklades av den tyske filosofen Edmund Husserl som levde på 1800-talet. Detta begrepp var en del av fenomenologin som Husserl även utvecklade (Berglund & Ekeberg 2015, ss. 21-38). Livsvärlden är den värld som vi lever i och subjektivt erfar genom livet. Det är genom den och vår kropp vi erfar omvärlden kring oss (Wiklund 2003, s. 40). Den erfarenhet vi ständigt bär med oss präglar varje situation och upplevelse vi möter och gör den unik för oss som individ (Berglund & Ekeberg 2015, ss. 21-38).

Erfarenheten och kunskapen vi bär med oss ständigt är den som skapar vår förförståelse. Förförståelsen är den förståelse vi bär med oss sedan tidigare ur vår livsvärld och den som präglar hur vi erfar, tolkar och förstår allt nytt (Thuren 2007, s.58-61). Vår förförståelse börjar från det att vi föds och färgas fortlöpande, inte minst av vårt sociala och kulturella arv.

Generell anestesi

Ordet anestesi härstammar från grekiskan *aisthesis*, vilket innebär känsellöshet. Vid genomförande av generell anestesi påverkas centrala nervsystemet vilket leder till att patient blir medvetslös. Generell anestesi kan ske antingen via intravenösa läkemedel eller inhalationsgaser, eller i en kombination av både gas och läkemedel. Vilken typ av anestesimetod som väljs beror utifrån patientens hälsotillstånd samt vilket typ av operation/ingrepp som skall göras (Hovind 2013, ss.338-339).

Målet med generell anestesi är enligt Hovind (2013, ss.340-343) att den skall vara säker, patientens skall känna sig trygg, inte vara smärtpåverkad, vara sövd under hela ingreppet och uppvaknandet ska ske lugnt och stillsamt utan smärta hos patienten.

Akut situation

Vid planerade operationer får patienter i regel ett preoperativt samtal med anestesiläkaren i god tid före, där ges god information om operation samt hur sövningen kommer att gå till, patienten hinner även ställa eventuella frågor kring operation. Men ibland kommer det patienter till operationsavdelning som skall opereras akut. Akuta fall kan delas in i tre kategorier: omedelbar, brådskande och icke brådskande kirurgi. Enligt Lundby (2013, s. 427) innebär omedelbar kirurgi att operation måste ske omgående exempelvis vid akut livshotande tillstånd, akuta kejsarsnitt, hemodynamisk instabila patienter samt ofria luftvägar. Ett akut ingrepp kan innebära en ökad risk för patienten och dess komplikation ökar om patienten har ett nedsatt hälsotillstånd. Därför är det vid stor vikt att anestesisjuksköterska får veta vilket typ av ingrepp så snart som möjligt så att hon/han kan göra preoperativa förberedelser. Den tiden som anestesisjuksköterskan har med patienten från mottagandet till induktion av anestesi är kort, bedömning skall till regel vara densamma oavsett akut eller planerad operation. Det är utifrån hur akut situationen är och patientens tillstånd som får avgöra hur mycket

information som hinner ges. I den akuta situationen kan patienter uppleva rädsla, smärta och har existentiella frågor. Det viktigaste för anestesisyjuksköterska är att vara där för patienten och inge trygghet. Att ge utförlig information är inte av största prioritet vid en akut situation, en patient som befinner sig i en akut situation är oftast inte mottaglig för detaljerad information utan anestesisyjuksköterskan skall ge information som är kort och enkel (Hovind 2013, ss.428-429).

Patientinformation

Alla patienter har i Sverige enligt Hälso- och Sjukvårdslagen rätt till individanpassad information. (SOSFS 1982;763) Detta för att kunna ge varje individ valfriheten kring att själva bestämma över sin situation och vård i den mån det går. Vid varje tillfälle måste sjuksköterskan se till den unika situationen och anpassa informationen. Sjuksköterskan måste även i den mån det går försäkra sig om att patienten förstått den givna informationen. Forskning visar att patienter i de flesta fall önskar att få fullständig information om sin situation och kring vården som berör dem. Det visar sig inte nödvändigtvis öka oro hos patienter trots att det kan innehålla negativ information (Mitchell, 2010). Det går inte alltid att skapa en idealistisk situation där information kan ges på bästa vis, men denna skall vara en grundtanke vid varje situation. Detta för att information är en stor del i att skapa en tillit och relation mellan personal och patient (Hovind 2013, s. 47). Informationen som ges skall vara adekvat för att inge en känsla av säkerhet (Mitchell, 2010). En patient som är välinformerad kring vårdförloppet, känner sig sedd, hörd och även får utrymme att uttrycka sina känslor känner sig mer förberedd, vilket lindrar oron och lidandet (Carr, Brockband, Allen & Strike (2006); Ekdahl, Andersson & Friedrichsen, 2010)

Tidigare forskning

Det finns knapphändiga studier om fenomenet att vårda vid akut sövning. Inför studien har vi sökt efter artiklar i flera databaser såsom Cinahl och Pubmed. Vi har bland annat använt oss av sökorden: nurse, patient, acute anesthesia, experience och anesthesia. Sökorden har använts i olika böjelser och kombinationer. Sökandet har resulterat i flertal artiklar/studier kring oro och information i samband med sövning, dessa artiklar har använts som grund i denna uppsats.

Oro, Stress, Ångest

Ångest är en stark känsla av oro eller fruktan, med kroppsliga yttringar, som i sin tur kan leda till stress. Stress är sjukdom på grund av fysiska eller psykiska påfrestningar, en överansträngning (Sjögren & Györki, 2010). Stress och ångest är faktorer som aktiverar vårt sympatiska nervsystem. Detta system förbereder oss för att hantera ett hot eller för kamp och flykt. Kortisol frisätts då i kroppen som respons på stress. Detta kan leda till konsekvenser för en patient som skall sövas och opereras. Kortisol kan bland annat hämma uppbyggnaden av celler och en rad immunförsvarsfunktioner (Hovind 2013, ss. 316-318). Fler studier visar att oro och ångest inför en operation och sövning är vanligt och leder till en stress, som för individen skapar ett lidande. (Carr et al. 2006; Otriz, Wang, Elayda, Tolpin 2013; Theunissen, Peters, Schouten, Fiddelers, Willemsen, Pinto, Gramke & Marcus 2014; Wetch, Pircher, Lederer, Kinzl, Traweger, Heinz-Erian

& Benzer 2009) Dessa upplevelser grundar sig ofta i tankar och ovisshet. (Carr et al. 2006; Mitchell 2012)

Mycket oro är uttryck för rädsla, rädsla över att uppleva smärta, att uppleva en ofullständig/riktig narkos eller att inte veta hur allt skall sluta (Mitchell, 2010). Förlusten av kontroll och känslan av att man förlorar sin personliga identitet ökar maktlöshet känslan och skapar en oro (Carr et al. 2006). Förlusten av kontroll kan leda till en oförmåga att fungera som människa och en kränkning av jaget (Wildman, Secrest, Keatley, Analysis, 2008). Rudolfsson (2014) säger att majoritet av patienterna upplever en form av rädsla någon gång genom den perioperativa fasen. Oro och ångest hos en patient leder till en rad negativa faktorer som påverkar patienten under den hela perioperativa fasen (Rudolfsson, 2014). En orolig patient kräver större mängd anestesiläkemedel, detta medför ökade risker under operationen. Det leder också bl.a. till en sämre återhämtning postoperativt, såsom ökad upplevelse av smärta vilket leder till ett ökat behov av smärtlindring och därmed påverkan på tillfrisknandet och ökad risk för biverkningar (Bailey, 2010). Biverkningar såsom illamående och trötthet, vilket leder till nedsatt livskvalité. (Kagan & Bar-Tal, 2007)

Gebreegziabher Gebremedhn & Nagaratnam (2014) skriver i sin studie att de patienter som gav uttryck för sin oro inför personalen upplevde en högre grad av tillfredsställelse av situationen än de som inte gjorde det. Graden av oro i sig beror på olika ting. Enl. Maurice-Szamburski et al, (2013) bl.a. på vilken och hur mycket information vi som patienter får inför en sövning eller operation. Därför ses det som betydelsefull del att integrera patienten i vården som berör hen och delge den information som är möjlig.

En av uppgifterna i anestesijuksköterskans profession är att lindra oro och ångest, vilket kan leda till minskat lidande och ökat välbefinnande (Halldin 2008, s 197).

PROBLEMFORMULERING

En av anestesijuksköterskans främsta uppgifter ur ett omvårdnadsperspektiv är att finnas till för patienten men även en skyldighet att tillgodose patientens trygghet. Sjukvården är konstruerad till att vara effektiv och lönsam. Produktiviteten på operationsavdelningarna är inte alltid till patientens fördel. Nästan alla operationsalar har idag ett fullspäckat schema med operationer som skall hinnas med under dagen och flödet skall fungera. Likaså blir tidspressen många gånger stor då en patient behöver sövas akut. I en akut situation läggs många gånger fokus på att vara så effektiv som möjligt för att kunna tillgodose patientens medicinska säkerhet. Detta kan för patienten skapa en stor oro och ge en upplevelse av otrygghet. Att skapa trygghet är inte alltid så lätt, speciellt inte i en ny och helt främmande miljö för patienten, och i vissa fall akut. Många patienter upplever en otrygghet och rädsla inför anestesin vilket medför en stor utmaning för anestesijuksköterskan att inge trygghet. Oro och upplevelse av trygghet är något komplext då det upplevs olika av olika individer. Genom att så gott det går under den korta och pressade situationen få en inblick i patientens livsvärld kan anestesijuksköterskan skapa sig en strategi som hjälper henne att inge trygghet och lindra oron. Trots ett kort möte med patienten kan anestesijuksköterskan få en inblick i patientens livsvärld genom att vara lyhörd. Att vara uppmärksamma mot patienten, lyssna till deras berättelse och få ett nys om känslor och tankar. Genom att möta patienten och dess livsvärld där hen befinner sig. Genom att ta sig den tiden som anestesijuksköterska, kan öka patientens välbefinnande och skapa förtroende. En lugn

och trygg patient får ur ett omvårdnadsperspektiv en ökad livskvalité vilket även bidrar till ett snabbare och för patienten gynnsammare efterförlopp. Ur en medicinsk synvinkel får patienten en snabbare rehabilitering och detta kan även ses som en fördel ur ett ekonomiskt synsätt, både kort och långsiktigt. Hur skapar vi då trygghet i en kort och akut situation? För att utveckla och förbättra anestesisjuksköterskans kunskap och strategier kring omhändertagandet av patienter som skall genomgå akut sövning måste hon veta vad som skapar oro hos patienten och vad som kan inge trygghet. Denna information inhämtas bäst genom att ta del av och låta patienter som genomgått akut sövning berätta om sina upplevelser kring händelsen.

SYFTE

Syftet var att belysa patienters upplevelse av vårdandet vid akut sövning.

METOD

Denna studie genomfördes med kvalitativ ansats. Kvalitativ ansats lämpar sig för att belysa en subjektiv upplevelse. För att vi skall kunna få ta del av patienters upplevelser av att bli akut sövda valde vi att utföra intervjuer med kvalitativ ansats. Kvalitativa intervjuer kännetecknas av att man använder sig av enkla och raka frågor för att få så innehållsrika svar som möjligt (Trost 2010, s. 25). Enligt Kvale & Brinkmann (2014, s 17) lämpar sig kvalitativa intervjuer för att skapa sig en förståelse kring informantens upplevelser och erfarenheter genom att ta del av deras livsvärld. Vi användes oss av semistrukturerade frågor, vilket enligt Patel & Davidsson (2014, ss. 81-82) innebär att intervjuaren använder sig av bestämda ämnen, men där informanten har en stor möjlighet att utveckla svaren. Genom att vi använde oss av semistrukturerade frågor fick vi innehållsrika och djupa svar som svarade till studiens syfte.

Urval

För att finna informanter till studien utformades en kort enkät som publicerades på sociala media Facebook. Enkäten beskrev kortfattat vad studien ämnade att undersöka och vilka informanter som söktes, Se Bilaga 1. Informanterna fick själva höra av sig om de önskade att delta i studien.

Inklusionskriterierna för studien var att de skulle vara över 18år, ha blivit sövda de senaste 5 åren och att det hade fått besked <24 timmar innan operation, om att de skulle sövas.

Sammanlagt visade 31 personer intresse, var av 4 var män och 27 kvinnor. Av dessa föll 12 stycken bort då det ej uppfyllde kriterierna för studien. Bland de kvarvarande 19st gjordes ett strategiskt urval. Ett strategiskt urval görs genom att välja ett antal variabler (t.ex. kön, ålder) och därefter variabelvärden (ålder – ung, medel, gammal). Man väljer sedan systematiskt ut informanter (Trost, 2010, ss. 137-140; Polit & Beck 2016, ss.256-257, ss.494). Av de informanter som lämpades för studien valdes så jämnt fördelat män och kvinnor som det gick. Vi valde därefter informanter med bred åldersvariation. Detta för att få en så stor variation på informanterna vad det gäller kön och ålder.

När kvalitativa studier görs är det av vikt att få fram variationen bland den population man ämnar undersöka för att öka validiteten (Trost 2010, s. 141).

Två män och sex kvinnor valdes ut, i en varierande ålder mellan 19 och 51år. De åtta personerna som strategiskt valts ut efter visat intresse fick ett mer detaljerat mail angående studien, vilket innehöll ett informationsbrev om studien och ett samtyckesbrev. Bilaga 2 & 3

De som föll bort fick även ett brev som informerade att de inte kommer att få delta i studien och information att de inte uppfyller något eller några av inklusionskriterierna.

Datainsamling

Datainsamlingen till denna studie baseras på åtta stycken intervjuer. Genom att intervjua människor får de uttrycka och verbalisera sina upplevelser på sitt vis och kan prägla en och samma situation, därmed genom detta ge uttryck för sin upplevelse av händelsen. Formella, semistrukturerade intervjuer användes vid denna studie och varje informant intervjuades enskilt. En intervjuguide utformades och användes som en grund under intervjun, se Bilaga 4. De informanter som intervjuades var samtliga från Västsverige och intervjuerna hölls under våren 2017 i en konferenslokal. Innan intervjuerna inleddes gjordes två stycken provintervjuer, för att öva på intervjutekniken och se om frågorna var lämpliga och besvarade syfte. De två pilot intervjuerna som gjordes svarade väl till studiens syfte och inkluderades därför i resultatet.

Alla intervjuer inleddes med en presentation av oss som studenter, studien och information om frivilligheten. Sedan ställdes första frågan som var ” Kan du beskriva upplevelsen att bli akut sövning?” och vidare följdes intervjun upp med följdfrågor som fanns med i intervjuguiden. Följdfrågorna ställdes utefter vad informanten svarat tidigare. Intervjuerna ljudinspelades med hjälp av en mobiltelefon. De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant. Intervjuerna varade mellan 36-61 min. Alla informanter/intervjuer fick en siffra som användes som en kod. Detta för att säkerställa sekretessen.

Dataanalys

När alla intervjuer genomförts inleddes analysprocessen, genom att sammanställa och redovisa data. Trost (2010, s.147-156) skriver att det finns många olika varianter på detta, så som att transkribera allt från tal till text. Analysen av data som samlats in under intervjuerna utfördes efter att samtliga intervjuer var klara. Analysprocessen gjordes utifrån kvalitativ deskriptiv ansats. En innehållsanalys med induktiv ansats genomfördes. Grunden till en kvalitativ deskriptiv analys är de beskrivande. Denna metod användes då vi inte har någon kunskap om att tolka utan endast beskriva. Fenomenet som beskrivits försöker analyseras och nyanseras. På detta vis hittas olikheter och likheter som skapar sammanhang, även i de dolda som beskrivits. En förståelse måste skapas av fenomenet som beskrivs och mönster hittas (Lantz 2013, ss. 147-148). Ett induktivt vis användes då det saknas eller finns knapphändig forskning kring det fenomenet man tänkt studera (Elo & Kyngäs 2008).

De transkriberade texterna lästes många gånger, till en början enskilt och sedan tillsammans. Vi försökte finna likheter i de olika intervjuerna och se helheten, meningsbärande enheter framkom. Detta för att lättare kunna förstå texterna. Texterna

kodades genom siffror och färgmarkeringar. Genom denna kodning och tolkning framkom olika kategorier och subkategorier. Se tabell 1.

Tabell 1.

Meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
<i>Många runt omkring mig, tryggt Personal förberedd</i>	Positiv	Känna tillit till personalen	Att uppleva välbefinnande
<i>Operationssal Apparater och ljud</i>		Befinna sig i lugn miljö	
<i>...hade tid men berättade inte ...sa att det var ett rutiningrepp</i>	Negativ	Få bristfällig information	Att uppleva lidande
<i>Läst om det</i>		Ha förförståelse	
<i>Hört andra berätta</i>			
<i>Naken, blottad</i>		Tappa kontroll	
<i>Viste inte vad som skulle ske/vad som skett</i>			
<i>Hade ont</i>		Känna smärta och illamående	
<i>Mådde illa</i>			
<i>Hört att andra haft ont/mått illa</i>			

Förförståelse vid forskning

Förförståelse är den förståelse som vi bär med oss som människor och som utgör grunden för hur vi tolkar, det vi ser och upplever i framtiden.

När en forskningsstudie utförs måste intervjuaren medvetandegöra sin förförståelse. Detta för att inte låta sin förförståelse prägla den forskning som görs och påverka tolkningsprocessen. Forskaren skall sträva efter att vara så objektiv och sanningsenlig som möjligt i sin tolkning av resultatet. Ett kvalitetskrav är att intervjuaren redovisar sin förförståelse (Dahlberg, Dahlberg, Nyström, 2008, s. 135). Då vi båda har erfarenhet att jobba inom akutsjukvården, har vi ställts inför situationer där patienter blivit akut sövda. Det ger en viss förförståelse för hur situationen vid en akut sövning kan gå till. Dock har vi inte fått erfara några subjektiva patientupplevelser.

Etiska överväganden

All forskning som innefattar individer kan skapa obehag eller skada i någon form. Därför måste alltid ett etiskt övervägande göras inför en studie.

Då denna studies syfte var att belysa patienters upplevelse av vårdandet vid akut sövning fanns en risk att väcka starka emotionella känslor under intervjuens gång.

Deltagare som rekryterades till studien mottog ett skriftligt informationsbrev om studien och deltagandet. Informationsbrevet beskrev studien, dess syfte och hur intervjun skulle ske. I informationsbrevet informerade även att alla intervjuer skulle koda för att bevara anonymiteten i den publicerade studien. Det som framkom under intervjun skall inte ges tillgång till obehöriga och måste hållas i förtroende. Avidentifikation skedde för att informanterna inte skulle kunna identifieras i studien. De informanter som visade ett fortsatt intresse för att delta i studien fick underteckna ett samtyckesbrev innan intervjuerna inleddes. I det skriftliga samtyckesbrevet framgick det även att informanten när som helst under studien hade rätt att avbryta utan att delge anledning. Enligt Kvale & Brinkmann (2014, s. 107) innebär Informerat samtycke att information ges till informanten om studiens syfte med intervjun. Trost (2010) refererar till Seidman, som beskriver att samtycke skall undertecknas skriftligt i ett dokument. Där skall även rättigheterna om att avstå eller avbryta deltagandet när som vara klarlagt. Likaså skall anonymiteten vara skriven och hur studiens resultat kommer att spridas. Då intervjuerna skedde enskilt och på myndiga individer skapades ej något etiskt problem. Inte heller har det bedrivits någon experimentell studie, utan endast intervjuer där informanterna gett frivilligt samtycke att delta. Ingen inskränkning på integriteten har gjorts då informanterna endast delgett det de önskar.

Informanterna har skyddats mot kränkning och sveda i största möjliga mån under studien. (Vetenskapsrådet, 2014) En studie skall alltid se till att nyttan är större än skadan den kan medföra, och orsaka så lite lidande som möjligt.

Genom ett frivilligt deltagande och informantens val att delge endast det de önskar ser vi en ytterst liten risk för skada, men desto större nytta med studien. Genom att studera upplevelser kan de ge grund till en utveckling och förbättring i anestesijuksköterskans vårdande profession. Då studien bedrivs inom ramen för magisteruppsats vid Högskolan i Borås och informanterna inte är patienter under studiens gång behövs ingen ansökan för prövning hos etiska nämnden göras (Codex, 2017).

RESULTAT

Efter att de åtta intervjuerna analyserades framkom två kategorier samt sex subkategorier. Dessa redovisas nedan i tabell 2.

Tabell 2

Att uppleva välbefinnande	Att känna tillit till personalen
	Att befinna sig i en lugn miljö
Att uppleva lidande	Att få bristfällig information
	Att ha förförståelse
	Att tappa kontrollen
	Att känna smärta och illamående

Att uppleva välbefinnande

Huvudkategorin att uppleva välbefinnande skapar två subkategorier, att känna tillit till personalen och att befinna sig i en trygg miljö. Dessa två faktorer var de som informanterna uttryckte var faktorer som skapade ett välbefinnande för dem under den akuta situationen.

Att känna tillit till personalen

Under intervjuerna framkom det av merparten av informanterna upplevde en stor tillit och trygghet till anestesipersonalen. Patienterna uttryckte en känsla av engagemang och att det fanns ett samspel hos personalen. Det gav en känsla av trygghet trots den akuta situationen. Flera av informanterna hade inte tidigare genomgått en sövning men kände sig trygg i situationen, de litade på personalen och dess kunskap.

En informant uttryckte:

” ... och det var många runt omkring mig, i den tumult situationen, trots det kände jag enorm trygghet, de visste vad de gjorde”

Informanter beskrev anestesipersonalens lugn och närvaro. Genom att prata med patienten, se hen och bekräfta i den akuta situationen ingav det ett lugn och upplevelse av engagemang för patienten.

” Hon var rolig... hon skrattade och småpratade med mig. Hon kändes förberedd... hon sa: ” detta är ett vanligt ingrepp, du behöver inte oroa dig”. Det gjorde mig faktiskt lugn.”

Att befinna sig i en lugn miljö

Trots att miljön på ett sjukhus och inte minst en operationssal är något som kan upplevas som främmande för det flesta, kände sig informanterna lugna i operationsmiljön.

” Jag har aldrig varit inne i en operationssal, de var så mycket apparater och så mycket ljud. Med det skrämde mig inte... för personalen verkade ha så bra koll...och dom hade allt dom behövde där.”

Informanterna hade reflektioner kring vad de såg på operationssalen och vad de hörde. De berättar att det var mycket apparater, många olika ljud såsom pipande och brusande och även en del reflektioner över temperaturen på salen. Dessa verkade dock inte påverka informanterna på något negativt sätt. Informanterna nämner även belysningen på operationssalen. De beskriver en ljus miljö men samtidigt lugn och behaglig.

” Jag blundade mycket av tiden... jag hörde hur dom grejade, dom stämde av att allt var igång, de kändes bra att höra. Sen sa hon till mig: ”snart är vi redo att börja.... Jag drar upp filten lite så du inte börjar frysa här också”. Det kändes bra.”

Att uppleva lidande

Huvudkategorin att uppleva lidande skapade fyra subkategorier, att få bristfällig information, att ha förförståelse, att tappa kontrollen och att känna smärta och illamående. Dessa fyra faktorer var de som skapade ett lidande hos informanterna under den akuta situationen.

Att få bristfällig information

Samtliga informanter gav uttryck att det gavs bristfällig information trots att tid fanns.

” Han stod vid huvudända under hela förberedelsen, så han hade juh tid att berätta mer om vad som skulle hända. Han sa bara tillslut: ”Nu skall du sova.”

De önskade mer information om vad som skulle ske, vilket typ av ingrepp och hur sövningen skulle gå till. Många patienter önskade även i den akuta situationen att informationen skulle vara kortfattad och ske fortlöpande, dels för att de var smärtpåverkade samt läkemedelspåverkade, vilket gjorde att de hade svårt att ta till sig information och att minnas den. Trots den akuta situationen bör informationen individanpassas utifrån patienten och omständigheterna. Även om det är ett rutiningrepp eller om patienten genomgått en sövning tidigare får ej informationen generaliseras utan skall anpassas efter den unika situationen som är här och nu.

”Han märkte att jag var orolig och då sa han: ”detta är ett rutiningrepp så det är ingen fara. Men jag var orolig ändå. Jag hade aldrig gjort detta tidigare”

Informationsbrist och ovisshet kring sövningen var det som skapade mest oro hos patienterna.

”De visste att jag var sjukvårdspersonal och kanske därför gav de mig mindre information. Men jag var orolig och förstod inte vad som hände och ville veta mera, men vågade inte fråga.”

Postoperativt tycks patienter däremot ha fått god information om vad som hade skett under ingreppet, vilket ingav ett lugn.

Att ha förförståelse

Flera informanter uttryckte sig under intervjun ha en oro och rädsla över att drabbas av komplikationer under sövningen och operationen. Vissa av informanterna hade aldrig själva genomgått en sövning utan baserade sina tankar och sin oro på historier de hört och medias inflytande.

En informant som aldrig tidigare hade genomgått en sövning berättar om hens skräck för alla de komplikationer som kunde ske under en sövning och operation. Hen säger bl.a:

”Jag hade läst om människor som hade vaknat under operation, så jag blev rädd när de sa att de skulle behöva sova”.

En annan informant berättar att hen sövts många gånger tidigare och drabbats av komplikationer i samband med sövningen och operationen, vilket skapade en oro. Hen skulle nu åter sövas för en helt annan åkomma men minnen av komplikationerna fanns tydligt med i tankarna och påverkade patientens välbefinnande.

”Det var inte första gången för mig...jag har varit med om detta förr...men de gick inte så bra. Dom opererade mig flera gånger... och det blev ändå inte bra.”

Efter en stunds tystnad fortsätter hen berätta:

”Det är ju inte samma operation nu... men tänk om dom gör fel igen...”

Att tappa kontrollen

Informanter uttrycker under intervjuerna att de under den perioperativa processen upplevde en kontrollförlust i viss grad. Denna kontrollförlust grundade sig på flertalet olika faktorer. Många kände sig utlämnade då situationen var ny och främmande, och de inte hade någon möjlighet att påverka den.

”...och jag kände mig naken. Skjortan var uppknäppt och dom band fast mig med alla dom där sladdarna.”

Informanterna beskriver även en strävan efter att inte vilja tappa kontrollen. En önskan om att kunna vara delaktiga under hela processen. De berättar att de ständigt vill veta vad som händer och vad som skall göras för att ha upplevelsen av kontroll över sin situation, vilket ger ett välbefinnande. Även den postoperativa informationen upplevdes av stor vikt för att kunna känna sig delaktig.

”Jag visste inte riktigt vad dom skulle göra. Dom sa inte så mycket utan bara jobbade på. Jag kände mig överlämnad i någon annans händer, utan att kunna påverka.”

En annan informant säger:

”Jag vaknade upp sedan, och hade ont i halsen. Då förstod jag inte varför, vad hade de gjort? Jag skulle ju operera magen.”

Tankar kring att inte somna inför en operation, att vakna under eller att inte vakna alls efter en narkos är vanliga hos patienter som skall sövas. Flera informanter berättar att de tänkt tanken att anestesijüksköterskan inte kommer att lyckas söva dem.

”Mig lyckas ni aldrig söva tänkte jag. Alla har vi väl läst om dom där som vaknar under operationen ... “

Under intervjun framkom det att upplevelsen av kontrollförlust för många av informanterna ledde till tankar kring familj och närstående. Trots att informanterna inte kände en tillfredsställelse och upplevelse av kontroll över sin situation oroade dem sig främst för familjen och inte sig själva.

”...vad skulle hända...fick min man reda på allt, och barnen... barnen var ju också med”

Att känna smärta och illamående

Analysen av intervjuerna visar att smärta och illamående i relation till sövning skapar ett obehag för patienten. Många patienter hade funderingar och oro över illamående efter sövningen. Denna oro skapar en ångestfylld känsla hos patienterna. Vissa patienter hade hört från anhöriga och bekanta hur de haft illamående efter operationen och att detta var besvärande.

”Både mamma och mormor hade gjort samma operation för flera år sedan och dom mådde illa. Mamma mådde riktigt illa och kräktes så mycket. Sen fick hon ont i magen också där dom hade opererat henne när hon kräktes. Jag minns verkligen att jag tänkte på att jag inte ville bli illamående efteråt, jag har så ont utav att kräkas.”

Smärta var en annan stor faktor som patienterna uttryckte var en stor negativ faktor. Smärtan som de flesta av dem upplevde gjorde att de främst hade en önskan om att få bli smärtstillade. En informant beskrev:

” Jag hade så ont, jag kunde inte tänka på nått annat... jag ville bara bli av med smärtan. Sen struntade jag i allt annat... de fick göra precis vad de ville bara dom tog bort smärtan. Men efter operationen tänkte jag: ”varför fick jag inte mer smärtstillande innan dom sövde mig? Kunde dom inte ge mig de? ”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden lämpades sig väl då informanternas upplevelser skulle studeras. Kvalitativ ansats lämpar sig då subjektiv upplevelse ska belysas. För att vi skall få ta så stor del av patienterna upplevelse av att bli vårdade vid den akuta sövningen utfördes kvalitativa

intervjuer. Enligt Kvale & Brinkmann (2014, s 17) lämpar sig kvalitativa intervjuer för att skapa en förståelse av informantens upplevelser och erfarenheter genom att ta del av deras livsvärld. Öppna och semistrukturerade frågor användes där informanterna fick beskriva deras upplevelser av att bli akut sövd. Under intervjuens gång så förtydligades frågorna för att säkerställa studiens syfte.

Sociala medier Facebook användes för att finna informanter, där de själva fick visa intresse att delta i studien. En fördel med att söka informanter via sociala medier är att informanterna själva kan höra av sig vid intresse, på detta sätt inkräktas inte deras integritet och inte heller berörs de som inte vill delta. Vid denna studie var det ingen nackdel att använda sociala medier men det kan finnas. Riskerna med att söka informanter via sociala medier kan vara bland annat uteblivande svar och visat intresse av oseriösa. Genom att söka informanter via sociala medier kan det falla bort informanter av äldre generation.

Totalt hörde 31 informanter av sig, efter bortfall enligt inklusionskriterierna och strategiskt urval så intervjuades åtta stycken informanter. En styrka med studien var att åldersspridningen var bred 19-51, genom en stor variation som möjligt på informanterna skall det leda till ett representativt resultat. När kvalitativa studier görs är det av vikt att få fram variationen bland den population man ämnar undersöka (Trost 2010, ss. 137-141). Genom variation i ålder och kön på informanterna stärks trovärdigheten i denna studie (Polit & Beck, 2016).

Enligt Kvale & Brinkmann (2014) krävs det praktisk träning för att skapa en god intervju. En formell intervju är en planerad intervju som görs på en avsatt plats och tid, detta för att möjliggöra lugn och ro (Ely 1993, ss.65).

Vi valde att hålla intervjuerna i ett konferensrum vilket kändes som en neutral plats. En nackdel med detta kan vara att informanterna ej själva fick välja var de önskade bli intervjuade. Då vi kunde se risker med att utföra intervjuerna i hemmiljö hos okända personer valdes ett konferensrum på ett sjukhus.

Intervjuerna fortlöpte smidigt och skapade en god kontakt sinsemellan informant och intervjuare, vilket ledde till att de kände sig mer avslappnad och öppnade upp sig och fick bra information. Dock var de svårare att intervju de som svarade kortfattat, där det krävdes mera följdfrågor så att möjlighet till utveckling av svaren kunde ske. Detta kan dock ses som en nackdel i studien då frågorna kan upplevas ledande istället för öppna. En svårighet med att vara intervjuare var att hålla en genomgående tråd under intervjun för att inte informanterna inte skulle komma bort från ämnet som inte besvarade syftet, men efter förtydligande och mer öppna frågor besvarades studiens syfte.

Genom att redovisa citat i resultatet ökar detta transparensen. Detta ger en ökad trovärdighet och giltighet i studien.

En fördel var att båda författarna deltog under alla intervjuer vilket även Trost (2010, ss. 66-67) har beskrivit. En stor fördel ses med att båda intervjuare är med under intervjuerna då vi är nybörjare. Men han skriver även att informanten kan känna sig i underläge. Informanten kan uppleva sig vara i en utsatt position, speciellt om intervjun

innefattar känsliga ämnen. Att som intervjuare vara medveten om sin attityd och veta att ens förhållningssätt kan påverka informanten och intervjun.

Vi utarbetade en mall med områden och frågor utifrån studiens syfte. Detta ger en frihet åt informanten att svara på det de vill och hur mycket de vill. Även följdfrågor skall finnas med i guiden. Frågorna bör vara utformade så att det ger plats för detaljerade svar kring fenomenet som undersöks (Polit & Beck 2016, ss.510, ss.744).

Genom att använda oss av innehållsanalys är syftet att bygga en modell för att kunna beskriva fenomenet på ett begreppsmässigt sätt. Alltså testas inte en redan befintlig teori utan syftar till att belysa upplevelsen. Då det knappt finns några studier gjorda på patienters upplevelser av att bli akut sövda har en innehållsanalys med induktiv ansats använts till denna studie. All information som syftade till studiens syfte finns representerat i resultatet, vilket ökar analysprocessen tillförlitlighet. Trovärdigheten i denna studie stärks genom att citat redovisas från intervjuerna. Dessa citat tillåter läsaren att själv avgöra om beskrivningen är rätt och därmed resultatet är trovärdigt (Polit & Beck, 2008, s.70-72).

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa patientens upplevelse av vårdandet vid akut sövning. Detta syfte anses vara besvarat i denna studie. I resultatet framkom två kategorier baserade på informanternas upplevelser av en akut sövning. De två kategorierna som framkom var "att uppleva välbefinnande" och "att uppleva lidande". Kategorin "att uppleva välbefinnande" innefattar två subkategorier, "att känna tillit till personalen" och "att befinna sig i en lugn miljö" Den andra kategorin som är "att uppleva lidande" följs av fyra stycken subkategorier. Dessa är "att få bristfällig information", "att ha förförståelse", "att tappa kontrollen" och "att känna smärta och illamående".

Att uppleva välbefinnande

Under kategorin "att uppleva välbefinnande" framkom informanternas upplevelse av välbefinnande genom den perioperativa processen vid akut sövning. Det som tycks vara viktigt i en unik akut situation är att personalen och miljön försöker inge trygghet. Genom att som anestesijuksköterska se patienten som en unik individ och försöka tillgodose denna med trygghet kan patienten uppleva ett lugn och välbefinnande, ett välbefinnande som genererar i upplevd hälsa. I en akut situation kan tiden vara knapp och mycket skall hinnas med. Det är svårt ibland att hinna ge mycket information och förklara men genom att bara visa för patienten att man finns med, kanske tala om att man går med till nästa undersökning eller bara vidröra patienten kan inge en närvaro som skapar ett lugn. I resultatet framkommer det att patienter upplever en stor tillit till anestesipersonalen och lägger stor vikt vid att lyssna på det de säger. En vårdrelation till patienten skapas genom förståelse och genom att som sjuksköterska se och lyssna på patienten. Enligt en studie av Berg & Danielson, (2007) är tillit grunden till att skapa en relation till personalen, men tillit är även det som skapas ur en relation.

En del av vårdprocessen innebär att ta del av patientens upplevelser, hör deras frågor och svarar på dem. Genom mötet skapas en tryggare vårdrelation till patienten (Lindwall & Von Post, 2012, ss. 31-33 & 81-83). Detta är av stor vikt att sjuksköterskan tar sig tid på att försöka skapa denna tillit till patienten trots en akut situation, då det är hens uppgift att försöka att optimera vården för patienten ur ett omvårdningsperspektiv (Riksföreningen för anestesi och intensivvård och Svensk Sjuksköterskeförening, 2012).

Patienterna beskriver att både det som sägs direkt till dem och det som diskuteras mellan personalen påverkar deras lugn eller oro. Därför är det viktigt att som sjuksköterska behålla lugnet och vara professionell trots en akut situation. Genom erfarenhet inom yrket kan anestesisjuksköterskan bli duktigare på att hantera akuta situationer och kunna tillgodose patienten ett ökat välbefinnande. Även miljön tycks påverka patienten mycket. Genom att som patient ligga och förberedas för en operation kan upplevas som en evighet. Våra sinnen kan då bland annat fånga upp många ljud och synintryck som får tankarna att sätta igång. Anestesisjuksköterska måste vara medveten och skapa sig en förståelse för hur patienten upplever miljön, att den kan vara främmande och obehaglig. Det är anestesisjuksköterskans uppgift att tillgodose patienten den trygghet den behövs avseende operationsmiljön (Riksföreningen för anestesi och intensivvård och Svensk Sjuksköterskeförening, 2012). Genom att som anestesipersonal vara medveten om den unika patienten och den unika situationen kan vi hjälpa patienten till en trygghet genom information, inte bara kring operationen som skall ske utan även med information kring allt som pågår omkring. Informationen som ges kan skapa stor tillit, trygghet och formar vårdrelationen (Hovind 2013, s. 47).

Att uppleva lidande

De vanligaste orsakerna till perioperativ ångest tycks vara rädsla inför de obekanta. Att infinna sig en ny miljö, att behöva känna smärta och illamående framkallar ångest (Rosén, Svensson & Nilsson, 2008). De informanter som upplevde att de inte hade fått tillräckligt med information tycks uppleva en större grad av oro som skapade ett lidande för dem. I resultatet framkommer det att patienter vill vara välinformerade om situationen, vad som sker och allt omkring. Då vi alla har en förförståelse med oss på något vis präglar den tankarna och våra upplevelser. Genom att få information kan de tankar och funderingar man själv skapat sig redas ut. Även om patienten inte blivit opererad tidigare kände patienten ofta någon eller bara hört något kring en operation och sövning. Enligt lagen har alla patienter rätt till information som gäller deras tillstånd, sövning och operation (SOSFS 1982;763). Därmed måste man vara lyhörd tror vi för hur mycket information som önskas och kan tas emot i den unika situationen. Då media idag har en stor tendens att förstora negativa ting och olyckor som sker kan detta skapa en stor oro hos patienter. Därför bör stor vikt läggas vid att stämma av hur mycket patienten vet och vill veta. Att ge information och förklara det vi hinner i det akuta skedet skall ses som rutinmässiga ting, detta för att skapa en trygghet hos våra patienter. En välinformerad patient känner sig sedd och detta ökar tryggheten och välbefinnandet hos patienten (Carr et al. 2006). Denna trygghet skall förhoppningsvis skapa ett lugn och välbefinnande som kan påverka även efterförloppet positivt. Att som patient känna sig delaktig kring sin operation och sövning kan för patienten skapa en minskad känsla av kontrollförlust. Genom att få uttrycka sin oro upplever patienter en större grad av tillfredsställelse (Gebreegziabher Gebremedhn & Nagaratnam, 2014).

En nackdel med studie skulle kunna vara att fler kvinnor än män deltog.

I en studie gjord av Maurice-Szamburski, Loundou, Capdevila, Bruder & Auquier (2013) var det ca 60 % av patienterna som upplevde oro och ångest inför sövning. Det visade sig även vara fler kvinnor än män som upplevde oro i samband med operation och sövning (Haugen, Eide, Olsen, Haukeland, Remme & Wahl 2009; Mitchell 2012; Rosén, Svensson & Nilsson 2008). Skulle detta kunna påverka resultatet, att det var fler kvinnor som deltog i studien och gav ett skevt resultat? Kan resultatet visat på mindre oro hos patienter om fler män hade deltagit i studien?

En viktig del som påverkar patienten negativt är smärta och illamående som är vanligt i samband med operation och narkos. Patienter kan uppleva en stor oro och rädsla för att behöva uppleva smärta (Mitchell, 2010; Bailey, 2010). Denna oro skapar ett stort lidande för patienten och har en negativ inverkan på både det psykiska och fysiska tillståndet hos patienten. Oro och ångest gör det svårare för patienten att hantera eventuellt uppkommen smärta postoperativt Caumo et. al. (2001). Trots att patienten inte blivit opererade förr kan de relatera till smärta och illamående i samband med operation och narkos. Enligt Mavridou et.al (2012) tycks även patienter med tidigare erfarenheter av anestesi var lika oroliga och rädda precis som patienter som aldrig varit sövda. En möjlig förklaring till detta kan vara att de inte blivit ordentligt informerade vid tidigare sövning. Det kan även vara så att många haft närstående som upplevt detta eller påverkats av media. Genom en bra anamnes preoperativt och en god kunskap kring våra farmaka vi använder oss av, kan vi planera och lindra illamående och smärta till stor del hos våra patienter. En smärtstillad och välinformerad patient som slipper må illa postoperativt har en bättre förutsättning för återhämtning.

Sammanfattningsvis kan livskvalitén ökas för patienten genom att informera patienten kring de funderingar hen har, skapa en god vårdrelation och lindra smärta och illamående. På så vis ökas förmågan för patienten att fatta lämpliga beslut och en bättre compliance. Detta ser vi kunna vara överförbart i det vardagliga arbetet. Ett krav för ökad trovärdigheten i en studie är att resultatet är överförbart till ett kontext (Polit & Beck 2008, s 751).

KLINISK IMPLIKATION

Slutsats

Resultatet i denna studie kan vara användbart för anestesijuksköterskor i det akuta mötet med patienter som skall sövas. Resultatet visar på att patienter i stor grad känner tillit till anestesipersonalen i den akuta situationen och känner sig trygga och upplever sig väl omhändertagna vilket ger ett ökat välbefinnande. Det ses även att patienter önskar vara så delaktiga de kan och få information kring förloppet. Detta resultat kan leda anestesijuksköterskan i det akuta omhändertagandet men stor vikt måste alltid läggas vid en så personlig vård av patienter som möjligt.

Genom kunskap, erfarenhet och riktlinjer utformar vi ett arbete i det akuta omhändertagandet som skall främja hälsa. Anestesijuksköterskan med sin specialistkompetens skall jobba för en hållbar utveckling inom vården med målet att minska lidandet för patienten.

Då det finns lite forskning om patienters upplevelse av vårdandet vid akut sövning bör detta ämne belysas mer, för att anestesijuksköterskan skall få ökad förståelse för patientens upplevelse i en akut situation. Detta för att kunna tillgodose den enskilda patientens behov. Lika så kan det vara av vikt att studera detta ur ett anestesijuksköterskeperspektiv för att se en större helhet.

Implikationer

Utifrån resultatet av denna studie ges följande förslag:

- Patientanpassad information skall alltid ges, anpassad utifrån den akuta situationen
- Möjliggöra patientdelaktighet så gott det går.
- Att se patienten utifrån den unika situation och inge trygghet i den akuta situationen.

REFERENSER

ANIVA- Riksföreningen för anestesi och intensivvård och svensk sjuksköterskeförening-SSF. (2012) *kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med inriktning mot anestesijukvård*. Solna 2012.

Bailey, L. Strategies for Decreasing Patient Anxiety in the Perioperative -setting. *AORN Journal*. (2010). 92 (4). 445-460.

Berg, L, & Danielsson, E. (2007). Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal Caring Sciences*. 21, ss 500-506.

Berglund, M. & Ekeberg, M. (2015). *Reflektion I lärande och vård: en utmaning för sjuksköterskan*. Lund: Studentlitteratur

Carr, E., Brockband, K., Allen, S., & Strike.P. (2006). Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *Journal of Clinicial Nursing*, 15(3), ss.341-352

Caumo, W., Schmidt, A.P., Schneider, C.N., Bergmann J., Iwamoto, C.W., Bandeira, D., & Ferreira, M.B.C., (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 45, ss.298-307.

Codex. (2016). Regler och riktlinjer för forskning. Studentarbeten och etikprövning. <http://www.codex.vr.se> (2017-02-20)

Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008) *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur, s.135.

Ekdahl, A., Andersson, L., & Friedrichsen, M. (2010). "They do what they think is the best of me.": Frail elderly patients' preferences for participation in the care during hospitalization. *Patient Education and Counseling*, 80(2), ss. 233-240.

Elo, S & Kyngäs, H (2008). The qualitative content analysis process, *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), ss.107-115

Ely, M. m.fl (1993). *Kvalitativ forskningsmetodik i praktiken – Cirklar inom cirklar*. Lund: Studentlitteratur.

Gebreegziabher Gebremedhn, E. & Nagaratnam, V. (2014). Assessment of patient satisfaction with the preoperative anesthetic evaluation. *Patient Relat Outcome Meas*. 2014; 5: 105–110.

Halldin, M. & Lindahl, S. (2008). *Anestesi*. Stockholm: Liber AB

Haugen S, A., Eide E, G., Olsen V, M., Haukeland, B., Remme R, Å & Wahl K, A (2009). Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environment impact

in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 2301-2310.

Heidegger, T., Saal, D., Nübling, M., (2013). *Patient satisfaction with anaesthesia- Part I: Satisfaction as part of outcome- and what satisfies patients*. *Anaesthesia*, 68, 1165-1172. Doi: 10.1111/anae.12347

Hovind, I. (red.) (2013). *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund:Studentlitteratur.

Hälso och sjukvårdslagen SFS 1982:763. Stockholm: Socialdepartementet.

Kagan, I. & Bar-Tal, Y. (2007). The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*.

Kasén, A., Nordman, T., Lindholm, T. & Eriksson, K. (2008). Då patienten lider av vården-vårdarens gestaltning av patientens vårdlidande. *Vård i Norden*. 88 (2), 48.

Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. Åbo Akademi

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

111

Lantz, A. (2013). *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Lindwall, L. & Von Post, I. (2008). *Perioperativ vård – att förena teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur, ss. 32-82

Lundby, T. (2013). Akutpatienter på sjukhus. I Hovind. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund:Studentlitteratur, ss. 427-458.

Maurice-Szamburski, A., Loundou, A., Capdevila, X., Bruder, N. & Auquier, P. (2013) Validation of the French version of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) *Health and quality of life outcomes*, 2013; 11:166

Mavridou, P., Dimitrou, V., Manataki, A., Arnaoutoglou, E & Papadopoulos, G. (2012). Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *Japanese Society of Anesthesiologists*. 27, ss.104-108.

Mitchell, M. (2010). General anaesthesia and day-case patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing* 66(5), 1059–107

Mitchell, M. (2012) Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety. *Journal of Advanced Nursing* 68(5), 1014–1025

Nortvedt, P. (2013). Etiska utmaningar. I Hovind. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund:Studentlitteratur, s 47.

Ortiz, I., Wang, S., Elayda, M.A., & Tolpin, D.A. (2013). preoperative patient education: can we improve satisfaction and reduce anxiety? *Revista Brasileira De Anestesiologia*, 65(1), ss. 7-13.,

Gramke, H-F. & Marcus, M.A.E. (2014). Validation of the surgical fear questionnaire in adult patients waiting for elective surgery. *Plos one*. Volyme 9. ss.1-9.

Patel, R. & Davidsson, B.(2011). *Forskningsmetodikens grunder*. Studentlitteratur AB, Lund

Patientlag (2014:821). Sveriges riksdag. Stockholm: Socialdepartementet

Polit, D.F & Beck, C.T. (2016) *Nursing Research, Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Polit, D.F & Beck, C.T. (2012). *Nursing research – Generating ans Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9. Uppl. Philadelphia: J.B. Lipincott Company

Rudolfsson, G. (2014). Being altered by the unexpected: Understanding the perioperative patient's experience: A case study. *International Journal of Nursing Practice*, 20(4), ss. 433-437.

Rosén, S., Svensson, M. & Nilsson, U. (2008). Calm or Not Calm: The Question of Anxiety in the Perianesthesia Patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23 (4), 237-246.

SFS (2003:460) Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Sveriges riksdag. Stockholm: Utbildningsdepartementet

Sjögren, P., & Györki, I. Bonniers svenska ordbok tionde upplagan copyright (C) 2010 <http://www.synonymer.se/?query=stress&SOK=s%C3%B6k> 2017-03-01

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Theunissen, M., Peters, M.L., Schouten, E.G.W., Fiddelaers, A.A.A., Willemsen, M.G.A., Pinto, P.R

Thurén, T. (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare*. 2. Stockholm:Liber.

Valeberg, B. (2013). Stress och coping. I Hovind. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund:Studentlitteratur, ss 316-318.

Vetenskapsrådet (2011) God forskningsed. <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningsed> (2017-02-20)

Wetch, W.A., Pircher, I., Lederer, W., Kinzl, J.F., Traweger, C., Heinz-Erian, P., & Benzer, A. (2009) Preoperative stress and anxiety in day- care patients and in patients undergoing fast-track surgery. *British Journal of Anesthesia*, 103(2), ss. 199-205.

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

Wildman, S., Secret A, J. & Keatley, Analysis of V. (2008) A Concept Control in the Perianesthesia Period. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23 (6), 401-409.

Yilmaz, M., Sezer, H., Gürler, H. & Bekar, M. (2011). Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing*. 21, 956-964

Bilaga 1.

HAR DU NÅGON GÅNG BLIVIT AKUT SÖVD?

Vi är två blivande anestesijuksköterskor vid Högskolan i Borås som skall göra vår magisteruppsats angående patienters upplevelser att bli akut sövda och behöver därför komma i kontakt med DIG som någon gång blivit akut sövd och vill delta i en intervju, om ca 1-2v (ca30-60min).

Du skall vara över 18år

Blivit akut sövd de senaste 5 åren

Fått besked att du ska sövas <24tim innan du sövdes

Du kommer att vara anonym i den redovisade studien

8 personer kommer att strategiskt väljas ut och intervjuas.

Du kommer kontaktas oavsett om du väljs ut till studien eller inte om du visat intresse.

Är Du intresserad av att delta?

Kontakta: via privat meddelande

Bilaga 2.

Informationsbrev till Dig som skall delta i intervjustudien
“Upplevelsen av att bli akut sövd”

Vi är två sjuksköterskor, Ann-Charlotte Olsson och Marija Arsic som studerar på specialistprogrammet med inriktning anestesi vid Högskolan i Borås. Som en del i utbildningen gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Syftet med magisteruppsatsen är att beskriva patientens upplevelse av att bli akut sövd.

Bakgrund till studien

Idag får det flesta patienter ett informativt möte med anestesiläkaren innan den planerade operation/sövning. Detta möte hålls allt från några dagar till någon vecka innan operationen. Patienten får här möjlighet till att ställa frågor och få information.

Skulle det däremot bli aktuellt med en akut operation blir tiden knapp ibland. Patienten hinner inte med i vad som händer och hinner inte ställa frågorna kring sina funderingar. Detta kan leda till att en stor oro och rädsla väcks.

Genom att intervjua patienter som blivit akut sövda och få ta del av deras upplevelser kan detta stärka anestesisyksköterskans jobb i mötet med patienten som skall till att sövas akut. Genom att belysa vad som oroar patienter kan anestesisyksköterskan bli bättre på att förebygga och lindra denna oro så gott det går.

Tillvägagångssätt

Då du visat intresse får du nu detta informationsbrev, för att bekräfta att du fortfarande vill delta i studien. Det är fullt frivilligt och du kan när som helst, utan förklaring, avbryta ditt deltagande. Intervjun kommer att ta ca 30-60 min och kommer att ske på avtalad plats.

Ett skriftligt samtycke skall skrivas på innan intervjun påbörjas.

Sekretess

Intervjun kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att endast vi kommer att läsa den inspelade och nedskrivna intervjun. Det kommer inte att gå att koppla samman en person till innehållet i den färdiga uppsatsen. Ni som intervjuats kommer att vara anonyma i vårt examensarbete.

Vi handleds i examensarbetet av Universitetslektor Thomas Eriksson vid Högskolan i Borås. Vid frågor och funderingar kring vår studie är du mer än välkommen att kontakta någon nedanstående.

Med vänliga hälsningar

Ann-Charlotte Olsson
s143031@hb.se

Marija Arsic
s143609@hb.se

Handledare

Tomas Eriksson, Universitetslektor
Akademin för vård, arbetsliv och välfärd
Högskolan i Borås
tomaseriksson@hb.se

Bilaga 3.

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av det skriftliga informationsbrevet och förstått innebörden av intervjustudien "*Upplevelsen av att bli akut sövd*".

Informationen jag delger under denna intervju kommer att behandlas konfidentiellt. Jag har rätt att när som helst avbryta mitt deltagande utan att behöva uppge orsak.

Jag samtycker här med att delta i studien:

Informant
Signatur och Namnförtydligande

Datum

Marija Arsic
Signatur och Namnförtydligande

Ann-Charlotte Olsson
Signatur och Namnförtydligande

Bilaga 4.

Intervjuguide

Kan du beskriva upplevelsen av att bli akut sövd?

Vad väcktes för tankar när du fick reda på att du skulle sövas akut?

Hur upplevde du informationen inför den akuta sövningen?

Vad hade kunnat göras bättre?

Följdfrågor

Hur kändes det?

Hur menar du då?

Kan du beskriva det ytterligare.

Vad hände då?

Vad menar du då?

Vad skapade oron?

Vad kunde lindra oron?