

Att lindra oro

Hur sjuksköterskan kan lindra oro i samband med ett kirurgiskt ingrepp

FÖRFATTARE	Catrin Alexandersson Sofia Beischer
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Omvårdnad – Eget arbete VT 2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Magdalena Erichsen
EXAMINATOR	Ann Bengtson

Titel (svensk):	Att lindra oro. Hur sjuksköterskan kan lindra oro i samband med ett kirurgiskt ingrepp
Titel (engelsk):	To alleviate anxiety. Nursing skills to relieve anxiety in the context of a surgical procedure
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp/ Omvårdnad - Eget arbete/OM2240/SPN9
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Catrin Alexandersson Sofia Beischer
Handledare:	Magdalena Erichsen
Examinator:	Ann Bengtson

SAMMANFATTNING

Att genomgå ett kirurgiskt ingrepp kan för patienter vara en omvälvande upplevelse och ge upphov till oro. Sjuksköterskans uppgift på den kirurgiska vårdavdelningen består till stor del av praktiska moment såsom preoperativa förberedelser men det är även viktigt att tillgodose patientens psykiska välbefinnande. Oro kan ha varierande orsaker och upplevas på olika sätt av patienter. Om patienten känner sig orolig kan det få negativa konsekvenser för den kirurgiska vården. Litteratur och egna erfarenheter tyder på att omvårdnad inom kirurgisk verksamhet har en mindre roll till skillnad från det medicinska och sjukdomscentrerade synsättet. Denna litteraturstudie syftade till att undersöka hur sjuksköterskan ur ett omvårdnads-perspektiv kan lindra oro i samband med ett kirurgiskt ingrepp. En innehållsanalys av 12 vetenskapliga artiklar frambringade fem meningsbärande kategorier. Dessa var; information, sinnen, individanpassning, närvaro samt delaktighet och känsla av kontroll. Till dessa kategorier knöts omvårdnadsåtgärder som vi fann applicerbara i praktisk verksamhet. Åtgärder som beskrevs i artiklarna var bl.a. värme, skriftlig och muntlig information, att lyssna och beröring. Det innehöll även åtgärder som gav patienten möjligheten att göra egna val, att använda sig av musik samt att med hjälp av andra tekniker göra patienten mer mentalt förberedd för det kirurgiska ingreppet. Den teoretiska anknytningen till litteraturstudien utgjordes av delar ur Katie Erikssons omvårdnadsteori. Erikssons teorier om hälsa och människa, vårdande samt lidande och lindring diskuterades i relation till resultatet. Vårt resultat visade på en del av de omvårdnadsåtgärder som kan lindra det lidande som kan upplevas i samband med ett kirurgiskt ingrepp. Mer kvalitativ forskning krävs dock för att kunna bemöta patienten ur ett helhetsperspektiv och bedriva patientnära omvårdnad.

INNEHÅLL	Sid.
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Dimensioner av oro	1
Kirurgisk verksamhet i Sverige	2
Kirurgi och oro	3
Konsekvenser av oro	3
Sjuksköterskans kompetens och ansvar	4
Katie Erikssons omvårdnadsteori	4
SYFTE	6
METOD	7
RESULTAT	8
Information	8
Sinnen	10
Individanpassning	10
Närvaro	12
Delaktighet och känsla av kontroll	12
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	15
Konklusion	19
REFERENSER	20
BILAGA	
Presentation av utvalda artiklar	

INLEDNING

Under vår verksamhetsförlagda utbildning på olika kirurgiska avdelningar har vi fått intrycket av att ångest och oro är mycket vanligt bland många patienter. Det som för oss vårdpersonal är vardag innebär för många patienter en helt främmande situation. Vistelsen på en vårdavdelning innebär en ny miljö, det medicinska språket kan för många vara okänt och det medicinska tillstånd patienten har kan till och med innebära att hon/han fruktar för sitt liv. Bara upplevelsen av att inte veta vad som kommer att hända kan för vissa patienter vara orsaken till ökad ångest. Oro och ångest behöver inte alltid vara förknippat med själva vården eller den medicinska diagnosen utan kanske mer vardagliga saker. Det förekommer ganska ofta att oro hos patienter inom somatisk vård lindras genom medicinering. Vi har upplevt att detta är extra tydligt på kirurgavdelningar där teknologi och snabba behandlingar står i fokus. Detta sjukdomscentrerade synsätt och arbete enligt den så kallade "apparatfelmodellen" tycks prägla den kirurgiska vården och personalen tenderar att glömma bort människan som en helhet. Sker den medicinska utvecklingen på bekostnad av omvårdnaden kring patienten och dess upplevelser i samband med operation? Vi har fått intrycket av att oro hos patienter ofta förbises och att sjuksköterskan inte alltid har kunskap och beredskap för hur hon ska bemöta oro hos patienter.

BAKGRUND

Dimensioner av oro

Begreppet oro är synonymt med bl.a. ängslan, fruktan, ångest, förvirring och nervositet (1). Inom sjukvården används begreppet oro frekvent för att beskriva patienters känslomässiga tillstånd och beteende. Men vad menas egentligen med oro? Begreppet består av flera olika dimensioner. Litteraturstudiens utgångspunkt och definition av begreppet oro är de fysiska och psykiska reaktioner som utlöses av ett faktiskt eller upplevt hot. Detta som en normal reaktion på en stressfylld situation som leder till olika grader av ångest.

Ångest är ett tillstånd som upplevs som rädsla, spänning eller tryck och har både en kroppslig och psykisk aspekt. Rädslan upplevs i hotande och främmande situationer och det finns olika grader av ångest. Oro och ängslan definieras som en låg grad av ångest, en hög grad betecknas av skräck och panik. Att känna ångest är en normal mänsklig reaktion vid olika situationer i livet, t.ex. dödshot, hot mot trygghet eller förluster. Denna typ av ångest benämns realångest och kännetecknas av insikt om orsaken. Ångest är även ett symptom vid psykiska störningar eller somatiska sjukdomar och innebär en annan typ av problematik (2).

Stress kan definieras på olika sätt, dels som en fysiologisk och psykologisk reaktion på yttre omständigheter men även som en ny situation där människan inte har tidigare erfarenhet. En sådan ny situation kräver större ansträngning för att bemästra. En annan aspekt av stress är att individen bedömer omgivningen som ohanterlig och att de resurser man har ej räcker till. Orsaken till stress kan således bestå av antingen upplevt eller ett faktiskt hot om förlust (3).

Stress hos människan aktiverar det sympatiska nervsystemet vilket ger upphov till fysiska reaktioner. Dessa reaktioner har till uppgift att mobilisera kroppens resurser för att kunna hantera den nya situationen. Detta leder till ökad hjärtfrekvens, konstriktion av perifera blodkärl, nedsatt mag-tarmaktivitet, ökad andning och stimulering av svettkörtlar (4). Ett stressförsvar inkluderar även det endokrina systemet vilket leder till ökad hormonutsöndring i kroppen. Denna fysiologiska reaktion är ändamålsenlig i utmanande situationer och kan ge människan en starkare beredskap och handlingsförmåga, detta benämns som positiv stress. När stressen blir långvarig eller uppnår en viss nivå får det istället negativa effekter på människan. En effekt är att tankeförmågan försämras och att förmågan att ta in information då reduceras. Stress kan också leda till orrealistiska föreställningar om t.ex. orsaken till händelsen (3).

Det finns olika faktorer som kan påverka graden av stress. Att vara förberedd och uppleva att ha kontroll över situationen leder till reducerade stressnivåer. Typ av personlighet inverkar även på hur individen hanterar stressfyllda situationer, flera studier har visat att personlighetsdrag är en betydande faktor för hur stress hanteras. Typiska drag hos individer med hög stresstolerans är att förändring upplevs som en utmaning, engagemang i fler aktiviteter och människor och upplevelse av kontroll i livet. Individer med lägre stresstolerans ser sig själva som orsak till negativa händelser och ser positiva händelser som ett resultat av tur. Känslomässiga stressreaktioner utgörs av ångest, vrede, sorg och depression (3).

Kirurgisk verksamhet i Sverige

Varje år utförs ungefär 900 000 operationer i Sverige (5). Kirurgi är en stor del av dagens svenska sjukvård då det som behandlingsform är den absolut vanligaste för sjukdomar inom modern medicin (6). Då teknik och forskning går framåt utvecklas kirurgin i snabb hastighet, vilket har lett till en mer effektiv sjukvård med kortare vårdtider.

Kirurgi utförs antingen akut eller elektivt. Elektiv kirurgi innebär att operationen är planerad. En planerad operation innebär att patienten läggs in på en vårdavdelning, ofta dagen innan operation. Patienten är då undersökt och informerad och det som sker på avdelningen är att patienten genomgår de sista förberedelserna inför ingreppet (7). All kirurgi är förknippad med risker och man kan aldrig garantera att patienter inte får komplikationer, även om risken för allvarliga komplikationer är mycket liten inom dagens kirurgisjukvård. Inför alla kirurgiska ingrepp går patienten igenom en preoperativ bedömning. Om operation beräknas vara det bästa behandlingsalternativet för patienten görs det en bedömning av patientens förmåga att klara av de påfrestningar en operation innebär. Beroende på ingrepp ställs olika krav på de vitala organens funktioner. Det som framförallt är av vikt ur en medicinsk synvinkel är att beroende av ingrepp undersöka patientens allmänstillstånd, hjärt-, kärl- och lungfunktion samt nutritionsstatus (8).

Sjuksköterskans huvudsakliga uppgifter i det preoperativa förloppet är att informera om hygienrutiner, andningsgymnastik, mobilisering och dess betydelse för återhämtning, postoperativ smärtlindring, fasterutiner, antibiotikaproylax samt eventuella dränage, katetrar och sonder. Ansvaret att kontrollera att patienten har fått ta del av och förstått information ligger på sjuksköterskan. Utöver detta är det

viktigt att sjuksköterskans förhållningssätt präglas av en lyhördhet för patientens upplevelser och emotionella tillstånd (8).

Kirurgi och oro

För hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar inom kirurgisk verksamhet innebär operationer en del av det dagliga arbetet. Patienten befinner sig dock där under andra omständigheter, inte alltför sällan är det en omvälvande upplevelse inför något okänt och hotfullt (8). Att bli inlagd på sjukhus placerar patienten i en ny och främmande situation som kan ge upphov till starka känslomässiga reaktioner såsom stress och ångest. Detta kan leda till oro hos patienter under vårdtiden (7). Oro hos patienter inom kirurgisk verksamhet är vanligt (9) men graden av oro varierar. Känslorna kan variera från lätt obehag, nervositet, svår oro, ångest och även panikkänslor (8).

Tidigare forskning visar att det finns olika orsaker till patienters oro. Preoperativ oro kan vara förknippad med hot av patientens egen självbild, rädsla för att dö och oro inför det okända (10). I en studie om kvinnor som genomgått gynekologisk kirurgi framhölls organisation och vårdgivande, att bli patient, oro för andra människor och att inte veta som betydande faktorer för patienters oro.

...and at no point was I told how long this was likely to go on (11 sid 347).

Även rädsla för smärta visade sig vara en orsak till oro:

... pain, that was what I was more concerned about... pain really (11 sid 347).

Högre oro i samband med ett kirurgiskt ingrepp är förknippat med karaktärsdraget oro, typ av kirurgi och tidigare smärtupplevelser. Patienter med högre oro generellt upplever också högre nivåer av oro under sjukhusvistelsen (11). Ökad oro associerades med de patienter som genomgick ofrivillig kirurgi, där frivillig kirurgi definierades som t.ex. plastikkirurgi (9). Större ingrepp associeras med högre grad av oro (11). Kvinnor upplever mer oro än män och patienter med mindre erfarenhet av vård är mer oroliga. Händelser som oroade patienter kunde bl.a. vara att tvingas fasta inför operation, att inte få använda sina löständer och den stund då patienten hämtas och körs till operation (9). Oro börjar stiga redan kvällen före operation och når sin kulmen ögonblicket innan narkos (11).

Fram till 1970-talet var den allmänna uppfattningen att patienter som skulle genomgå kirurgi drog fördel av att inte ha viss information angående operation. Idag råder dock uppfattningen att preoperativ information leder till lägre grad av oro. Patienter som är nöjda med den information som ges har visat sig ha en lägre grad av oro (12). Detta bekräftas också av Mitchell som visade att patienter som fick reducerad information hade en ökad oro (9). Studier visar att sjuksköterskor kommunicerar med patienten innan operation, men att kärnan i konversationen är biomedicinsk. Detta belyser bristen på, och oförmågan att applicera omvårdnads kunskap inom vården (13).

Konsekvenser av oro

En patient som känner sig otrygg och oinformerad kan därmed uppleva ökad stress och har svårare att hantera det som väntar i det postoperativa förloppet (8). De

fysiologiska förändringar stress medför kan påverka och förvärra ett redan existerande tillstånd som därmed kan förlänga och komplicera sjukdomsförloppet. (3). Ökade nivåer av oro hänger samman med ökade nivåer av postoperativ smärta (11) och en sämre förmåga att hantera den (8). Patienter som tenderade att vara oroliga visade sig behöva mer anestesi och det dröjde längre tid innan anestesi hade effekt (9).

Sjuksköterskans kompetens och ansvar

Etiska riktlinjer och ett vetenskapligt förhållningssätt ligger till grund för sjuksköterskans arbete. De etiska riktlinjerna är utarbetade av International Council of Nursing (ICN) och fastställer sjuksköterskans ansvarsområde i fyra punkter:

- Att främja hälsa.
- Att förebygga sjukdom.
- Att återställa hälsa.
- Att lindra lidande (14).

I sjuksköterskans kompetens ingår att ha förmåga att se till hela människans omvårdnadsbehov d.v.s. såväl fysiska, psykiska som sociala kulturella och andliga. Sjuksköterskan har en viktig funktion i att uppmärksamma och möta patientens upplevelse av sjukdom och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder. Hon/han ska ha förmåga att föra en dialog med patienten som syftar till att vägleda och främja delaktighet i vården. Under en vårdvistelse erhåller patienter mycket information och sjuksköterskans uppgift är att tillgodose patienters förståelse av denna, det är också viktigt att uppmärksamma patienter med utökat informationsbehov eller som inte själva ställer frågor. Därmed kan sjuksköterskan skapa välbefinnande och trygghet hos patienten. Sjuksköterskan ska också ha förmåga att motverka komplikationer från sjukdomar, vård och behandlingar (15).

Sjuksköterskans ansvar och arbetsuppgifter regleras i ett flertal lagar och förordningar. I Hälso- och sjukvårdslagen fastställs att information om hälsotillstånd, metoder, vård och behandling ska anpassas till individen (16). Enligt Lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvård ska personal grunda sitt arbete i vetenskap och beprövad erfarenhet och den sjukvård som erbjuds ska uppfylla dessa krav men samtidigt vara sakkunnig och omsorgsfull. Omtanke och respekt ska ligga till grund för patientbemötandet och vård ska så långt som möjligt ske i samråd med patienten (17). I socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården fastställs syftet med omvårdnad till att bevara hälsa utifrån de individuella möjligheter och behov patienten har samt att minska lidande. Omvårdnad innefattar också åtgärder för att ge stöd till patienter i deras reaktion på sjukdom och behandlingar. De allmänna råden betonar helhetsperspektivet på människan och att omvårdnadsarbetet bygger på allt från medicintekniska åtgärder till att se individens existentiella situation. Sjuksköterskan bör besitta kunskaper från de olika områdena natur- samhälls- beteendevetenskap och humaniora för att kunna anpassa omvårdnaden till den specifika situationen (18).

Katie Erikssons omvårdnadsteori

Eriksson definierar hälsa som en integrerad helhet av sundhet, friskhet och välbefinnande. Sundhet refererar till den psykiska hälsan, friskhet till den fysiska och välbefinnandet innebär människans personliga upplevelse av välbehag. Hälsan

ses som en del av själva livet och hör samman med människans kropp, själ och ande. Hälsan är relativ, dynamisk och således något som ständigt förändras och växlar mellan ett varande och ett icke-varande. Erikssons hälsokors belyser hur de olika dimensionerna av hälsa förhåller sig till varandra och vilken position individen kan befinna sig i (19).

För sjuksköterskor är vårdande något av det essentiella i yrket. Enligt Eriksson innebär vårdande att åstadkomma hälsa genom ansning, lekande och lärande. Dessa delar är integrerade i och påverkar varandra. Ansning utgör den grundläggande och konkreta delen av vårdandet. Det innefattar dels praktiska omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan utför för att hålla patienten ren och må bra kroppsligt. Det innebär också att genom t.ex. beröring bekräfta människan som individ. Lekande och lärande har en mer symbolisk innebörd. Det finns olika former av lekande, men det handlar alltid om en paradox mellan den inre och yttre verkligheten, menar Eriksson. Genom leken kan människan t.ex. få upplevelsen av att de själva har kontroll över situationen. Som vårdare är det viktigt att skapa utrymme för leken och att överlåta kontrollen till patienten. Genom detta kan patienten uppleva tillit och tillfredsställelse. Lärandet är, enligt Eriksson, en grundläggande del i livet och utgör en viktig del av vårdandet. I lärandet får människan möjlighet att utvecklas och nå en högre nivå av integrerad helhet som individ. Eriksson menar att lärande har blivit något konstgjort i dagens samhälle och vill återgå till det hon kallar det naturliga lärandet. Det naturliga lärandet växer fram ur de behov människan har och vårdarens roll är att möjliggöra och underlätta lärandet (20).

Lidandet är en naturlig del i det mänskliga livet. Varje lidande är unikt och det går inte att bestämma vad som orsakar lidande och inte. Lidande innebär en sorg över vad man har förlorat eller är på väg att förlora. Det mänskliga lidandet är svårt att förmedla och saknar ibland ett språk, därför uttrycks det ofta på andra sätt. Det kan vara genom smärta, ångest eller andra observerbara uttryck. Dessa uttryck blir till symboler för det som är kärnan i lidandet. För att komma åt lidandet krävs det att man definierar det uttryck, t.ex. ångest, som man har för lidandet. Genom att omforma ångest till lidande kan man gå in i det som Eriksson menar är lidandets kamp. Det djupaste lidandet beskrivs som att inte bli sedd som människa. Katie Eriksson anser att dessa ”osedda” människor finns mitt ibland oss och att de dessutom finns representerade bland patienter inom vår sjukvård (21).

Eriksson menar att det inom sjukvården finns tre typer av lidande. Sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande är det lidande som förekommer p.g.a. sjukdom och behandling. Här utgör smärta en vanlig orsak. Den fysiska smärtan kan fokuseras till en kroppsdel men kan också leda till ett lidande som engagerar hela människan, d.v.s. kropp, själ och ande. Vårdlidande bör ses som ett onödigt lidande, menar Eriksson, då det orsakas av sjukvården oavsett om det är omedvetet eller medvetet. Vårdlidandet kan ha sin grund i bristande reflektion eller förståelse för lidande. Följande punkter kan utgöra grund för vårdlidande:

- Kränkning av patientens värdighet
- Fördömelse och straff
- Maktutövning
- Utebliven vård/icke-vård.

Den gemensamma nämnare för dessa punkter är att patientens värdighet kränks då lidande är ovärdigt människan. Livslidande är ett lidande som berör hela människans verklighet och existens. Livslidande kan t.ex. orsakas av hotet från en livshotande sjukdom eller upplevelsen av att inte bli sedd människa (21).

Varje lidande spelas i det som Eriksson anser vara lidandets drama. Lidandet drama står för det som sker då människor möts i en vårdrelation. Som vårdare är det i detta drama vi måste träda in för att kunna lindra lidande, vi blir därmed en medaktör. Dramat har tre akter. Första akten är då vårdaren bekräftar lidandet. Detta innebär att inte bortförklara lidandet utan att visa att man finns tillgänglig som medmänniska. Andra akten innebär att låta lidandet få rum och tid. Eriksson menar att man här låter lidandet få pendla mellan de två ytterligheterna lust och lidande. Den tredje akten i lidandets drama innebär att den lidande människan försonas och formar ett nytt liv som bildar en ny meningsfull helhet (21).

För att som vårdare kunna bemöta den lidande människan krävs det en djup och fundamental förståelse av vad lidande innebär. Att reducera det till ett sjukdomstillstånd gör att man försvårar den lidandes förmåga att växa och försonas. För att lidande ska kunna föra något positivt med sig krävs det att den lidande delar med sig av sitt lidande och kan berätta om det för någon. På detta sätt blir vårdaren en motspelare i lidandets drama. Vårdaren kan därmed bekräfta och lindra människans lidande (21).

En människa som lider behöver vård för att kunna göra lidandet uthärdligt. Då lidandet är som mest intensivt kan inte människan förmedla sitt lidande. Vårdaren måste då träda in utan att den lidande ber om det. För detta krävs mod från vårdaren. Vågar man inte se eller förnekar lidande kan man inte heller lindra det. Eriksson menar att en viktig förutsättning inom sjukvården för att lidande ska kunna lindras är att patienten känner sig respekterad. Tröst och lindring kan alltid ges och ofta är det små medel som krävs för att lindra, som t.ex. att smeka en kind eller ge en vänlig blick. Eriksson anser att vi som vårdare har mist denna förmåga. Exempel på hur man kan lindra lidande är att visa att man finns tillgänglig, att samtala, att trösta och uppmuntra, att förmedla hopp, vara ärlig och dela hopplösheten. Sjukvården är idag inriktad på sjukdomsdiagnoser och teknologi där den lidande människan inte står i fokus. Eriksson vill återvända till det hon kallar det naturliga vårdandet. Detta innebär att se lidande i ett helhetsperspektiv, där hela människans livssituation involveras, och inte bara i relation till sjukdom (21).

SYFTE

Sjuksköterskan bör kunna identifiera oro hos patienten och därefter vidta lämpliga åtgärder. Litteraturstudiens syfte är att undersöka hur sjuksköterskan kan lindra patienters oro i samband med ett kirurgiskt ingrepp. Vi vill belysa omvårdnadens betydelse och relevans för den kirurgiska vården.

Frågeställningar:

- Vilka omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan vidta för att lindra oro i samband med ett kirurgiskt ingrepp?
- Vilka konsekvenser får dessa omvårdnadsåtgärder för patienten?

METOD

Detta arbete utformades som en litteraturstudie. Sökning av artiklar genomfördes i databaserna Pubmed och CINAHL vid Göteborgs Universitetsbibliotek. Litteraturstudiens resultat bygger på 12 artiklar. De sökord som användes för att finna vetenskapliga artiklar grundades i litteraturstudiens syfte. De olika sökord som användes i databaserna var anxiety, preoperative, nursing, stress samt surgery. Dessa kombinerades sedan på olika sätt för att finna artiklar (Tabell 1). De begränsningar som gjordes i CINAHL var att alla artiklar skulle ha en sammanfattning och endast gälla vuxna. I PubMed begränsades sökningarna till att ha en sammanfattning och att gälla endast vuxna människor. Ingen tidsbegränsning gjordes i någon av databaserna. Första sökningen, med anxiety och preoperative som sökord, resulterade i 705 artiklar. Då detta är ett svåröverskådligt material lades ett sökord till i kombinationen. Förfarandesätt vid samtliga sökningar innebar att titel på artiklarna granskades och de artiklar vars titel inte stämde överens med litteraturstudiens syfte valdes bort. I de artiklar som återstod lästes sammanfattningen igenom och utifrån detta valdes artiklar ut som stod i överensstämmelse med studiens syfte. Sökningarna resulterade i 20 artiklar. Dessa 20 artiklar granskades sedan utifrån granskningsmallen (22). Efter detta återstod 12 artiklar som utgör grunden för litteraturstudiens resultat.

Analysen av resultatet genomfördes utifrån den process som Burnard beskriver. Denna kvalitativa metod är ett sätt att analysera skrivet material. Innehållsanalysen innebär att text och material genomarbetas och att det efter processens gång framträder olika gemensamma kategorier. Analysen av den insamlade datan i denna studie inleddes med att materialet lästes igenom och kodades. Därefter grupperades de olika koderna och reducerades om de hade liknande innebörd. Utifrån detta skapades fem kategorier. All data sammanföll under de olika kategorierna och analysen presenteras som ett resultat (23). Med sjuksköterska syftas i denna litteraturstudie hädanefter även på specialistutbildade sjuksköterskor.

Tabell 1. Översikt av artikelsökningar.

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Antal abstracts lästa	Valda artiklar
26/3	PubMed	Anxiety, preoperative	humans, abstract, all adults 19+	705	0	
26/3	PubMed	Anxiety, preoperative, nursing	humans, abstract, all adults 19+	77	56	2, 3, 4, 5, 9, 10, 11
26/3	CINAHL	Anxiety, preoperative, nursing	abstract, all adults	77	34	1, 2, 3, 5, 7, 8, 12,
26/3	CINAHL	Stress, preoperative,	abstract, all adults	34	10	1, 5, 12

		nursing				
27/3	PubMed	Stress, preoperative, nursing	abstract, all adults	32	8	5
29/3	CINAHL	Anxiety, surgery, nursing	abstracts, all adults	135	28	2, 3, 5, 6
29/3	CINAHL	Stress, surgery, nursing	abstracts, all adults	106	9	5, 6

RESULTAT

Resultatet redovisas under de olika kategorier som framkom vid analys av artiklarna. Vi har valt att presentera resultatet i form av omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kan vidta för att lindra oro. Det finns flera olika aspekter av de interventioner som gjorts och därför är de presenterade under flera olika kategorier. Kategorierna är; information, sinnen, individanpassning, närvaro samt delaktighet och känsla av kontroll. Omvårdnadsåtgärder och dess konsekvenser för patienterna presenteras nedan.

Information

Att försöka lindra oro preoperativt genom att ge patienter utökad information beskrevs i flera olika studier. Sjölings et al studie visade att patienter som genomgick knäkirurgi var mindre oroliga då de fick ta del av utökad preoperativ information. I denna studie fick patienten information om postoperativ smärta, behandling av denna samt sjukgymnastikens betydelse för god återhämtning (24). I en annan undersökning visades det sig däremot att utökad information, strukturerad utifrån VIPS-modellen, kunde medföra en negativ effekt på oro för vissa patienter. Den mer omfattande informationen bestod av bl.a. utbildning om mobilisering, operationen, anestesi, premedicinering och vilka observationer sjuksköterskan gör under operationen. Patienter som genomgick bröstcancerkirurgi visade sig bli mer oroliga då de tog del av denna utökade information (25).

Lin och Wang ville i sin studie undersöka effekten av mer preciserad information om smärta på patienters preoperativa oro inför bukkirurgi. Denna information innehöll fakta om smärta och dess orsaker, vanliga upplevelser i samband med operationen, vikten av tidig mobilisering och hur man på andra sätt än medicinskt kunde lindra smärta. Vid detta informationstillfälle diskuterades också ett gemensamt mål gällande smärtlindring. I resultatet framkom att patienterna inte hade någon signifikant skillnad när det gällde smärta men det fanns en signifikant skillnad i oro. Skillnaden i medelvärde av oro innan och efter interventionen var hos patienterna i interventionsgruppen större jämfört med kontrollgruppen. Denna metod visade sig alltså leda till minskade orosnivåer preoperativt (26).

Effekten av information på patientens upplevelse i samband med operation undersöktes också av Gammon och Mulholland. I denna studie fick patienterna undervisning och information om hur det pre- och postoperativa förloppet skulle se

ut. Informationen delades upp på två tillfällen med 4-6 timmars mellanrum. Som komplement till den muntliga undervisningen gavs även en informationsbroschyr. De visade sig att de patienter som inte fått ta del av undervisningsprogrammet hade en högre grad av oro. Detta resultat tydde på att utökad undervisning och information är en god strategi för att påverka oro och andra psykologiska processer (27).

En studie ville utforska effekten av om och hur skriftlig information i form av en broschyr kunde minska patienters oro inför en gastroenterologisk undersökning. Denna broschyr skickades hem till patienter en vecka innan planerad undersökning. Informationsbroschyren tog upp vad som skulle ske och vanliga upplevelser i samband med operation. Den bestod även av information om olika sätt att hantera situationen samt praktisk information. En jämförelse gjordes med patienter som endast fick muntlig information. De patienter som förutom den sedvanliga, muntliga informationen även fick informationsbroschyren visade sig ha en signifikant lägre nivå av oro. Majoriteten, 96 % av patienterna, visade sig ha läst hela informationsbroschyren och 83 % ansåg att den var mycket användbar. En stor del av patientgruppen ansåg att informationsbroschyren skulle vara till mest nytta om den delades ut ett par dagar innan undersökningen. Av de patienter som inte tog del av broschyren uttryckte nästan hälften att de önskade någon form av skriftlig information. Utifrån resultatet drar författaren slutsatsen att skriftlig information i form av en broschyr var en god intervention för att lindra oro (28).

Mitchell visade i sin undersökande studie att nästan alla patienter önskade att få skriftlig information inför sin operation. Många av dessa patienter önskade informationen i form av diagram, planscher och tabeller. Som komplement till skriftlig information fanns det även patienter som önskade information på andra sätt, t.ex. videoband, kassettband och en rundvisning på avdelningen. Nittiotvå procent av patienterna ville även ha muntlig preoperativ information. Ca 75 % av patienterna önskade informationen rörande operationen minst en vecka i förväg. Ingen patient ansåg att information på operationsdagen var tillräckligt (29).

Lindwall et al beskrev upplevelser hos patient och sjuksköterska av den perioperativa dialogen. Denna dialog innebar bl.a. ett informationsutbyte mellan sjuksköterska och patient. I den preoperativa fasen fick patienten information om anestesi och vad som skulle hända under operationen. Den perioperativa dialogen var betydelsefull för både patient och sjuksköterska (30).

En patient sa;

I felt good when the nurse came from the operating room and told me what will happen. She described what they were going to do with my body... (30 sid 249).

En sjuksköterska sa;

The preoperative dialogue was very good, because I was prepared to meet a worried patient who needed more time and information about the operation than I expected (30 sid 250).

Sinnen

I en studie instruerade man patienter i avslappningstekniker inför gastroenterologiska undersökningar. Tekniken innebar att patienten fick sluta sina ögon och föreställa sig syner, ljud och dofter. Under tiden fick de också lyssna på avslappnande musik. Denna metod visade sig ha positiv effekt på patienters oro genom att personer i interventionsgruppen visade sig ha lägre blodtryck och puls jämfört med kontrollgruppen under undersökningarna (31). En liknande studie gjordes där patienter fick lyssna till en lugn berättelse med avslappnande bakgrundsmusik. Målet var att skapa en plats där patienten kunde känna sig trygga genom att fokusera på föreställningar av ljud, dofter och känslor. Genom denna intervention kände sig patienterna mindre oroliga (32). Dessa studier visade hur patientens inre bilder och föreställningar kunde lugna patienten. Mitchell visade att även den fysiska miljön och omgivningen på sjukhuset kunde bidra till minskad oro för patienterna (29). En annan intervention innebar att låta patienter lyssna på musik under 30 minuter innan operation. I studien användes STAI som instrument för att mäta oro. Denna metod innebär att patienten kan skatta både generell oro och den oro som är förknippad med den specifika situationen. Patienter som lyssnade på musik inför operationen skattade i medel sin oro på en lägre nivå jämfört med kontroll- och placebo-grupp. Cooke et al menade att detta var en åtgärd som sjuksköterskan enkelt och självständigt kunde applicera i sitt arbete (33). Salmore et al föreslog att sjuksköterskor bör kunna använda avslappningsmetoder för att minska patienters oro (31).

Att hålla patienten i handen under en operation ledde till minskad oro visade en interventionsstudie. Forskaren höll patienten i handen och placerade sin andra hand på patientens mage under 15 minuter. Denna beröring visade sig ha en positiv effekt på oro (34). Fysisk beröring i sig kunde även få patienter att uppleva sig bli berörda som en hel människa. Det har beskrivits att sjuksköterskans beröring fick patienterna att må bättre och känna sig mindre oroliga. En patient uttryckte hur sjuksköterskans varma händer lugnade henne (30).

I could feel her warm hands comforting my body on the table and her touch made me feel less worried (30 sid 249).

Majoriteten av patienter som fick hålla någons hand under operationen tyckte att metoden var lämplig för att minska oro. De ansåg dessutom att interventionen skulle kunna vara en än mer lämplig metod innan än under operation (34).

Effekten av värme för att minska oro undersöktes i en studie. Wagner et al gjorde en jämförelse mellan två olika sätt att hålla patienten varm inför kirurgi. Detta gjordes med syftet att se om dessa olika metoder påverkade patienters oro. Båda interventionerna hade positiv effekt på patienters välbefinnande och författaren antydde att värmande interventioner är en god metod för att lindra patienters oro (35).

Individanpassning

Patienter har olika sätt att hantera situationer. En grupp patienter visade sig i en undersökning hantera saker bättre om de fick mycket information preoperativt. Denna copingstil benämndes som vigilant copingstil. Dessa patienter krävde stora mängder information för att hantera krävande situationer. Ett annat sätt för patienter

att hantera situationer var att vara mer undvikande i sitt hanterande, vilka benämndes som patienter med en undvikande copingstil. Dessa patienter önskade inte lika utförlig information. Undersökningens resultat belyste att behovet av information till stor del är beroende av vilken typ av copingstil patienten har. I gruppen av patienter med en vigilant copingstil hade patienterna som fick mer information signifikant lägre oro preoperativt, jämfört med de patienter med samma copingstrategi som fick mindre information. Att få mindre information innebar för dessa patienter t.ex. ökad oro för den generella anestesi. Även önskan om tidpunkt skiljde sig mellan de båda patientgrupperna. Patienter med den vigilanta copingstilen föredrog att informationen gavs 3-4 veckor innan operationen. Den andra gruppen ansåg att det var tillräckligt med information en vecka innan planerad operation. Mitchell föreslog utifrån sitt resultat att det bästa sättet att bemöta patienter med en vigilant copingstil var att som personal utstråla en känsla av kontroll, att bistå med mycket information och att försäkra patienten om personalens kompetens (29).

Även van Zuuren et al utgick från olika copingstilar vilka i artikeln benämndes som hög/låg monitoring och hög/låg blunting. I denna studie beskrevs hur människor med olika copingstilar hade olika önskemål och behov av information och hur de hanterade den på olika sätt. Interventionen bestod utav skriftlig information i form av en informationsbroschyr. Patienterna i interventionsgruppen visade sig ha minskad preoperativ oro jämfört med patienterna i kontrollgruppen. Effekten av informationsbroschyren skiljde sig också mellan de olika copingstilarna. Patienter med en hög nivå av så kallad monitoring stil önskade mycket information, oroade sig för och förstörde risker och hot. Dessa patienter hade kraftigare minskning av oro efter att ha läst informationsbroschyren jämfört med patienter med en låg monitoring stil. Blunting innebar att patienter undvek hotande information och försökte distrahera sig i hotande situationer. I denna grupp upptäcktes att en person med hög grad av denna copingstil upplevde mer oro före undersökningen och inte i lika hög grad läste informationsbroschyren, detta i jämförelse med gruppen med en låg grad av blunting (28).

Behovet av att individanpassa omvårdnadsåtgärder belystes också i studien av Cooke et al. Patienterna som lyssnade på musik under den preoperativa perioden hade möjlighet att välja mellan 37 olika titlar av musik. Resultatet visade att de 60 patienter som ingick i interventionsgruppen valde 27 olika titlar. Författaren drog utifrån detta slutsatsen att lyssna på sitt eget val av musik minskar preoperativ oro. I slutsatsen betonades också att om musik ska användas som en sjuksköterskeintervention för att lindra oro måste de individuella önskemålen styra (33).

En annan studie tog upp vikten av att anpassa informationen efter vilken typ av patientkategori sjuksköterskan vårdar. Patienter som behandlades kirurgiskt för bröstcancer visade sig få ökad oro och stressnivåer inför operationen då de erhöll ett utökat informationsprogram. De hade överlag högre nivåer av oro jämfört med de patienter som genomgick höftkirurgi. Författaren drar utifrån detta slutsatsen att sjuksköterskan bör kunna balansera informationsnivån efter patientens individuella behov och situation (25).

Mitchell föreslog utifrån sitt resultat att ett system kunde upprättas för att klassificera patienters behov av information. Detta förslag byggde på den del av resultatet som menade att patienter med olika copingstilar är i behov av varierande grad av information. Författaren föreslog att om informationen anpassas efter individen kan patienten känna sig mindre orolig (29).

Närvaro

Sjuksköterskans närvaro ansågs vara den största bidragande orsaken till minskad oro hos majoriteten av patienterna i Mitchells studie. Att sjuksköterskan var i närheten och kunde samtala med patienten var betydelsefullt (29). Lindwall et al beskrev den perioperativa dialogen och hur sjuksköterska och patient upplevde denna. Dialogen innebar att en och samma sjuksköterska träffade och informerade patienten både pre-, intra- och postoperativt. På detta sätt bildades en vårdrelation och en gemenskap. Genom att sjuksköterskan fanns närvarande både innan, under och efter operationen skapades en tillit. Patienterna kände att de var i trygga händer och att de litade på sjuksköterskan som skulle vara med under operationen (30). Den studie som undersökte hur en informationsbroschyr kunde lindra oro lade vikt vid sjuksköterskans stödjande roll. Detta beskrevs i broschyren (28):

The nurse will stay with you throughout the whole medical examination and you can count on him/her for support (28 sid 175).

För patienter var det viktigt att sjuksköterskan lyssnade på deras frågor och hade förståelse för hur oroliga och stressade de kände sig. Att sjuksköterskan respekterade deras rädsla gjorde att patienterna kände sig mer förberedda för operation. Patienten upplevde att det kändes bra när sjuksköterskan lyssnade på deras historia om tidigare problem. Patienterna uppgav att de upplevde att deras rädslor och problem togs på allvar. Dialogen med patienten möjliggjorde att sjuksköterskan kunde lyssna och därmed skapa en vårdrelation. Detta gjorde att sjuksköterskan var förberedd på om patienten var orolig och hur de upplevde situationen. Närvaro av sjuksköterskan beskrevs även som en tyst dialog, där ord inte alltid var det primära. Sjuksköterskan och patienten utvecklade ett gemensamt kroppsspråk där de kunde förstå varandra och sjuksköterskan kunde avläsa patientens sinnesstämning (30).

I en studie, där patienten genomgick kataraktkirurgi med lokalbedövning, satt sjuksköterskan med under operationen och höll patientens hand. Dessa patienter upplevde en signifikant minskad oro jämfört med en kontrollgrupp. Kontrollgruppen fick sedvanlig vård vilket innebar att patienten är ensam tillsammans med kirurg och övrig personal. Patienterna i interventionsgruppen ansåg att detta var en mycket effektiv metod för att minska oro. Nivåerna av noradrenalin, kortisol och adrenalin ökade hos alla patienter under operation men denna ökning var lägre i interventionsgruppen (34).

Delaktighet och känsla av kontroll

Ett utökat informationsprogram som lade fokus på patientens eget deltagande visade sig minska preoperativ oro. Den viktigaste delen i informationen var att uppmuntra patienterna att vara aktiva i sin egen behandling. Syftet var att öka patienternas egen kunskap och förmåga att hantera smärta. Under tiden som patienterna fick informationen uppmunrades patienterna att ställa frågor kring smärtlindring och vad

det innebar att ligga på sjukhus (24). Att be om smärtlindring uppmuntrades även i en studie, dessutom ombads patienterna att uttrycka känslor och bekymmer (26). Att ge patienten möjlighet och uppmuntra att ställa frågor belystes även i andra studier (24, 27, 30). Av de patienter som fick ta del av den utökade informationen visade sig alla vara nöjda med vården från sjuksköterskorna medan det fanns patienter i kontrollgruppen som var mindre nöjda eller rent av missnöjda (24). Att vara delaktig som patient behandlades också i studien av Tusek et al. Det kassetband som användes i interventionen var ett verktyg för patienterna att själva kunna hantera situationen. Patienterna fick själva kontrollera hur ofta de ville använda kassetbandet. Kassetbandet uppmanade patienten att bemöta negativa känslor som rädsla samt att känna sig säkra och stöttade och att ha tillit till det kirurgiska teamet. Patienterna kunde också föreställa sig i det kirurgiska sammanhanget och närvaron av någon anhörig (32). Genom den perioperativa dialogen som Lindwall et al beskrev kunde patienterna uppleva sig som en del av händelsen tillsammans med sjuksköterskan (30).

Känsla av kontroll togs även upp i två andra studier. I studien där en informationsbroschyr skickades hem till patienten inför operationen kunde patienterna själva kontrollera hur mycket information de ville ha. Detta p.g.a. att broschyren var uppbyggd utifrån en självreglerande teori där patienten antingen kunde läsa en sammanfattning eller välja att ta del av den fullständiga informationen (28). I Gammon och Mulhollands studie undersöktes också effekten av utökad information och undervisning på oro. Denna studie visade att patienterna, förutom minskad oro, också upplevde högre självförtroende och känsla av kontroll jämfört med den grupp som inte hade tagit del av interventionen. Informationen kunde alltså påverka hur patienterna hanterade sjukhusvistelsen, genom kunskap kunde patienterna behålla sin självständighet och vara delaktiga i sin vård (27).

I studien av Wagner et al fick den ena patientgruppen uppvärmda bomullsfiltar för att hålla värmen medan de andra patienterna fick en patientkontrollerad värmefilt. Den patientkontrollerade värmefilten möjliggjorde att patienterna själva kunde styra över graden av värme. Patienterna fick i denna studie skatta sig på en numerisk VAS-skala som användes för att mäta subjektiv oro. Resultatet visade att nivå av oro var lägre hos dessa patienter jämfört med de patienter som fick en vanlig bomullsfilt. Interventionsgruppen uppvisade en förbättring angående hur de själva upplevde sin kroppstemperatur, rumstemperatur, frossa och värme på överkroppen jämfört med kontrollgruppen. Det fanns inga skillnader angående kroppstemperatur mellan de två olika grupperna, men den subjektiva upplevelsen av ökat välbefinnande och minskad oro var högre i interventionsgruppen. Författaren menade att resultatet kunde bero på den känsla av kontroll som interventionen medförde (35).

DISKUSSION

Metoddiskussion

De 12 artiklar som utgjorde underlaget för denna studie hämtades från databaserna CINAHL och PubMed. Dessa databaser har ett stort material utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv. I sökningarna användes inga begränsningar angående publiceringsår eftersom vi antog att ett ämne som berör människors oro inte

förändras nämnvärt över tid. De artiklar som användes sträckte sig från år 1996 till 2006. Resultatet av artiklarna speglar därmed nutid. Detta anser vi kan tyda på att forskning som belyser vårt problemområde är relativt ny. Att de artiklar som ingick i studien skulle innehålla en sammanfattning sågs som en kvalitetsförsäkran för vetenskapliga artiklar. Flera av artiklarna återfanns under olika kombinationer av sökorden, detta ansåg vi vara ett bevis på sökordens relevans för ämnet och att ämnesområdet var avsett.

I vår studie har vi använt oss av både metod och resultat från artiklarna, p.g.a. litteraturstudiens syfte och frågeställning. Det föll sig därmed naturligt att de flesta artiklarna var interventionsstudier där en metod med syfte att lindra oro undersöktes. Elva av de 12 artiklar som ingick i studien var kvantitativa. Endast en artikel med kvalitativ metod stämde överens med vårt syfte. Detta anser vi belyser bristen av kvalitativ forskning inom området. Den kvalitativa artikel som användes i denna studie visade sig tillföra mer djup till resultatet. I de kvantitativa artiklarna användes olika mätinstrument för att uppskatta subjektiva upplevelser. Trots att det finns fördelar med att mäta och jämföra resultat är dock kvantitativa mätinstrument av personliga upplevelser något som kan ifrågasättas. Olika mått som användes i de olika artiklarna var t.ex. VAS, STAI samt blodtryck, puls och nivåer av stresshormoner. Resultatet i en studie visade dock att förhöjt blodtryck och puls inte alltid stämde överens med patienternas upplevelser av oro (34). Detta utgör ett exempel på varför kvantitativa artiklar inte alltid är lämpliga att använda då man undersöker denna typ av område.

Antal patienter som deltog i de kvantitativa artiklarna varierade från 60 till 180 patienter. I den kvalitativa artikeln intervjuades 10 patienter samt 10 sjuksköterskor. Könsfördelningen i artiklarna var relativt jämn. De flesta artiklar undersökte både kvinnor och män, dock var andelen kvinnor i många artiklar något högre. Varför en högre andel kvinnor fanns i studierna förklarades inte, men kan kanske tyda på att kvinnor återfinns som patienter i något högre grad inom dagens sjukvård. En av artiklarna hade endast kvinnor i sitt urval vilket var en logisk följd av att studien berörde gynekologisk kirurgi. En artikel uppgav inte könsfördelningen av populationen.

Majoriteten av artiklarna kom från Sverige, USA och Storbritannien, övriga artiklar från Australien, Taiwan, Belgien och Korea. Därmed belyser studiens resultat kunskaper från många olika delar av världen. Trots sociala, kulturella och strukturella skillnader anser vi att resultatet ändå kan vara relevant för svensk sjukvård. Etiska aspekter granskades i de flesta av artiklarna och många innehöll väl beskrivna metoder. Bakgrunder och diskussioner var relevanta och intressanta. Flera artiklar tog upp hur metoden skulle kunna implementeras i klinisk verksamhet, vilket tyder på en överförbarhet av resultaten till dagens sjukvård. I vissa fall satte vi syftet med vår litteraturstudie framför vissa kvalitetsaspekter. Då vi ansåg att en omvårdnadsåtgärd tillförde en ny viktig aspekt till resultatet valde vi att inkludera den även om t.ex. reliabiliteten inte diskuterades utförligt. Vi anser ändå att artiklarna överlag håller en hög vetenskaplig kvalitet.

Litteraturstudien genomfördes med en induktiv metod. Detta innebar att vi gick igenom materialet med ett öppet sinne och analyserade fram vad vi ansåg meningsbärande i artiklarna. Denna metod kräver att forskaren går in i arbetet utan

förutfattade tankar. Det går dock inte att bortse från att en viss förförståelse alltid finns. En fördel med denna induktiva metod är att inget annat begränsar analysen av materialet såsom skulle ha skett vid en deduktiv metod. Att vara två författare till en litteraturstudie kan innebära både för- och nackdelar. Vi såg detta dock enbart som positivt. Två skilda sätt att tänka, arbeta och analysera bidrog till en rikare och djupare bild av materialet.

Då syftet med studien var att belysa oro i samband med kirurgi i allmänhet kom resultatet att bygga på studier från olika kirurgiska områden. Framtida forskning kan sikta in sig på att undersöka hur oro vid olika specifika ingrepp kan lindras, då vi anser det troligt att upplevelsen skiljer sig markant mellan t.ex. en bröstcanceroperation och en operation mot katarakt.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att undersöka vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kan använda sig av för att lindra patienters oro i samband med ett kirurgiskt ingrepp. Vi ville också undersöka vilka konsekvenser dessa omvårdnadsåtgärder fick för patienten. Vi anser att patientens upplevelse av minskad oro är intimt förknippad med omvårdnadsåtgärder som syftar till att lindra oro. Därför har vi valt att beskriva både omvårdnadsåtgärder och hur de upplevdes av patienten. Resultatet visade sig efter analys frambringa olika kategorier. Dessa fem kategorier var information, sinnen, individanpassning, närvaro samt delaktighet och känsla av kontroll. Resultatet av dessa, anknytning till tidigare kunskap och erfarenheter från området samt valda delar ur Katie Erikssons teori diskuteras nedan.

Den teoretiska anknytningen till denna litteraturstudie utgörs av Katie Erikssons hälsodefinition, omvårdnadsteori samt tankar kring lidande och lindring. Hälsa definieras enligt Eriksson som en integrerad helhet av sundhet, friskhet och välbefinnande. Hälsa är en del av själva livet och kan relateras till kropp, själ och ande (19). Med denna definition som utgångspunkt i omvårdnadsarbete blir det enkelt att se vikten av att omvårdnadsåtgärder också riktas mot alla dessa aspekter av hälsan och människan. I vår litteraturstudie fann vi artiklar som kan relateras till dessa delar av hälsa och människa. De studier som gjordes om effekten av beröring och värme på oro har ett samband med den kroppsliga upplevelsen av hälsa. Artiklar som tog upp betydelsen av känsla av kontroll, delaktighet och närvaro kan relateras till de själsliga och andliga dimensionerna av hälsa.

Eriksson använder sig av begreppen ansa, leka och lära för att beskriva vårdandets innebörd. Begreppen går att applicera på de omvårdnadsåtgärder som framkom efter analys av artiklarnas resultat. Ansning är dels konkreta omvårdnadsåtgärder som syftar till kroppsligt välbehag för patienten. Det innefattar också att känna sig sedd som person (20). Moon et al tog upp effekten av att hålla någon i handen under en operation och visade att denna beröring hade effekt på patienters upplevelse av oro (34). Beröring är ett konkret sätt att få patienten att må bra och bli bekräftad. Att lindra oro genom beröring togs upp i resultatet. Det visade inte bara att patienterna kände sig lugnare av att sjuksköterskan höll deras hand utan också att de kände sig sedda som en hel människa (30). I resultatet från en annan studie framkom att värme från både vanliga filter och patientkontrollerade värmefiltar hade en positiv effekt på patientens preoperativa oro (35).

I vårt resultat fann vi också omvårdnadsåtgärder som vi anser kan relateras till leken. Musik användes på olika sätt som en intervention för att lindra patienters oro (31, 32, 33). Vi har själva upplevt hur musik i utmanande omvårdnadssituationer kan hjälpa patienter att känna sig lugnare. Vi tror att musik kan ge patienter möjligheten att för en stund få fokusera på något annat än omgivningen och stimulera till reflektion. Detta kan knytas an till hur Eriksson definierar leken d.v.s. som en paradox mellan inre och yttre verklighet. Att med vägledning hjälpa patienten att föreställa sig olika situationer och känslor kan även det ses som en lek. I resultatet beskrevs hur patienter mentalt skulle föreställa sig bl.a. syner, ljud, dofter och känslor och hur de med hjälp av detta kunde känna sig tryggare inför kirurgiska ingrepp (31, 32). Detta tror vi handlar om att patienterna i sin inre värld fick möjlighet att uppleva det som väntade i den yttre verkligheten.

Då dagens sjukvård ska ske i samråd med patienten (17) får informationen en än viktigare roll. För att patienten ska kunna vara delaktig i vården krävs kunskap och utökad information kan ge denna möjlighet till patienterna. Eriksson beskriver hur lärandet ger människan möjlighet att utvecklas och nå en ny integrerad helhet (20). Genom att informera patienter kan man genom undervisning och kunskap förbereda dem på vad som komma skall. Då preoperativ oro kan vara förknippad med att inte veta vad som ska ske (10, 11) kan detta vara en god omvårdnadsåtgärd för att minska oro. Att informera patienter som strategi för att minska oro beskrevs i flera studier. Information kunde som omvårdnadsåtgärd bestå av flera olika former, både skriftlig och muntlig.

Katie Eriksson menar att lärandet är en grundläggande del av livet och att lärande måste utgå från människans egna behov och förutsättningar (20). Hälso- och sjukvårdslagen förtydligar också att all vård och behandling ska anpassas efter individen. Vikten av att anpassa omvårdnaden efter individen poängterades även i vårt resultat. Två artiklar belyste hur patienter med olika copingstilar hanterade information på olika sätt (28, 29). Det är viktigt att sjuksköterskan kan uppmärksamma hur olika patienter är och de varierande behov av information som finns (15). Vårt resultat visar att allt mänskligt lidande är unikt och att vårdare alltid måste se till var den enskilde patienten befinner sig. Något intressant som framkom i vårt resultat var att utökad information även kunde vara en källa till ökad oro hos patienterna. Patienter med bröstcancer upplevde att den utökade informationen de fick gjorde dem mer oroliga inför operationen visade Lilja et al (25). Den allmänna uppfattningen idag är att preoperativ information leder till minskad oro (12) men resultatet av Liljas et al studie (25) visar att detta är något som i vissa fall kan ifrågasättas. Detta anser vi utgör ytterligare exempel på vikten av anpassning av t.ex. information, inte bara till individen utan kanske också till diagnosen.

De olika kategorier som framkom vid analys av vårt resultat kan ses som enskilda omvårdnadsåtgärder. Vi ser ändå att en utav dessa är överordnad de andra då den mer eller mindre verkar påverka och influera de övriga kategorierna. Information, närvaro, delaktighet och känsla av kontroll samt omvårdnadsåtgärder som riktar sig mot patienters sinnen är alla i behov av att individanpassas. Detta kom vi författare underfund med genom att dels reflektera över de olika kategoriernas förhållande till varandra men också genom att gå till vår egen erfarenhet av praktiskt vårdarbete. Vi har upplevt att en och samma omvårdnadsåtgärd måste justeras efter patient och situation. Vår erfarenhet är att det som kan vara rätt i en situation med en patient

inte passar i en annan situation med en annan patient. Detta tror vi kräver en stor lyhördhet hos sjuksköterskan.

Stress och ångest kan som tidigare nämnts yttra sig med varierande uttryck och vi anser det viktigt att sjuksköterskan kan bedöma och bemöta detta spektrum av oro. Vi har själva erfårit att det är en svår bedömning att göra då patienter som inte ter sig nervösa ändå kan bära på mycket oro. Å andra sidan har vi även mött patienter där vår bedömning har varit att de är oroliga, vilket inte har överensstämmt med patienternas egna uppfattningar. I studiens resultat visade det sig att trots att patienterna hade fysiska tecken på oro, som t.ex. hög puls och blodtryck och ökade mängder stresshormoner, motsvarade detta inte av en subjektiv upplevelse av oro (34).

Oro och ångest är exempel på uttryck för lidandet och den oro som patienter uttrycker i samband med kirurgi ser vi således som ett lidande. Eriksson menar att lidande utgör en del av livet och att den lidande människan behöver vård för att göra lidandet uthärdligt (21). ICN:s etiska kod och kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor tar upp att lindra lidande som ett av sjuksköterskans ansvarsområden (14, 15). Detta motiverar varför lindring av oro är en viktig och nödvändig del i sjuksköterskans arbete.

Patienter upplevde att sjuksköterskans närvaro bidrog till att minska deras oro (29). För att sjuksköterskan ska kunna lindra den oro som patienter känner krävs det att hon/han är närvarande. Sjuksköterskan måste träda in som medaktör i det lidande som patienterna upplever och bekräfta deras oro (21). Sjuksköterskans närvaro beskrevs i flera artiklar (28, 29, 30, 34). Med hjälp av den perioperativa dialogen upplevde patienterna att de kunde berätta om sina problem och rädslor och att detta respekterades av sjuksköterskan (30). Eriksson menar att människan ibland kan ha svårt att uttrycka och förmedla det lidande de upplever (21). I den perioperativa dialogen kunde patienterna och sjuksköterskan utveckla ett gemensamt kroppsspråk och en dialog där ord inte var nödvändiga (30). Detta belyser vikten av att det är viktigt att sjuksköterskan finns närvarande och kan uppmärksamma dessa signaler från patienten och vara lyhörd för hur patienten mår känslomässigt (8). Katie Eriksson talar om behovet att som människa bli sedd och bekräftad och att om detta inte uppfylls kan det vara något av det djupaste lidandet (21). Vi tror att det krävs vissa förutsättningar inom både organisation och i de attityder som finns bland personal inom sjukvården för att möjliggöra närvaro som omvårdnadsåtgärd. Sjuksköterskan måste kunna uppleva att det finns tid och acceptans för att utföra detta viktiga arbete.

Eriksson menar att det i vården finns tre typer av lidande, sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Patienter kan uppleva lidande av olika anledningar. Rädsla för smärta i samband med ett kirurgiskt ingrepp kunde ge upphov till oro (11). I två av de artiklar som ingick i litteraturstudien fokuserades det på att ge patienterna information om smärta och behandling av denna (24, 26). Smärta som konsekvens av ett kirurgiskt ingrepp definieras enligt Eriksson som ett sjukdomslidande. Sjukdomslidande och livslidande är något alla människor kan uppleva någon gång i livet. Vårdlidande däremot ska inte ses som en del av livet då det enligt Eriksson är något som inte bör existera och som orsakas av vårdpersonal. Det kan t.ex. innebära att personal omedvetet eller medvetet kränker patienten eller

att vård helt enkelt uteblir (21). Vi anser att personal inom sjukvården idag är duktig på att lindra fysiskt lidande som t.ex. smärta. Kanske är det så p.g.a. av den stora tilltron till den medicinska kunskapen. Åtgärder som syftar till att lindra livs- och vårdlidande bygger i större utsträckning på reflektion av och förståelse för lidandet, vilket gör det till en kanske större utmaning. Vi tror att sjuksköterskor ska vara beredda att i sin yrkesutövning möta alla dessa typer av lidande. I en utsatt situation som en sjukhusvistelse kan utgöra är det troligt att andra problem och bekymmer kommer upp till ytan. Genom närvaro kan sjuksköterskan skapa en relation till patienten som möjliggör att patienten känner att han/hon kan vända sig till sjuksköterskan. Kanske kan man inte alltid som sjuksköterska lindra ett djupt livslidande, men bara genom att vara där, genom att se människans lidande, tror vi att det går att bidra till tröst. Ibland kan en vänlig fråga om vad det är som bekymrar ge svar som ligger långt utanför vårdens egentliga profession, men som genom samtal med sjuksköterskan kan lindras. Därmed kan patienten bli lugnare vilket vi anser är fördelaktigt ur både patientens och sjukvårdens perspektiv. Att känna oro inför ett kirurgiskt ingrepp kan vara ett sjukdoms- eller livslidande, men kan utvecklas till ett vårdlidande. En orsak till detta vårdlidande kan vara att sjuksköterskan inte lindrar oro. Om sjuksköterskan inte har kunskap eller förståelse för att lindra patienters oro kan detta, utifrån Erikssons teori, ses som utebliven vård.

Varje lidande är unikt och att den lidande människan behöver vård för att göra lidandet uthärdligt. Eriksson beskriver hur lidandet kan delas in i tre faser, ett där vi ser och bekräftar lidande, ett där vi låter lidandet ta tid och plats för att sedan leda till försoning (21). Ur denna synvinkel blir lidandet något konstruktivt och nödvändigt för att kunna gå vidare och möta det man har framför sig. En del fysiologiska aspekter av stress kan också ses ha en positiv effekt i nya situationer. Reaktioner från sympatiska nervsystemet gör att kroppens resurser mobiliseras för att kunna hantera en ny situation (4). Dessa reaktioner är ändamålsenliga då den leder till en starkare beredskap och handlingsförmåga hos människan (3). Lidande, i form av oro, som något positivt känns för oss blivande sjuksköterskor något främmande, men kan också leda till nya insikter inom området. Med detta som utgångspunkt blir det tydligt att omvårdnad som bedrivs utifrån detta synsätt inte syftar till att helt eliminera oro. Kanske är det grundläggande tankefelet inom vården i dag att man tror och är inställd på att oro helt ska försvinna med hjälp av lämpliga omvårdnadsåtgärder. Kanske är detta också orsaken till att vårdaren så ofta kan uppleva sig misslyckas. Det är inte realistiskt och ur Erikssons synvinkel inte heller fördelaktigt att helt ta bort oron från patientens upplevelse. Genom att lyssna till patienten kan sjuksköterskan få en bättre förståelse för vad patienten är orolig för. Därefter kan hon/han rikta sina åtgärder mot den enskilde patientens upplevelse. Eftersom oro enligt vår mening inte bör och inte heller kan helt elimineras borde omvårdnadsåtgärder för att bemästra oro istället ses som ett verktyg att använda i arbetet med patienten.

Styrkan med denna litteraturstudie är att det i resultatet framkom flera omvårdnadsåtgärder som inte var medicinska utan riktade sig mot flera delar av människan. Den vetenskapliga förankringen till Erikssons omvårdnadsteori visade sig vara tillämpbar i ämnet och tillförde en djupare förståelse av ämnesområdet och resultatet. Vi anser att resultatet skulle kunna användas av sjuksköterskor i klinisk verksamhet. De omvårdnadsåtgärder som framkom i resultatet kan på ett relativt enkelt sätt överföras till en kirurgisk vårdavdelning. T.ex. pekade Cooke et al på hur

sjuksköterskan på ett enkelt och självständigt sätt kunde använda sig av musik för att lindra oro i samband med kirurgi (33). I resultatet föreslogs också att avslappningsmetoder bör användas i större utsträckning av sjuksköterskor (31). De preoperativa förberedelser som beskrivs i litteraturen lägger fokus på information om praktiska moment (8). Om sjuksköterskan även kan tillämpa omvårdnad utifrån det som framkom i resultatet kanske patienten kan känna sig mindre orolig. Det förutsätter dock ett intresse och förståelse från både sjuksköterska och organisation samt att mer kvalitativ forskning bedrivs inom området.

Konklusion

Sjuksköterskan bör kunna bemöta patientens olika behov och upplevelser i samband med ett kirurgiskt ingrepp. Genom adekvata åtgärder ska sjuksköterskan kunna lindra det lidande detta kan innebära för patienten. Omvårdnad innebär också att se människan i ett helhetsperspektiv och att stödja patienterna i deras reaktioner. Lidande är ett komplext fenomen med många olika uttryck och behöver därför mötas med olika typer av lindring, individuellt anpassat efter patientens lidande. Detta motiverar också varför det inte finns någon universal, allmängiltig lösning för att hantera oro hos alla patienter och varför mer forskning inom området som fokuserar på människan och hennes upplevelser behövs. Litteraturstudien visar på hur sjuksköterskan på olika sätt kan lindra oro inför ett kirurgiskt ingrepp. För att kunna utföra detta vårdande arbete som sjuksköterska krävs det att vården struktureras utifrån ett patientnära perspektiv.

REFERENSER

1. Strömberg A. Stora Synonymordboken. Stockholm: Strömberg; 1998.
2. Nationalencyklopedin. Senast tillgänglig 2008-03-20 från: URL: http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=351066&i_word=%e5ngest.
3. Bunkholdt V. Psykologi – en introduktion för sjuksköterskor, socialarbetare och vårdpersonal. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2004.
4. Curtis AJ. Health psychology. London: Routledge; 2000.
5. Statistik om verksamhet inom sjukhusvården. Socialstyrelsen. Senast tillgänglig 2008-03-20 från: URL: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/4F522764-027F-4C22-92F7-8B833B0AAA58/6641/2006464.pdf>.
6. Jeppson B (red). Kirurgi. Lund: Studentlitteratur; 2005.
7. Bengmark S. Kirurgi för sjuksköterskor. Lund: Studentlitteratur; 1996.
8. Järhult J. Kirurgiboken: vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar. Stockholm: Liber; 2006.
9. Mitchell M. Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2003;12:806–15.
10. Rothrock JC. Alexander's care of the patient in surgery. 13th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2007.
11. Carr E, Brockbank K, Allen S, Strike P. Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:341-52.
12. Williams OA. Patient knowledge of operative care. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1993;86:328-31.
13. Moene M. Samtal inför ett kirurgiskt ingrepp. Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet: Göteborg; 2006.
14. ICN:s etiska kod. Senast tillgänglig 2008-03-12 från: URL: <http://www.icn.ch/icncodeswedish.pdf>.
15. Sjuksköterskans kompetensbeskrivning. Senast tillgänglig 2008-03-20 från: URL: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>.
16. Hälsö- och sjukvårdslagen (1982:763). Senast tillgänglig 2008-03-20 från: URL: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>.

17. Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531). Senast tillgänglig 2008-03-20 från: URL: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1998:531>.
18. Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Stockholm, Socialstyrelsen (SOSFS 1993:17). Senast tillgänglig 2008-03-20 från: URL: http://www.sos.se/sosfs/1993_17/1993_17.htm.
19. Eriksson K. Hälsans ide. Stockholm: Almqvist och Wiksell; 1993.
20. Eriksson K. Vårdandets ide. Stockholm: Liber AB; 1997.
21. Eriksson K. Den lidande människan. Stockholm: Liber utbildning; 1994.
22. Riktlinjer för omvårdnad – eget arbete. Sahlgrenska Akademin – Institutionen för vårdvetenskap och hälsa: Göteborgs Universitet; 2008.
23. Burnard P. Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*. 1996;16: 278-81.
24. Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. The impact of preoperative information of state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education & Counseling*. 2003;51(2):169-76.
25. Lilja Y; Ryden S; Fridlund B. Effects of extended preoperative information on perioperative stress: an anaesthetic nurse intervention for patients with breast cancer and total hip replacement. *Intensive & Critical Care Nursing*. 1998;14(6):276-82.
26. Lin L-Y. Wang R-H. Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;51(3):252-60.
27. Gammon J, Mulholland CW. Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on psychological coping outcomes. *Journal of Advanced Nursing*. 1996;24(2):303-8.
28. Van Zuuren FJ, Grypdonck M, Crevits E, Walle CV, Defloor T. The effect of an information brochure on patients undergoing gastrointestinal endoscopy: a randomized controlled study. *Patient Education & Counseling*. 2006;64(1-3):173-82.
29. Mitchell M. Psychological preparation for patients undergoing day surgery. *Ambulatory surg*. 2000;8(1):19-29.
30. Lindwall L, von Post I, Bergbom I. Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;43(3):246-53.
31. Salmore RG, Nelson JP. The effect of preprocedure teaching, relaxation instruction, and music on anxiety as measured by blood pressures in an outpatient gastrointestinal endoscopy laboratory. *Gastroenterology Nursing*. 2000; 23(3):102-10.

32. Tusek D, Church JM, Fazio VW. Guided imagery as a coping strategy for perioperative patients. *AORN Journal* 1997;66(4):644-9.
33. Cooke M, Chaboyer W, Schluter P, Hiratos M. The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52(1):47-55.
34. Moon J, Cho K. The effects of handholding on anxiety in cataract surgery patients under local anaesthesia. *Journal of Advanced Nursing* 2001;35(3):407-15.
35. Wagner D, Byrne M, Kolcaba K. Effects of comfort warming on preoperative patients. *AORN Journal* 2006;84(3):427-30,432,434-6.

BILAGA

Presentation av utvalda artiklar

Ref. nr	24
Titel	The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management.
Författare	Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K.
Tidskrift	Patient Education and Counselling.
Tryckår	2003
Syfte	Det primära syftet var att undersöka om specifik information inför kirurgi kan hjälpa patienter att uppnå bättre smärtlindring, efter knäkirurgi, samt påverka mängden smärtstillande postoperativt. Det sekundära syftet var att studera betydelsen av preoperativ information för generell och situationsbunden oro, tillfredsställelse med smärtlindring och sjuksköterskans omvårdnad.
Metod	Kvantitativ interventionsstudie med prospektiv experimentell design. Patienter i interventionsgruppen fick inför operation ta del av utökad, specificerad information som lade fokus på patienternas delaktighet. Kontrollgruppen erhöll sedvanlig information. För att jämföra patienternas oro användes enkäter där patienterna fick skatta sin oro på en skala.
Population	60 patienter, 24 män och 36 kvinnor.
Referenser	39
Land	Sverige
Ref. nr.	25
Titel	Effects of extended preoperative information on perioperative stress: an anaesthetic nurse intervention for patients with breast cancer and total hip replacement.
Författare	Lilja Y, Rydén S, Fridlund B.
Tidskrift	Intensive and Critical Care Nursing
Tryckår	1998
Syfte	Att utvärdera effekterna av utökad preoperativ information på perioperativ stress.
Metod	Kvantitativ interventionsstudie med randomiserad kontrollerad design. Patienterna i interventionsgruppen fick utökad information om händelseförloppet inför operation. Informationen gavs av anestesijuksköterskan till patienter som genomgick kirurgi för bröstcancer eller höftfrakturer. De två patientkategorierna jämfördes dels med varandra samt med en kontrollgrupp med avseende på oro. De mätinstrument som användes i studien för att mäta oro och stress var HADS samt serumnivåer av kortisol.
Population	Totalt 94 patienter, 50 höftkirurgipatienter samt 44 bröstcancerkirurgi-patienter. Av de 50 höftkirurgipatienterna var 33 män och 17 kvinnor. Av bröstcancerpatienterna var samtliga kvinnor.
Referenser	30
Land	Sverige

- Ref nr. 26
Titel Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention.
Författare Lin L-Y, Wang R-H.
Tidskrift Journal of Advanced Nursing
Tryckår 2004
Syfte Att undersöka effekten på oro, attityder mot smärta och postoperativ smärta med hjälp av en sjuksköterskeintervention mot smärta vid bukkirurgi.
Metod Kvantitativ interventionsstudie med randomiserad kontrollerad design. Patienter i interventionsgruppen fick specifik information om smärta inför operation. Detta jämfördes med en kontrollgrupp som fick sedvanlig preoperativ vård. VASA (visual analog scale for anxiety), Pain Attitude Scale samt Brief Pain Inventory användes som mätinstrument.
Population 62 patienter.
Referenser 23
Land Taiwan
- Ref nr. 27
Titel Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on psychological coping outcomes.
Författare Gammon J, Mulholland CW.
Tidskrift Journal of Advanced Nursing
Tryckår 1996
Syfte Att utvärdera effekterna av hur patienterna psykologiskt hanterar situationen genom att ge förberedande information.
Metod Kvantitativ interventionsstudie med kvasiexperimentell design. Patienterna i interventionsgruppen fick skriftlig och muntlig undervisning och utvidgad information om det operativa förloppets olika faser. Detta jämfört med en kontrollgrupp som inte fick ta del av utbildningsprogrammet. HADS, Health-Illness (Powerlessness) Questionnaire samt Self-Esteem Scale. En linjär analog copingskala från 1-10 användes också i studien.
Population 80 patienter, 24 män och 56 kvinnor.
Referenser 37
Land Storbritannien
- Ref nr. 28
Titel The effect of an information brochure on patients undergoing gastrointestinal endoscopy: A randomized controlled study.
Författare Van Zuuren F J, Grypdonck M, Crevits E, Vande Walle C, Defloor T.
Tidskrift Patient Education and Counselling
Tryckår 2006
Syfte Att testa de potentiella fördelarna med en informationsbroschyr för patienter som genomgår gastrointestinal endoskopi för första gången.
Metod Kvantitativ interventionsstudie med randomiserad kontrollerad design. Patienter i interventionsgruppen fick senast en dag inför undersökningen en informationsbroschyr hemskickad. Informationsbroschyren bestod av information om händelseförlopp,

	instruktioner om hur situationen kan hanteras samt praktisk information. Patienterna kunde även välja hur mycket information de ville ta del av då broschyren byggde på en självreglerande teori. Anxiety- VAS samt Worrying- VAS användes före och efter ingreppet. En tolvgradig skala användes också för att mäta upplevelsen i samband med endoskopin.
Population	95 patienter, 32 män och 63 kvinnor.
Referenser	35
Land	Belgien
Ref nr.	29
Titel	Psychological preparation for patients undergoing day surgery.
Författare	Mitchell M.
Tidskrift	Ambulatory surgery
Tryckår	2000
Syfte	Att konstruera en effektiv åtgärdsplan för att förbättra patient tillfredsställelse och bidra till att reducera oro. Hypotesen var att om man anpassade nivån av information efter patientens copingstil, skulle patienten vara mer nöjd med informationen och uppleva minskad oro.
Metod	Kvantitativ interventionsstudie med kvasiexperimentell design. Två olika broschyrer, med olika mängd information, skickades till patienter som skulle genomgå gynekologisk laparaskopi. I dessa grupper undersöktes även vilken copingstrategi patienten hade. Effekten av detta jämfördes med hjälp av frågeformulär och telefonintervju.
Population	87 patienter.
Referenser	29
Land	Storbritannien
Ref nr.	30
Titel	Patients and nurses experiences of perioperative dialogues.
Författare	Lindwall L, Von Post I, Bergbom I.
Tidskrift	Journal of Advanced Nursing
Tryckår	2003
Syfte	Att beskriva och tolka meningen med sjuksköterskans omvårdnad i den pre- intra- och postoperativa dialogen, som den upplevs av patienter, anestesi- och operationssjuksköterskor.
Metod	Kvalitativ studie där effekten av den perioperativa dialogen undersöktes på 10 patienter. Denna metod innebär en kontinuerlig kontakt med samma sjuksköterska under det operativa förloppet. Hermeneutisk tolkning av intervjuer med tio patienter samt tolkning av sjuksköterskornas antecknade upplevelser om pre- intra- och postoperativa dialoger.
Population	10 patienter samt 10 sjuksköterskor. Av patienterna var 3 män och 7 kvinnor.
Referenser	30
Land	Sverige

- Ref nr. 31
Titel The effect of preprocedure teaching, relaxation instruction, and music on anxiety as measured by blood pressures in an outpatient gastrointestinal endoscopy laboratory.
Författare Salmore RG, Nelson JP.
Tidskrift Gastroenterology Nursing
Tryckår 2000
Syfte Att utforska effekten av instruktioner om avslappning, imagery och avslappnande musikband på oro.
Metod Kvantitativ interventionsstudie med kvasiexperimentell studie. Patienter som skulle en gastroenterologisk undersökning besöktes i hemmet av en sjuksköterska. Patienten fick där instruktioner och skriftlig information om imagery och avslappning. Blodtryck och puls kontrollerades kontinuerligt för att mäta effekten av interventionen.
Population 63 patienter, 26 män och 37 kvinnor.
Referenser 20
Land USA
- Ref nr. 32
Titel Guided imagery as a coping strategy for perioperative patients.
Författare Tusek D, Church JM, Fazio VW.
Tidskrift AORN Journal
Tryckår 1997
Syfte Att undersöka om guided imagery under den operativa perioden kan minska patientens oro, användandet av narkotiska läkemedel och längd av sjukhusvistelse efter att ha genomgått kolorektal kirurgi.
Metod Kvantitativ interventionsstudie med experimentell design. Patienter i interventionsgruppen fick inför operation lyssna till ett kassettband som uppmanade dem att med tankarnas hjälp förbereda sig inför ingreppet. Oro uppmättes med en linjär analog skala från 1-100.
Population 130 patienter.
Referenser 33
Land USA
- Ref nr. 33
Titel The effect of music on preoperative anxiety in day surgery.
Författare Cooke M, Chaboyer W, Schluter P, Hiratos M.
Tidskrift Journal of Advanced Nursing
Tryckår 2004
Syfte Att testa hypotesen att patienter som lyssnar på musik under preoperativ väntan har statistiskt signifikant lägre nivåer av oro, än de patienter som får rutinvård.
Metod Kvantitativ interventionsstudie med randomiserad kontrollerad studiedesign. Studie med interventionsgrupp, placebo-grupp och kontrollgrupp. Interventionsgruppen fick lyssna på musik 30 minuter innan operation. Placebogruppen fick använda hörlurar men inte lyssna på musik, kontrollgruppen fick rutinvård. STAI (State-Trait Anxiety Inventory) användes före och efter interventionen som mätinstrument för oro.

Population	180 patienter. Varje grupp innehöll 60 deltagare, med lika många kvinnor och män.
Referenser	50
Land	Australien
Ref nr.	34
Titel	The effects of handholding on anxiety in cataract surgery patients under local anaesthesia.
Författare	Moon J-S, Cho K-S.
Tidskrift	Journal of Advanced Nursing
Tryckår	2001
Syfte	Att uppskatta effekten handhållning har på oro för patienten vid kataraktkirurgi i lokalbedövning.
Metod	Kvantitativ interventionsstudie med randomiserad kontrollerad design. Patienter fick under pågående operation hålla en sjuksköterska i handen. Denna grupp jämfördes med en kontrollgrupp med avseende på oro. VAS användes för att mäta oro på en skala från 1-100. Postoperativt mättes oro i intervjuer med en flergradig skala. Blodtryck, puls samt serumnivåer av stress- och immunmarkörer mättes också.
Population	62 patienter, 28 män och 34 kvinnor.
Referenser	36
Land	Korea
Ref nr.	35
Titel	Effects of comfort warming on preoperative patients.
Författare	Wagner D, Byrne M, Kolcaba K.
Tidskrift	AORN Journal
Tryckår	2006
Syfte	Att jämföra effekterna av två värmande interventioner och hur de påverkar patientens tillfredsställelse med kroppstemperaturen samt patientens preoperativa oro.
Metod	Kvantitativ interventionsstudie med experimentell design. Patienterna i interventionsgruppen fick en självkontrollerad värmefilt inför operation, jämfört med kontrollgruppen som värmdes med en vanlig bomullsfilt. För att mäta oro användes NVAS (Numeric visual analog scale).
Population	118 patienter, 32 män och 86 kvinnor.
Referenser	31
Land:	USA