

Patientens upplevelse av bemötande och information vid DT-kolonundersökning

Författare: Merima Becic
Mirjana Kustrimovic

Handledare: Solveig Lundgren
Examinator: Barbro Robertsson

Kurs: Omvårdnad Examens arbete II
Om 1650
VT 2009

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRORD

Vi vill tacka vår handledare Solveig Lundgren för hennes stöd och engagemang. Vi vill tacka våra familjer för visat tålamod och stöd
Tack till våra arbetsgivare för visat stöd och tillit för oss.

*”Ge mig stöd att orka
Se mig som människan
Tro på mig
Det ger mig styrka
Att uppleva frihet”*

Merima och Mirjana

ABSTRAKT

Inledning

Cancer i kolon och ändtarmen är en av de vanligaste maligna sjukdomarna i västvärlden, med särskilt hög förekomst i Norden. Undersökningarna som patienterna går igenom vid tjocktarmsbesvär är smärtsamma och obehagliga. En ny metod för fastställande av diagnosen i tarmar och abdomen, DT-kolografi ersätter alltmer de konventionella kolonundersökningarna och det finns ett behov att undersöka hur patienterna upplever den.

Bakgrund

Teoretiska utgångspunkter var Watson, Travelbee och Eriksson. Vårdvetenskapliga begrepp som var väsentliga i denna studie var vårdrelation, korrelation, patientbegreppet, värdighet vårdlidande, trygghet och kommunikation/information. I tidigare forskning gjordes flertal kvantitativa studier för jämförelser med DT-kolografi som beskriver även patients erfarenhet och upplevelser.

Metod

En kvalitativ ansats valdes med hermeneutisk metod. Tre patienter intervjuades strax efter undersökningen genomfördes. Analysen av data bearbetades med hjälp av hermeneutiska cirkeln. Tolkningen av texten gjordes med kodning och forskarnas egna förförståelse. Fyra stycken deltema har kommit fram och dessa validerades med citat. Utifrån dessa delteman bildades två huvudteman *Trygghet* och *Oro* som var centrala för resultatet.

Syfte

Att beskriva hur patienten upplever vårdsituationen vid en DT-kolografiundersökning. Upplevelse av undersökningen. Upplevelse av bemötande och information från röntgenpersonalen.

Resultat

Studiens resultat visade att patienterna var nöjda med bemötande och information från röntgenpersonalen. Professionellt förhållningssätt upplevdes som en viktig aspekt ur patientens synpunkt. En välinformerad, väl bemött och väl omhändertagen patient får en bra och positiv upplevelse av undersökningen.

Slutsats

Denna studie handlar om patientperspektivet och bidrar till ökad kunskap om patientens upplevelse av vårdsituationen på en DT-kolografiundersökning. Det är en av de första studierna som ingår i omvårdnadsforskningen inom radiologin och tillför ny kunskap inom området.

Key words: CT colon, Colonography, experiences of Ct, CT colon survey, patients acceptant

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Vårdvetenskap	6
Vårdvetenskapens ontologi och epistemologi	6
VÅRDVETENSKAPLIGT PERSPEKTIV	7
VÅRDVETENSKAPSBEGREPP	9
Vårdrelationen	9
Vårdande relation	10
Patientbegreppet	10
Värdighet	10
Lidande / Vårdlidande	11
Trygghet	12
Kommunikation/information	12
KOLONUNDERSÖKNINGAR	13
DT-kolografi	14
Patientförberedelser	14
Beskrivning av undersökningen	15
Risker med DT-kolografi	15
Kontrastmedel	15
TIDIGARE FORSKNING	16
Diagnostiskt värde med DT-kolografi	16
Patientens upplevelse	17
Andra forskningsområden som berör DT-kolografi	19
Vikten av denna DT-kolografistudie	19
SYFTE	20
METOD	20
Hermeneutik	20
Tolkning	21
Egen förförståelse	21
Den kvalitativa forskningsintervjun	22
Intervju genomförande	23
Etisk prövning	23
Urval patient	23
Analys med hermeneutisk metod	24
FORSKNINGSETISKA KRAV	24
Presentation av några forskningsetiska internationella regler	24
Forskningsetiska principer	25
Egen risk/nytta analys	26
RESULTATET AV PILOTSTUDIEN	26
DISKUSSION	30
METODDISKUSSION	30
RESULTATDISKUSSION	31
SLUTSATS	33
REFERENSER	34
BILAGA 1-2	38

INLEDNING

Cancer i kolon och rektum (ändtarmen) är en av de vanligaste maligna sjukdomarna i västvärlden, med särskilt hög förekomst i Norden (Jepson, 2006). Undersökningarna som patienterna går igenom vid kolonbesvär är smärtsamma och obehagliga. De vanligaste undersökningarna för fastställande av diagnosen vid problem i kolon och abdomen är endoskopi i form av koloskopi och sigmoidoskopi. En ny metod för fastställande av diagnosen i tarmar och abdomen, DT-Dator Tomografi kolografi ersätter alltmer de konventionella kolon undersökningarna. Forskningen kring kolonsjukdomar är ett brett område där det forskas om olika diagnostiska fynd, teknisk utveckling och upplevelserna kring undersökningar och röntgenkontrastmedel. Forskning om patientens upplevelse av DT-kolografi undersökningen är ett nytt och outforskat område, så det behövs ny kunskap inom detta område. För att få en uppfattning om patientens upplevelse vid DT-kolografi undersökningen görs denna studie. Förväntningarna är att efter avslutad studie kunna bemöta patienter med större kunskap om hur dessa upplever DT-kolografi undersökningen samt att denna studie ger bidrag till den omvårdnadsvetenskapliga kunskapen.

BAKGRUND

Vårdvetenskap

Vårdvetenskap är en humanvetenskap. Den indelas i systematisk och klinisk vårdvetenskap. Den systematiska vårdvetenskapen utgör grunden för den kliniska vårdvetenskapen som handlar om att förverkliga vårdandet i olika kliniska kontext och konkreta unika vårdssituationer (Eriksson, Nordman & Myllymäki, 1999).

Vårdvetenskap syns både direkt och indirekt i tanke, handling och hållning samt i olika former av forsknings- och utvecklingsprojekt och i formuleringen av de problem som uppfattas som vårdvetenskapliga. Den synliga vårdvetenskapen lyfter fram patienten i vården ur ett vårdvetenskapligt perspektiv och vårdens kärna, såsom olika frågor rörande vårdarbete. Att synliggöra patienten och lyfta fram dennes perspektiv är också uttryck för en genuin god vård. Vårdvetenskapen i tanke och handling synliggörs genom att behovet uttalas, att teorier och vårdfilosofier används samt att värdegrund formuleras. Språket och dokumentationen är andra sätt som synliggör vårdvetenskapen (Eriksson et. Al.1999).

Vårdvetenskapens ontologi och epistemologi

Ordet ontologi kommer från grekiskan och betyder läran om det varande, läran om tingens väsen. Ontologiska frågor handlar om vad som är verklighetens natur och beståndsdelar. Vårdens ontologi handlar om frågor som rör vårdens innehåll och beskaffenhet (Bruce & Lind, 1991). Humanistisk syn på människan innebär att se på människan som på ett medvetet subjekt med tankar och känslor som står i relation med den världen som hon lever i (Birkler, 2008). Den humanistiska synen grundas på respekt för den unika människan. Varje patient bör mötas som en unik person i relation till en annan människa, vårdaren. Att ha en humanistisk hållning innebär även att våga möta den lidande människan (Eriksson, 2000b).

De epistemologiska utgångspunkterna handlar om vår syn på den vårdvetenskapliga kunskapens ursprung, natur, utveckling, centrala begrepp och teoriutveckling (Eriksson et. Al.1999). Kunskapens natur är etisk. Den etiska kunskapen kan aldrig reduceras till enbart teknisk och den påverkas av den aktuella situationen. För att kunna förverkliga den etiska kunskapen krävs känslighet och lyhördhet för unika situationer (Eriksson, 2004). Eriksson (2000a) beskriver att vårdvetenskap är den vetenskap som studerar vårdverksamheten, eller vården under bestämda förhållanden sådana den ter sig med alla sina normativa drag. Genom den verksamheten erhålls kunskap om vårdterritoriet.

VÅRDVETENSKAPLIGT PERSPEKTIV

Watson (1993) har ett fenomenologiskt existencialistiskt perspektiv. Hon utgår i sin teori utifrån en holistisk människosyn vilket innebär att kropp, själ och ande är integrerade delar. Enligt hennes teori är människan en värdefull person som skall vårdas, respekteras, skötas om, förstås och hjälpas. I teorin betonas betydelsen av de mänskliga relationer mellan personer och deras miljö och hur detta påverkar hälsa, samt omsorgshandlingar mellan sjuksköterskan och person och hur detta påverkar hälsa. Hon beskriver de icke-medicinska processer inom den mänskliga omsorgen och att personer har olika upplevelser av hälsa – ohälsa. Sjuksköterskans roll och engagemang har betydelse för patientens hälsa och välbefinnande. Att omvårdnadens kunskaper om mänsklig omsorg skiljer sig från medicinska kunskaper, men utgör ett komplement till dessa.

Värdesystemet som Watson (1993) presenterar handlar om teori om mänsklig omsorg som består av värden som hör samman med en djup respekt för livets under och mysterier - ett erkännande av livets andliga dimensions inneboende kraft i den mänskliga omsorgsprocessen; med tillväxt och förändring. Omsorgen läggs vid att hjälpa personen att öka sin självkännet, självkontroll och beredskap för självlärande oavsett yttre hälsotillstånd. Sjuksköterskan ses som delaktig i den mänskliga omsorgsprocessen och därför läggs stor vikt vid relationen mellan sjuksköterskan och individen.

Människan har tre dimensioner – kropp, själ och ande. Endast om en människa har förverkligat den mänskliga existensens sanna mening kan självet förverkligas. För att utforska meningar med människans existens, ohälsa, mänsklig omsorg och människans förmåga till helande kan teori om transpersonell omvårdnad användas. Det centrala begreppet inom teori är omsorg. Mänsklig omsorg anses i sig vara det moraliska idealet för omvårdnaden. Den består av transpersonella mellanmänskliga försök att skydda, förstärka och bibehålla det mänskliga, genom att hjälpa en människa att finna mening i ohälsa, lidande, smärta. Watson (1993) hävdar att genom att hjälpa någon att öka sin själv kännet, sin kontroll och sin egen helande förmåga återställs känsla av inre harmoni, oavsett yttre omständigheter.

I Travelbee´s (1971) omvårdnadsteori ses människan som en unik, oersättlig individ som har sina egna upplevelser av allmänmänskliga erfarenheter som sjukdom, lidande eller förlust. Begreppen sjuksköterska och patient betraktar Travelbee som generaliserande och anser att dessa framhäver drag som är gemensamma, vilket förvandlar människor till stereotyper. I teorin förklaras att för att få förståelse för vad omvårdnad är, måste man förstå vad som sker mellan patient och sjuksköterska, hur deras interaktion kan upplevas och vilka konsekvenser detta kan ha för patienten och dennes tillstånd. Viktiga begrepp är människan som individ, lidande, mening, mänskliga relationer samt kommunikation.

Lidande enligt Travelbee (1971) har ett nära samband med sjukdom och att patientens attityd till lidande bestämmer hur effektivt man bemästrar sjukdom. Mellanmänskliga relationer kan påverka den enskildes attityd till sitt eget lidande. Genom att finna en mening i det kan det hjälpa personen att bättre bemästra både lidande och sjukdom. Travelbee anser att det är viktigare att sjuksköterskan förhåller sig till individens upplevelse av sjukdom och lidande i en vårdrelation, än till sin egen eller annan vårdpersonals diagnos eller objektiva bedömning.

Helhetssynen, holismen innebär att vi ser på människan som på en funktionell helhet (Eriksson, 1986). Den holistiska synen på människan inkluderar även att vi ser på människan som ett resultat av samspelet mellan en individ och hennes miljö. I den vårdande relationen ska sjuksköterskan se på människan som på en hel individ. Sjuksköterskan ska synliggöra för patientens befintliga resurser för att uppnå hälsa och stödja patienten, men patienten själv har också ansvar för sin hälsa. Enligt Eriksson innebär hälsa en enhet av alla individens delar kropp, själ och ande, vilket hon anser visar sig i sundhet, friskhet och välbefinnande. Dessa delar utgör en oskiljaktig helhet. Teorins humanistiska människosyn inkluderar att se på människan som på en unik och medveten, handlande varelse. Människan strävar alltid mot något och avser något med betoningen på att allt grundar sig i medvetenhet, d.v.s. i hur människan upplever sin situation. Människan äger en frihet och ett förnuft. Eriksson betonar en helhetssyn på människan där de olika förmågorna samverkar i en helhet.

Vårdandet, enligt Eriksson (1987), är en aktivitet som innefattar att ansa, leka och lära. Genom att ansa, leka och lära uppnås ett tillstånd av tillit, tillfredsställelse och kroppslig och andlig välbehag. Ansa, leka och lära bildar en integrerad helhet och har en ömsesidig relation. Ansningen anser Eriksson vara ett av de grundläggande elementen i vårdandet och är en av synonymerna för begreppet vårdandet. Den moraliska människan kan identifiera sig med andra människor och vill att de också ska leva ett gott liv. Den är nöjd om det går bra för andra, men plågas om det går illa. Den moraliska människan vill hjälpa andra människor och lindra deras lidande, d.v.s. vårda.

Gemensamt för Watson, Eriksson och Travelbee är en holistisk syn på människan. Dessa teoretiker och deras teorier utgår från en humanistisk människosyn. Den humanistiska människosynen inkluderar ett sätt att se på människan som på en unik och medveten individ. Utgångspunkten för deras teorier är att individen, människan består av tre dimensioner: kropp själ och ande.

Eriksson beskriver lidandet som en del av människan. I den vårdande relationen ska sjuksköterskan se på människan som på en hel individ. Travelbee ser också individen i lidandet. Travelbee beskriver meningen med lidandet som något positivt, något som förr eller senare måste bemästras av den lidande individen. För att hjälpa patienten att finna mening med lidandet måste sjuksköterskan få denne att inte tänka på sig själv som på ett offer och undra ”varför jag”?, utan kunna acceptera sin situation och tänka ”varför inte?”. Sådant sätt att tänka får människan att finna mening med sitt lidande och få lidandet lindrat. Watson ser omvårdnad mellan sjuksköterskan och patienten som en relation där sjuksköterskan kan bekräfta patientens lidande och hjälpa den att hitta sätt att nå välbefinnande. Sjuksköterskans roll och engagemang för patientens hälsa och välbefinnande spelar en stor roll för att patienten ska kunna hitta sin självkänsla och sitt självförverkligande. Travelbee anser att kommunikation är ett viktigt redskap på vägen till patientens välbefinnande och hälsa. Bra kommunikation lindrar lidandet.

Watsons (1985, 1993) och Travelbees (1971) omvårdnadsteorier grundas i existencialismen. Detta innebär att existensen hos människan går före essensen, väsendet. En människa kan inte definieras genom sin essens som t.ex. ett föremål kan. Människan är fri i sitt beslutstagande, sina handlingar. Hennes essens är summan av hennes handlingar och existentiella val. Travelbee framhäver att människan är unik som individ och avvisar kategorisering och generalisering av personen till olika roller. Hon betonar att det är viktigt att sjuksköterskan har förmågan att se och bekräfta den oersättliga, unika individen som den är i den interpersonella relationen. När den unika individen kategoriseras till en vis roll, reduceras närheten som finns mellan två individer som samspelar. Eriksson betonar vikten av att individen känner sig unik och bekräftad i sin relation med andra människor. Eriksson grundar sin omvårdnadsteori i den kristna tron och inför tre för hennes teori centrala begrepp: tro, hopp och kärlek. Watson har i sin teori caritativa begrepp som bidrar till att ge en känsla av välbefinnande genom att sjuksköterskan anpassar sin relation till den unika individen. Eriksson inför begrepp som ansa, leka och lära där ansa står för närhet och fysisk kontakt med en annan människa, leka står för närhet genom att skoja och skratta tillsammans och höja grad av välbefinnande och lära som står för kunskapsinhämtandet. Watson, Travelbee och Eriksson betonar hur viktigt det är att sjuksköterskan har ett altruistiskt sätt i mötet med andra människor. Sjuksköterskans handlingar behöver grunda sig i förmågan för att ha omsorg om andra och sig själv och är något som människan har naturligt inom sig.

VÅRDVETENSKAPSBEGREPP

Författarna har kommit fram till sju vårdvetenskapliga begrepp som anses vara relevanta för denna studie. Dessa är vårdrelation, vårdande relation, patientbegreppet, värdighet, lidande/vårdlidande, trygghet och kommunikation/ information och står i en ömsesidig relation med varandra samt är viktiga i omvårdnadssammanhang. Vårdrelation är en relation mellan patienten och sjuksköterskan och kan vara vårdande, vilket vi bör sträva efter. En vårdande relation präglas av trygghet och bevarad värdighet samt en bra kommunikation. Vårdlidande uppstår i fall vårdrelationen inte blir vårdande och kännetecknas av en brist på trygghet, värdighet samt brist på relevant information och kommunikation överhuvudtaget.

Vårdrelationen

Vårdrelation, relation mellan patienten och vårdaren, är grunden i vårdandet. I vårdrelationen ska patienten ha möjlighet att uttrycka det som den känner, upplever och behöver. Relationen bör bygga på ömsesidighet, vilket innebär att både patient och vårdaren har utrymme för att kommunicera. Vårdförhållandet skall vara professionellt, d.v.s. uppfylla de etiska kraven och grundas på kunskap (Eriksson, 2000b). Travelbee beskriver vårdrelationen som en människa till människa-relation där sjuksköterskan möter patientens behov på ett sätt som är anpassat till den unika individen (Travelbee, 1971) I sin relation med patienten är det viktigt att sjuksköterskan visar patienten respekt och empati, inbjuder den till att vara delaktig dvs. att tala med patienten, inte till patienten. Därmed bevaras patientens värdighet (Larsson, Palm, Hasselbalch Rahle, 2008). Buber (1990) säger att i mötet mellan två personer har ett "Jag" ansvar för "Du". Begreppet vård rymmer en handling och en relation. Vårdrelationen karakteriseras av att vårdaren ger patienten den omsorg, trygghet och tillfredsställelse som anpassas till den unika individen. I vårdrelationen måste uppgifts- och relationsdelarna integreras så att de utgör en helhet (Bruce & Lind, 1991).

Vårdande relation

Watsons (1985) menar att sjuksköterskan bör lära känna patienten som en person som är en integrerad helhet av kropp, själ och ande i en vårdande relation. Sjuksköterskan visar sitt professionella förhållningssätt till patienten genom att lyssna och lära sig hur patienten uppfattar sig själv, sin värld och vad patienten upplever. När vårdandet tillämpas i en relation mellan patienten och sjuksköterskan, påverkar dessa varandra på ett sätt som främjar hälsan, då handlar det om en vårdande relation. (Berg, 2006). I Bergs avhandling framkom det att patienterna upplevde att en vårdande relation skulle kunna möjliggöra upplevelse av trygghet, tillgänglighet och omsorg i vården, men var osynliggjord pga. Brist på kontinuitet och sammanhållen tid i det korta mötet. Vårdande relation är ett samspel i mötet som möjliggör förtroende som skapar förutsättningar för att upprätthålla patientens värdighet, anser Berg (2006). Watson (1985) menar att vårdandet i relation grundas på att en människa tar emot en annan människas uttryck för känslor och kan därigenom bli delaktig i samma känsla som den andre uttrycker.

Stål (2008) beskriver begreppet "self-disclosure" som en vårdande handling i relationen patient- sjuksköterska. Det innebär att sjuksköterskan berättar för patienten om sig själv med syftet att underlätta kommunikationen och ge patienten det emotionella stödet. Patientens känsla av att bli förstådd ökar, tilliten förstärks, isoleringen reduceras och rolldistansen i förhållandet till sjuksköterskan minskar. Den öppna dialogen förstärker ömsesidigheten i relationen, reducerar ojämlikheten, förstärker det sociala bandet och en känsla av att vara förankrad i en gemensam verklighet.

Patientbegreppet

I begreppet patient ryms en subjektiv och en objektiv dimension. Den subjektiva dimensionen utgår från människans egna subjektiva upplevelse av sjukdom eller lidande, medan den objektiva utgår från de yttre objektiva kriterierna (Eriksson 1994). Individen har en bild av sig själv eller olika uppfattningar om sig själv i olika situationer. Uppfattning om sig själv är ingjuten i emotioner och det finns en grundläggande känsla av vem hon/han är oberoende av situationen (kärnsjäl). Dessutom har individen en känsla av vem den är i olika typiska situationer, t.ex. familjeliv eller arbetsliv (subidentiteter) och även en känsla av vem hon/han är i specifika situationer (rollidentiteter). Självbekräftelse gäller för både kärnsjälv och sub- och rollidentiteter men kärnsjälv är viktigast att få bekräftat eftersom det existerar genom alla situationer (Stål, 2008).

Travelbee (1971) betonar att patienten är en person, en mänsklig varelse och att sjuksköterskan behöver ha förmågan att se på patienten som på en sådan. Travelbee definierar den mänskliga varelsen som: "en unik, oersättlig individ som varar bara en begränsad tid i denna världen och är inte lik någon person som någonsin levt eller någonsin kommer att leva".

Värdighet

Värdighet kan vara absolut vilket innebär en oförstörbar värdighet och ett absolut människovärde. I samspel med andra människor har människan rättigheter att bli bekräftad som unik människa och erkänd för den hon är samt skyldigheter att bekräfta andra människor för sådana som de är. Den absoluta värdigheten bekräftas i en Jag-Du relation och den finns

kvar även när människan känner sig kränkt (Buber, 1990). En annan typ av värdighet, en relativ värdighet, formas i sociokulturella sammanhang och den kan förändras. En människa kan förlora sin relativa värdighet men den absoluta värdigheten finns kvar genom att människan har frihet att själv ta ställning till hur hon vill styra sin situation (Wiklund, 2003). Sinvonen & Kasén (2003) beskriver att människan värdighet kränks genom lidande. Den etiska värdegrunden värnar om människans värdighet och helighet som är vårdarens grundmotiv för att lindra lidande.

I en vårdande relation skapas grunden för förutsättningar som upprätthåller patientens värdighet. Genom att patienten berättar för vårdaren om sitt lidande, och om vårdaren deltar aktivt i berättandet, bildas en förbindelse mellan dem. Denna förbindelse formar de som människor och har för avsikt att skydda patientens värdighet (Berg, 2006). Människans värdighet kränks av lidandet. Känslan av kränkning leder till att människan känner skam, känner sig olycklig och undviker att tala om sitt lidande. Då blir det svårt att identifiera lidandet. Trovärdighet är en del av värdigheten. Bekräftar vi patientens lidande genom att visa att vi tror på den, bidrar vi till att patienten känner sig värdig (Eriksson, 1994)

Lidande/Vårdlidande

Rehnsfeldt och Rehnsfeldt (2003), beskriver att i samband med upplevelser av lidande strävar människan efter en förändring till liv och gränsöverskridande i förhållande till upplevelser. En mänsklig kamp för det egna välbefinnandet och sanna relationer kan leda fram till att lindra lidandet. Lidandet har idag försvunnit som begrepp, men existerar som en del av människans verklighet. För att kunna förstå patientens lidande, måste vi vara lyhörda för människans symbolspråk (Eriksson 1994).

Travelbee (1971) ställer också frågan vad mening med lidandet är. Om individen accepterar att människan är ytterst unik och oersättlig så förstår den att varje liten sak i livet är unik. Det finns ingenting annat som är identiskt med den. Det är individen själv som ansvarar för att forma sitt liv. Det finns individer som drabbas av sjukdom och som ställer sig frågan: "Varför just jag?". De löper stor risk att också drabbas av en känsla av meningslöshet. En av sjuksköterskans kanske svåraste uppgifter är att få dessa individen att hitta mening med sitt lidande. Förutsättningen för att sjuksköterskan ska lyckas med detta är att hon själv tror att meningen med lidandet finns. Sjuksköterskan kan bara genom en mellanmänsklig relation med patienten få denne att hitta mening med sitt lidande.

Patient kommer från latinets *patiens* och betyder "den lidande". Lidandet är förankrat i människans verklighet och för att uttrycka lidandet använder vi symboler. Förutsättning för att kunna förstå patientens lidande är att vara lyhörd för människans symbolspråk. Den lidande människan vill bli trodd och önskar bli bekräftad genom att berätta om sitt lidande (Eriksson, 1994). Lidande är en helhetsupplevelse även om det är en del av kroppen som drabbats (Sinvonen & Kasén 2003).

Vårdlidande upplever patienten som en följd av brister i vården och behandlingarna. Om vi identifierar och bekräftar att vi ser den lidande människan i patienten genom att t.ex. uppmärksamma patientens oro inför undersökningen eller genom att visa att vi ser den unika individen i patienten, förebygger vi vårdlidandet. Vårdaren kan lindra vårdlidandet hos patienten genom att uppmärksamma det och reflektera över hur patienten upplever vårdlidande. Vårdlidande uppstår ofta som följd av upplevelse av brist på kontroll och

kränkning. Vårdlidande kan också upplevas när undersökningen blir inställd eller skjuts upp. Patienten kan då uppleva detta som att man fråntas sitt värde (Wiklund, 2003). Travelbee (1971) beskriver lidande som en fundamental allmänsklig erfarenhet. Det är en del av människan. Alla människor upplever lidande någon gång i sitt liv. Hon anser att lidande ger individen erfarenhet, instinkt om innebörden i fysisk, emotionell eller andlig smärta. Lidande kan förklaras av olika typer av förluster, minskad känsla av egen värde eller separation av närstående. Lidande är ofta knutet till sjukdom, som kan resultera i förlust av kroppslig, andlig eller emotionell integritet.

Trygghet

Trygghetsprincipen är en central vårdprincip som avser dels behov av en trygg omgivning och dels behovet av en inre trygghet, beskriver Eriksson (2000). Enligt Wiklund (2003) skapas tryggheten genom att patienten känner kontroll över situationen den befinner sig i. Genom att uppnå en känsla av sammanhang kan upplevelsen av grundtrygghet förstärkas. Upplevelse av att man har kontroll över situationen blir möjlig om man upplever att saker och ting är hanterbara, begripliga och meningsfulla (Antonovsky, 1991). Tryggheten har en interpersonell aspekt. Sjuksköterskan måste kunna vårdlidandet a förutsäga patientens tankesätt, d.v.s. ha förståelse för patientens emotioner, kunna fånga upp dem och bli berörd, samt ge adekvat respons på dessa och ge patienten bekräftelse. Sådan bekräftelse handlar om en känslomässig respons och skapar tryggheten hos patienten (Wiklund, 2003).

Kommunikation/information

Kommunikation är en komplex och ömsesidig process, där det är mycket viktigt att sjuksköterskan förstår patienten, förmedlar både verbalt och icke-verbalt, och använder denna information till att planera och genomföra omvårdnads åtgärder. Omvårdnad har sin centrala utgångspunkt inom interaktion/interaktionsprocess (Eide & Eide, 2009). Travelbee (1971) beskriver kommunikation som en dynamisk process som i sin tur är medel till att etablera förhållandet människa-människa. Kommunikation är en process där man delar eller förmedlar tankar och känslor. Genom kommunikation kan sjuksköterskor bli bekanta med patienten, förstå och möta patientens behov. Med kommunikationen kan sjuksköterskor hjälpa patienten att bemästra sjukdom, lidande och ensamhet.

I mötet mellan sjuksköterskan och patienten finns det olika sätt att kommunicera. Den mjuka kommunikationen handlar om kommunikationsformer som är inriktade på att överföra attityder och värden och kräver kreativitet, intuition och förmåga till överblick. Den syftar till att öka parternas engagemang och aktiva medverkan i den aktuella processen. Dialog är exempel på mjuk kommunikation. Den hårda kommunikationen, som exempelvis medicinsk och praktisk information, syftar på att bygga en kunskapsplattform och är ett ömsesidigt informationsutbyte (Larson et. Al. 2008).

En stor del av kommunikation är icke-verbal. Patienten kan uttrycka tacksamhet med bara en blick, intresse i ivriga nickar eller skepsis i en rynkad panna. Vi kan uppfatta lyckokänslor i rösten eller i en tung suck. De icke-verbala uttrycken måste tolkas, något som sjuksköterskan gör hela tiden. Icke-verbal kommunikation är ett responderande språk. Den berättar något om båda parterna i en dialog, och inte minst om relationen mellan dem (Eide & Eide, 2009).

Information till patienten är nödvändig för att patienten ska kunna bli delaktig och känna trygghet (Larson et. Al. 2008). Genom att informera och vägleda patienten i hur exempelvis undersökningen går till, tillämpar sjuksköterskan en av sina viktigaste arbetsuppgifter – patientundervisning (Bengtsson, 1999). Utbyte av information sker under interaktion vilken kan vara formell eller informell. Den formella interaktionen utgörs av regelbundna sammankomster och den informella av småprat vid tillfälligt möte. Både formell och informell interaktion är beroende av hur vi uppträder. Den formella interaktionen kan ha en mera ordnad karaktär än det spontana samtalet. Samtalet har alltid ett syfte och vi vill gärna göra det begripligt för andra, vilket är grundläggande. Båda parter som samtalat måste sträva att förstå den andre och bli förstådd. Om sjuksköterskan använder facktermer och pratar professionellt vårdspråk med patienten, blir kommunikationen ofullständig. Då upphör, enligt Stål (2008), grunden för kommunikation och den känns inte meningsfull. Även den skriftliga informationen som skickas hem till patienten innan undersökning är viktig. Den ska vara lättförståelig och utformad så att den skapar förtroende och tillit för alla involverade inför kontakten med sjukvården. (Stål, 2008).

KOLONUNDERSÖKNINGAR

Kolorektal cancer är den näst vanligaste cancersjukdomen i Europa och i de nordiska länderna. I Sverige är livstidsrisken att någon gång drabbas av sjukdomen omkring 6 %. Prognosen är dålig vid sjukdomen och överlevnad understiger 50 %, De flesta fall av kolorektal cancer utvecklas från godartade polyper i kolon, så kallade adenom, men bara ett fåtal utvecklas till cancer. Det tar 10 år för ett litet adenom att utvecklas till invasiv cancer (Jepsson, 2006)

Den vetenskapliga forskningen på området analyserar och jämför patientens upplevelse av de olika röntgenmetoderna för undersökning av tjocktarmen (kolon). Dessa metoder är Konventionell Koloskopi, Computer Tomography (CT) Colonography, (eng.)- Dator Tomografi (DT) Kolografi och andra metoder såsom Sigmoidoskopi och Kolonröntgen med dubbelkontrast teknik undersökningen.

DT-kolografi av kolon är en undersökningsmetod där patienten ligger och undersöks i en datortomograf. Patienten ligger på ryggen, på sidan och på magen under undersökningen. För bättre diagnos får patienten ett intravenöst kontrastmedel. En rektal slang förs in i rektum genom vilken tillförs luft eller gas för att avgränsa tarmens slemhinna.

Endoskopi- en samlingsbenämning för olika invasiva undersökningsmetoder av kolon. Med denna undersökningsmetod kan man se direkt in i kroppen med hjälp av endoskop, ett rörformat instrument försett med belysning och avsett för undersökning och betraktande av inre vävnader. Till instrumentet kan kopplas även en videokamera och tv-skärm (Lindskog, 1999).

Konventionell koloskopiundersökning av hela kolon är en rutinundersökning för klinisk diagnostisering av patologiska förändringar i kolon. Ibland, när det behövs kan koloskopi vara terapeutisk, d.v.s. man kan avlägsna polyper från tarmen. (Svensson et al. 2002).

Kolonröntgen med dubbelkontrast teknik är en tidigare undersökningsteknik som avbildar tarmen med hjälp av bariumkontrastmedel som sprutas in via en slang som förs in i ändtarmen. Tillförsel av en viss mängd av luft gör att bariumkontrastmedel ”späds ut”. Kontrastmedel töms och luft pumpas in. Luften gör att tarmslemhinnan framträder bättre (Metodblad SU röntgen).

Sigmoidoskopiundersökning av distala kolon. En metod där man med hjälp av ett sigmoidoskop inspekterar den slingrande tjocktarmsdelens, sigmoideum insida. Jämför med koloskopi, endoskopi (Lindskog, 1999).

DT-kolografi

DT-kolografi är en relativt nyutvecklad metod som kan användas istället för traditionell kolonröntgen eller koloskopi vid undersökningen av kolon. Denna undersökningsmetod är framställd av Dr David Vining, som utvecklade tekniken 1993. Efter 13 år av utveckling, har tekniken utvecklats med enormt fart, och idag används DT-kolografi undersökningar alltmer för fastställande av diagnosen på kolonsjukdomar, enligt Stevenson (2008).

DT-kolografi som undersökningsmetod infördes 1998 på Sahlgrenska Universitetssjukhusets Röntgenavdelning. Då gjordes en studie där det DT-kolografinsundersökningsmetod jämfördes med vanlig kolonröntgen med dubbelkontrast teknik. Den vetenskapliga medicinska studien gjordes av två läkare och ett skriftligt referat om hur patienterna upplevde undersökningen gjordes av tre sjuksköterskor. Patienternas upplevelser redovisades ur sjuksköterskans perspektiv och sjuksköterskorna förmedlade och beskrev betydelsen av information för patienten vid undersökningen. Det framkom enligt sjuksköterskornas berättelser om patientens redogörelser att undersökningen var bra och trygg genom en noggrann information och kommunikation som sjuksköterskor och läkare gav. Det har visat sig i studiens resultat att flera patienter, enligt sjuksköterskorna, ville hellre göra en DT-kolografi än en vanlig kolonröntgen med dubbelkontrast teknik. Undersökningen med datortomografi var lättare att uthärda, uppgav patienterna i studien, och patienten behövde laxeras endast en gång istället för två som vid kolografi. Fördelarna med DT-kolografi jämfört med traditionella metoder är bl.a. att patienten inte behöver genomföra lika många lägesändringar vid undersökningen. Redan då gav den nya tekniken om kolonundersökningen positiva upplevelser om DT-kolografin (Johansson. Radovanov, & Razzazian, 2002).

Patientförberedelser

DT-kolografi undersökningar kräver noggranna förberedelser för att rengöra patientens tarmar. (Stevenson, 2008). Noggrann tarmrengöring är en förutsättning för att tjocktarmens slemhinna skall kunna undersökas framgångsrikt. Finns det fekalier och vätska kvar döljs mindre polyper och tidiga cancrar effektivt. Det är därför av synnerlig vikt att patienten är insatt i sin egen utredning.

Förberedelserna för undersökningen tar tre dagar innan undersökningen och inkluderar såväl reducerat matintag och laxering som åtgärder för tarmrengöring. Tre dagar före undersökningen ska patienten undvika mat som innehåller mycket fibrer. Dagen före undersökningen skall patienten svälta efter kl.13 samt dricka en lösning, Laxabon, med början kl.17 och avslut kl.21. Fyra liter Laxabon ska drickas upp på tre till fyra timmar, ca 2dl per

gång med tio minuters mellanrum, en hel mugg per gång, inte klunkvis. (Förberedelser vid Datortomografi av tjocktarmen, Laxabon, SU Blad, Patientinformation).

Beskrivning av undersökningen

Svensson, Svensson, Larsson och Hellström (2002) har beskrivit undersökningsgång och hur lång tid hela undersökningsproceduren tar. Innan undersökningen börjar får patienten en infartskanyl i armen för kontrasttillförsel. Under tiden då bildtagning sker är det ytterst viktigt att patienten håller andan för att undvika rörelsestörningar. Bilderna av kolon och även hela magen tas efter att kolon fyllts med luft eller koldioxid. En kort pip förs in i den distala delen av rektum. Med hjälp av en enkel balongpump pumpas koldioxiden in i kolon manuellt, tills patienten börjar känna att tarmen är fylld. Buscopan ges som en rutin om det inte finns hjärtkontraindikationer (Stevenson 2008). Buscopan gör att tarmarna slappnar av och möjliggör en lindrigare undersökning. Koldioxid används mer och mer vid denna undersökning för att den absorberas i kroppen och ger mindre obehag för patienten än luft.

Risker med DT-kolografi

Socialstyrelsen (2008) har beskrivit patientsäkerhet och betydelse att personalen är kunniga vid användning av inläsningen av koldioxid (gas). Vid undersökningen tillförs tarmen gas med manuell uppblåsning eller alternativt med maskinell uppblåsning. Mängden av fördelningen av gas kan variera. Gasen förflyttar sig runt i tarmen och ständigt fylls på. Under undersökningstillfället varierar gasmängden som blåses in i tarmarna mellan 4 och 5 liter. Vid förträngningar i tarmen kan det ta tid innan gasen förflyttas och ytterligare fyllas på successivt. Om det tillförs för liten mängd gas försämras den medicinskt diagnostiska förutsättningen och man kanske inte upptäcker sjukliga förändringar. Tillförs å andra sidan stor mängd gas i förhållande till vad tarmen tål, riskerar tarmen att brista och detta kan orsaka ett allvarligt sjukdomstillstånd som ofta medför en bukhinneinflammation. Det kan finnas flera olika risker som är framtagna av Socialstyrelsen angående patientsäkerhet. En av orsakerna att metoden som valts i sig olämplig för patienter som har/kan ha en underliggande tarmsjukdom men en nedsatt hållfasthet i vävnaderna. Personalen måste vara kunnig på patientens sjukdomsbakgrund för att kunna avgöra mängden av gas som skall blåsas in. Risken att blåsa in stor mängd av gas kan vara stor och därmed sätt patientens säkerhet i fråga.

Kontrastmedel

Alla kontrastmedel i radiologisk diagnostik har en enda uppgift: att förstärka skillnader mellan kroppens olika vävnader beträffande deras förmåga att uppta energi från röntgenstrålning. Det ideala kontrastmedlet skall påverka elektromagnetisk strålning men det skall inte ha några effekter på levande vävnad. Det finns inget kontrastmedel som inte ger biverkningar. Kontrastmedel som patienterna får intravenös vid en DT-kolografi är vattenlösligt kontrastmedel som innehåller jod. Upplevelse av kontrastmedlet som patienten kan få är värmekänslan i hela kroppen och metallsmak i munnen. Biverkningar av kontrastmedel kan vara olika typer av allergiska reaktioner, från den lindriga, urtikaria till en kraftig och livshotande, nämligen anafilaktisk chock. Även koldioxid (gas) används som kontrastmedel i röntgendiagnostik. Gasen försvagar röntgenstrålarna i mindre grad än

kroppens mjukvävnader och detta medför att tarmen syns tydligare i förhållande till omgivande vävnad (Aspelin, 2008).

TIDIGARE FORSKNING

Alla vetenskapliga artiklar som användes i denna studie hittades i databasen PUB-MED. Sökningen gjordes även i databasen Cinahl men inga artiklar som var relevanta för studien hittades. I en grupp artiklar görs jämförelse av olika undersökningsmetoder av tarmen, en undersöker det diagnostiska värdet och andra redovisar det diagnostiska värdet och patienternas erfarenhet. Se tabell 1.

Tabell 1: Sammanfattning av tidigare forskning.

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal använda artiklar
PUB-MED	CT survey	15579	
PUB-MED	CT colon	2809	
PUB-MED	experience about ct survey	1016	
PUB-MED	experience about CT contrast	967	
PUB-MED	patients experiences and colon	172	3
PUB-MED	CT colonography	13	3
PUB-MED	CT colonography and Hellström	6	2
PUB-MED	CT colonography and Wagner	2	1
PUB-MED	art.namn	2	2

Diagnostiskt värde med DT-kolografi

Datortomografier bör vara obligatoriska, eftersom de ger större volym täckning och säkrare diagnos enligt Reggea, Neri, Turini och Chiar (2008). Forskarna har beskrivit fördelarna med DT-kolografi undersökningen, eftersom det möjliggör bättre visualisering av tarmens slemhinna. DT-kolografi ger mer information om utskjutande inflammatoriska polyper, adenom och cancer och djupa sår och därför är diagnostiskt säkrare än traditionella undersökningar. Reggae et al har jämfört DT-kolografi undersökning med konventionell DT och kommit fram att det finns skillnader i fastställande av diagnosen mellan dessa

undersökningsmetoder. Fördelen med DT-kolografi undersökningar ligger i dess förmåga till en tidigare bedömning innan sjukdomen har brett ut sig. Studien som är gjord på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Reuterskiöld, Lason, Svensson, Kilander, Stotzer & Hellström, 2006) visar också stor tillförlitlighet att ställa en tidig och noggrann diagnos. DT-kolografi bedöms vara en bra undersökningsmetod att upptäcka skador, sjukliga förändringar i tarmens slemhinna som är större eller lika med 5mm.

Patientens upplevelse

Sigmoidoskopi upplevdes av patienterna som den mest smärtsamma undersökningen i jämförelse med koloskopin och kolonröntgen med dubbel kontrast teknik. Patienterna blev tillfrågade om vilken undersökning de inte skulle vilja upprepa av dessa tre om detta behövdes och det var kolonröntgen med dubbel kontrast teknik. Detta var ett överraskande resultat i studien därför att kolonröntgen med dubbel kontrast teknik upplevdes som mindre smärtsam än de jämförande undersökningarna. Man tror att sederig vid koloskopin har bidragit till att den föredras bättre av patienterna än vid andra undersökningsmetoder där sederingen inte hade praktiserats. Ett annat fynd i jämförelsen av dessa tre undersökningar var att patienterna upplevde större förlust av värdighet och större obehag vid kolonröntgen med dubbel kontrast teknik än vid koloskopin och sigmoidoskopi (Lawrence, Koch, Yee, Halvorsen, Cello, Rockey, 2001).

Stuart et. al (2003) jämför patienternas upplevelse av fyra olika undersökningar av tarmen: DT-kolografi, kolonröntgen med dubbel kontrast teknik, sigmoidoskopi och koloskopi. I jämförelse med sigmoidoskopi hade DT-kolografi orsakat mindre smärta och därför blev den mera accepterad av patienterna som uppföljande undersökning. Kvinnorna upplevde mera oro än män vid DT-kolografi. Mest obehag orsakade koloskopi medan kolonröntgen med dubbel kontrast teknik visade att patienter hade mest oro inför undersökningen. Kolonröntgen med dubbel kontrast teknik visades även som en fysisk smärtsam undersökning. Patienterna beskrev att vid kolonröntgen med dubbel kontrastteknik kände de sig mindre värdiga och mera förvirrade och sårbara än vid jämförande undersökningar. Stuart et al (2003) resultat i forskningen visar att patienterna har föredragit DT undersökning i jämförelse med andra undersökningar som den jämfördes med. Förespråkarna av DT-kolografin slutsats var att den är mindre obehaglig, mera acceptabel och mindre invasiv än andra kolonundersökningar.

En kvantitativ studie gjordes i USA, där undersöknings metoder sigmoidoskopi och DT-kolografi jämfördes. Et antal kvinnor tillfrågades om de föredrog manlig eller kvinnlig läkare att utföra undersökningen. Ur resultatet framkom det att 87 % av de tillfrågade kvinnorna hellre skulle vänta längre än 30 dagar på undersökningstid för att få en kvinnlig läkare. Huvudorsaken till att de föredrog en kvinnlig läkare var att det var mindre pinsamt och mer bibehållen värdighet för patienten. Yngre kvinnliga patienter ville gärna välja sin läkare vid undersökningen. Deras argument var att med kvinnliga läkare kunde de mera slappna av vid en sådan jobbig undersökning och de kunde lättare berätta för kvinnliga läkare hur de kände sig (Menees, Inadomi, Korsnes & Eltha 2005).

Studien, som gjordes i norra Kalifornien (Akerkar, Yee, Hung & Mc Quaid, 2001), jämför patientens upplevelse vid två typer av undersökningar, nämligen DT-kolografi och koloskopi. I studien ingick 300 personer som ombads att fylla en frågeformulär direkt efter DT-kolografi undersökningen. Efter att patienter har varit utsatta för både DT-kolografi och koloskopi, hade 295 patienter rapporterat en genomsnittlig högre smärta under DT-kolografi. Sammanlagt

hade 188 av 295 (63,7 %) patienter föredragit koloskopi, i jämförelse med DT-kolografi. Patienterna föredrog koloskopi som en förstahandsundersökning och var även beredda att vänta i genomsnitt 4,9 veckor för undersökningen. Det visade sig att patienter som genomgår koloskopi hade fått mycket lugnande medel och därför känner mindre obehag och smärta. I regel är DT-kolografi en snabbare och enklare undersökningsmetod men tydligen upplevs den smärtsammare.

En liknande studie i Korea (Jung, Dong, Min, Sang, Kwang, & Yang, 2008) redovisades med samma uppläggningsmetod som den Kaliforniska studien och Likertskalan användes. Där jämfördes 51 patienternas erfarenhet och företräde av undersökningarna DT-kolografi och koloskopi när det handlar om abdominal smärta, abdominal illabefinnande och förlust av värdighet. De flesta patienter hade upplevt att DT-kolografi hade högre tendens att orsaka dessa tillstånd än koloskopi. DT-kolografi hade genomförts med luft som injicerades via en pip i anus (1-1, 5 L) under undersökningen. Innan koloskopin fick patienten lugnandemedel i.v. med möjlighet till utökad tillförsel i fall patienten behövde mer. Först gjordes DT-kolografi, sedan koloskopi. Två timmar efter koloskopi fick patienten först en enkät med frågor kring undersökningen. Efter 24 timmar undersökningen fick patienterna en kompletterande enkät via telefon där de blivit tillfrågade vilken undersökning de upplevde som mera obehaglig.

Resultatet från båda forskningarna visade att DT-kolografi upplevdes obehagligare än koloskopi. Dessutom var patienterna beredda att vänta upp till 4,9 veckor längre för koloskopi i båda forskningarna ifall de skulle behöva undersökas igen (Akerkar et al. 2001, Jung. et al 2008). Det är viktigt att upplysa att DT-kolografi i båda studierna hade genomförts med luft som kontrastmedel och luften kan inte reabsorberas av kroppen som koldioxid kan. Detta medför större obehagskänsla för patienten.

Resultat från den svenska forskningen, Svensson et. al (2002) visade att patienternas upplevelser av DT-kolografi och koloskopi var motsatta än i den koreanska och kaliforniska studien. Studien genomfördes i Göteborg där det visades att DT-kolografi betraktades av patienterna som mindre smärtsam, mindre svår och mindre komplicerad än koloskopi. Faktorerna som påverkade den smärtsamma upplevelsen vid DT-kolografin var generella obehag vid lufttillförsel i tarmen och uppfattad spänd smärta i buken. Som mest obehagligt noterades tillförsel av luften till tarmen. Rangordningen för varje undersökning gjordes efter att de blivit genomförda efter varandra. Fyndet från denna studie visade att majoriteten av patienterna, 82 %, föredrog DT-olografi i jämförelse med koloskopi.

I Wagner et. al (2007) studie identifierades tre områden som fysisk upplevelse, social interaktion och information vilka påverkade patientens upplevelse av koloskopi, kolonröntgen med dubbel kontrast teknik och DT-kolografi. Social interaktion med sjuksköterskan var mycket viktig i den generella upplevelsen av alla tre undersökningar. Under koloskopin fanns den mest utrymme för verbal återkoppling vilket patienterna uppskattade högt. DT-kolografi gav liten verbal och visuell återkoppling och en för patienten oklar intryck av undersökningen. Kolonröntgen med dubbel kontrast teknik, d.v.s. kolografi hade upplevts av patienterna som den besvärligaste bland dem jämförande undersökningarna gällande om social interaktion.

En senare studie från Wagner et. al (2008) visade hur informationen till patienten påverkade patientens val av undersökning. Att informationen om undersökningen hade gett ett bra underlag för ett säkert svar för diagnosställande var viktigast för patienterna. Den andra viktigaste aspekten var information om riskerna för undersökningen som strålningens effekter

för hälsa, gällande DT-kolografi och risker för tarmperforation gällande kolonröntgen med dubbel kontrast teknik. Här genomfördes två tester där det första testet visade att majoriteten av patienterna, 64 % föredrog DT-kolografi framför koloskopi. Vid koloskopi har patienterna fått bristfällig information. Det andra testet, där patienterna fått information om alla aspekter som handlar om båda undersökningarna inklusive jämförelse mellan dessa, var situationen precis tvärtom. Majoriteten av patienterna, 88 % föredrog koloskopin framför DT-kolografin.

Slutsatsen var att DT-kolografi är en intressant, ny metod för screening för kolonröntgen (Wagner, 2008). Förbättringar inom undersöknings metod DT-kolografi som minskar patientens smärta och obehag kommer att bli nödvändiga för att DT-kolografi ska kunna konkurrera som en alternativ screeningsmetod för koloncancer (Jung et.al. 2008).

Andra forskningsområden som berör DT-kolografi

Det bedrivs forskning inom andra områden än omvårdnadsvetenskap berörande DT-undersökningar. Det handlar om intravenöst kontrastmedel som används på dessa undersökningar samt strålskydd som är viktigt ämne för röntgensjuksköterskan eftersom hon har ansvar för dosoptimering av strålning för patienten vid röntgenundersökningarna. Det pågår också forskning om den tekniska utrustningen som är ytterst avancerad och utvecklas fortfarande i rasande fart.

Statens Strålskyddsinstitut har gjort en omfattande studie mellan 1999. och 2006. där man granskar ett system med diagnostiska referensnivåer och dess påverkan på stråldosen till patienten vid DT-undersökningarna. Systemet med diagnostiska referensnivåer gav en stor dosminskande effekt. Referensnivåerna måste dock anpassas till den förändring i dosfördelningen som sker med tiden. Ytterligare åtgärder behövs för att stimulera fortsatt optimeringsarbete. Utbildning av röntgenpersonalen om hur undersökningen ska utföras behövs för att dosen ska optimeras så bra som möjligt (Strålsäkerhetsmyndigheten).

Olika metoder tillämpas för att testa och utveckla intravenöst kontrastmedel med så låg osmolalitet och viskositet som minskar risken för biverkningar. Det kommer nya kontrastmedel som har hög jodkoncentration vilket gör att mängden kontrastmedel minskas och önskad mängd jod kan injiceras på kortare tid (Initios, Kontrastmedel)

Vikten av denna DT-kolografistudie

Det är ett brett vetenskapligt område kring forskning om DT-kolografi där det är många kvantitativa forskningar gjorda och där jämförelser mellan olika undersökningar och kvantitativa studier om patienternas upplevelse besvaras med enkäter. Det behövs mera forskning kring den individuella patients upplevelse, den subjektiva upplevelsen, hur och varför de upplever DT-kolografi på ett visst sätt. Därför är vår forskning av stor vikt ur ett omvårdnadsperspektiv. Vi vill veta hur individen som kommer till DT-kolografi undersökning upplever den, vad den har för tankar kring undersökningen. Hur känns det att genomgå en DT-kolografi undersökning?

SYFTE

Att beskriva hur patienten upplever vårdsituationen vid en DT-kolografiundersökning.

- Upplevelse av undersökningen
- Upplevelse av bemötande och information från röntgenpersonalen

METOD

Hermeneutik

Vi vill undersöka hur patienterna upplever vårdsituationen på en DT-kolografi undersökning. För att kunna analysera och förstå varje enskild individs upplevelse, anser vi att forskningsintervjuer är ett lämpligt sätt för datainsamlingen. Vidare i analysen av data kommer hermeneutik att användas. Den hermeneutiska idén grundas i förståelsens, tolkningens och applikationens ömsesidiga relation. Den filosofiska utgångspunkten i vår studie är hermeneutisk kunskapsintresse som är förståelse.

Dahlberg (1997) beskriver att hermeneutik ursprungligen kommer från det grekiska verbet `hermeneuein` som betyder tolka, och substantivet `hermenia` som betyder tolkning. Malmström, Györki och Sjögren (1995) beskriver ordet hermeneutik som läran om hur man tolkar texter i filosofisk riktning. Hermeneutik är en kvalitativ metod som utgörs till största delen av tolkning av texter. Texterna kan vara från intervjuer, observationer, enkäter, dagböcker och brev. Kvale (1997) menar att syftet med en hermeneutisk metod är att studera tolkning av texter. Birkler (2008) beskriver två grundläggande hermeneutiska frågeställningar, frågan om förståelsen innebörd i sig och frågan om metoden, hur vi uppnår förståelse.

Att förstå förutsätter förförståelse, men förförståelsen är samtidigt ett hinder till förståelsen. För att hindra att den utvecklas till en ond cirkel måste man omväxla mellan inträngande i den främmande världen och återkoppling till vårt eget referenssystem. Det sker en sammansmältande av horisonter där man successivt förstår det främmande referenssystemet samtidigt som vi undan för undan reviderar och berikar vårt eget (Alvesson & Sköldberg, 1994). Förförståelse enligt Birkler (2008) är något vi bär med oss ur vår tradition, vår historia och vår kultur. Vi tar våra fördomar för givna och använder de utan att tänka på det. Vi har alltid vår förförståelse med oss som härrör ur den världen vi bär med oss. Vår förförståelse med alla sina fördomar skapar en samlad horisont. Allt vi tolkar, tolkar vi ur vår förförståelsens horisont. Ödman (2007) beskriver förståelsehorisont är något som vi själva utvidgar och förändrar med hjälp av vår egen tolkningsverksamhet.

Förförståelsen är inte enbart inbyggt minne den ger riktning till i vårt sökande. Det är den som avgör vilken aspekt vi lägger på det föremål som studeras. Utan förförståelse inget problem och inget som kan ge ledtrådar. Mellan förförståelse och förståelse råder ett dialektisk samspel. Genom tolkandet och den vidgade förståelse detta ger får vi nya objekt för våra strävanden och upplevelser. Det skapas en ny mening, vilket kanske åstadkommer att vi ändrar riktning i våra strävande. Vi utvecklar en ny förförståelse att utgå ifrån. Hermeneutik strävar att vi tolkar och omtolkar vår verklighet och lär oss förstå den på ett nytt sätt. På detta sätt förändras ständigt den hermeneutiska cirkel inom vilken vi tolkar och organiserar bilden av vår tillvaro (Ödman, 2007).

Tolkning

Hermeneutik som forskningsmetod handlar om att tolka och förstå data. Det viktigaste analysredskapet består av tolkning. Tolkningarna är inte sanningar i ett kausalt tänkande utan nya sätt att förstå olika meningsskapande mänskliga aktiviteter Nyström (2008). Att använda empirisk hermeneutik som en forskningsmetod innebär att samla och analysera data genom en kontinuerlig, dynamisk process som präglas av omväxling mellan tolkning av data och förståelsen av den.

Att tolka betyder att ange betydelser beskriver Ödman (2007). Tolkningen görs när texten inte omedelbart förstås i sin verkliga mening och när förförståelsen inte räcker till.

Tolkningen är en subjektiv akt som alltid görs från en viss aspekt. Tolkandet bör grundas på kunskap och tidigare erfarenheter av det vi tolkar. Tolkandet är en odelbar akt som består i att vi frilägger och tilldelar meningen åt det som tolkas. Tolkning som friläggande är inriktad mot det realiserade, det gamla eller redan kända av andra eller oss själva. Den tilldelande aspekten hör samman med tolknings framtidsinriktning, en ställning till en företeelses möjligheter. Detta är en pendling, mellan förflutet och framtid som kännetecknar enskild tolkning som en tolkningsprocess som helhet.

Den hermeneutiska cirkeln fungerar som en tolkningsprocess som omfattar omtolkningar och förändringar i samspelet mellan del och helhet. Pusslandet är faktiskt en mycket öppen process som kännetecknas av den tolkande rörelsen svänger mellan stora och små pusselbitar. Den hermeneutiska cirkeln uppstår genom att de enklaste företeelser d.v.s. meningsbärande enheter, omtolkas ständigt och förs in i allt större helheter, samtidigt som vår kunskap om de blir alltmer inträngande. Förförståelsens utveckling ökar. Förståelse och tolkningsprocessen blir mer lik en spiral än en cirkel. Spiralen betecknar den fruktbara, öppna cirkeln. Denna kännetecknas av att förståelsehorisont förändras i harmoni med förändringar i kunskapsprocessen (Ödman, 2007).

Egen förförståelse

Egen förförståelse baseras på vår erfarenhet och kunskap. Innan studiens genomförande visste vi att patienterna har varit mer eller mindre oroliga inför undersökningen. Genom en bra information, ett trevligt bemötande slappnade patienter mer och mer under undersökningen. Ibland visade de oro genom att ställa och upprepa samma frågor. Oron för den diagnostiska delen var mest närvarande under hela undersökningen. Patienter som vi bemötte med stor respekt och värdighet, samt professionellt förhållningssätt visade sin uppskattning genom att tacka så mycket för en bra och trevlig kommunikation.

Den förutfattade kunskap eller förförståelse om att patienterna var mer eller mindre spända och oroliga för diagnosen, rädsla för förändrad livsstil efter sjukdomen påverkade deras upplevelse av DT – kolografiundersökningen. Det intressanta var att en bra kommunikation och en mellanmännisklig interaktion påverkade deras upplevelse av undersökningen på något sätt, oftast positivt. Att undersöka upplevelse av bemötande och information från röntgenpersonalen vid denna typ av undersökningen fångade vårt intresse. Man tror sig veta så mycket innan. Vi försökte ”nollställa oss” för patientens ständiga oro och se mera bakom den. Vad finns bakom den oroliga patienten? Vi undrade hur patienten upplevde interaktionen med sjuksköterskan och läkaren vid undersökningen? Hur upplever patienter oss som sjuksköterskor? Hur upplever den information, var den tillräcklig under undersökningen? Finns det behov att förklara ytterligare delar av undersökningen? Kan vi på något sätt dämpa

patients lidande och oro? Hur skulle vårt bemötande påverka patientens upplevelse av undersökningen och framtida val av undersökning?

Den kvalitativa forskningsintervjun

Den kvalitativa forskningsintervjun är en metod där beskaffenhet eller egenskap hos någonting ska utrönas, upptäcks, förstås eller listas ut. Forskaren undrar vad det är som händer, vad det är som sker, skriver Svensson och Starrin (1996). Forskningsintervjun har alltid ett bestämt syfte, d.v.s. att ge intervjuaren en bestämd typ av information. Nackdelar med intervjun är, enligt Carlsson (1984), att kostnaderna mätta i tid och pengar är högre än vid enkätundersökningarna. Anonymitetsskyddet är inte detsamma som vid enkäter och det är dessutom svårare att få god reliabilitet. Fördelen med intervjuundersökningen är att man kan samla in information om den individuella upplevelsen, vilket inte kan uppnås med en enkätundersökning.

Den kvalitativa intervjun är icke-standardiserad, d.v.s. utgår ifrån ett antagande där man inte vet vilka frågor som är viktiga och betydelsefulla för informanten och den är oförutsägbar, d.v.s. många överraskningar uppkommer under den. Intervjuaren måste vara uppmärksam och fantasirik (Svensson & Starrin, 1996). Intervjuerna blir professionella när intervjuaren ger informanten utrymme att berätta om sin äkta upplevelse. I den hermeneutiska metoden är inte forskaren intresserad av att studera fakta utan istället förstå vad som berättas i det som har erfारits (Lindseth & Norberg, 2004). I den kvalitativa intervjun beskriver Svensson och Starrin (1996) att en interaktion sker mellan minst två personer som påverkar varandra. Intervjuaren hjälper informanten att bygga upp ett sammanhängande och begripligt resonemang.

En intervju är en form av samtal som har ett speciellt syfte att samla in information. Kvalitativa intervjuer, som används i denna studie, har för syfte att upptäcka vad det är som sker, vad det är som händer, till skillnad från kvantitativa där målet är att bestämma omfattningen av redan definierade företeelser, egenskaper eller innebörder eller att studera samband mellan dessa. I en kvalitativ intervju ska frågorna vara så öppna som möjligt för att uppnå spontan information om företeelser, attityder osv. och fokuserar på den subjektiva upplevelsen hos intervjupersonen. T.ex.: ”Berätta om hur du upplevde undersökningen...” och inte avbryta intervjupersonen när den berättar om sin upplevelse av undersökningen. Det viktiga i denna intervju är att fånga individens upplevelse genom att intervjuaren med hjälp av sin egen förförståelse försöker förstå och tolkar det som intervjupersonen sagt. Det gäller att ”tolka mellan raderna”.

Det är viktigt att skapa ett klimat som får den intervjuade att känna sig trygg. Det är intervjuarens uppgift att hålla respondenten koncentrerad på ämnet för intervju på ett sätt som inte skapar irritation och guida denne genom de teman som är grund för intervjun. Inga komplicerade frågor, inga främmande ord. Intervjuaren ställer frågor när den inte förstår, lyssnar aktivt och bandar intervjun. Det är otillräckligt att bara dokumentera intervjupersonens svar på intervjuarens frågor. Det är viktigt att markera paus, verbala uttryck, avbrytande och avbrott, när man talar i mun på varandra samt gester, ansiktsuttryck och kroppsrörelser (Starrin & Renck, 1996, *Datainsamling- på fältet, Den kvalitativa intervjun*).

Intervju genomförande

En ostrukturerad forskningsintervju på ca 30 min å skulle genomföras i samband med undersökningen, se bilaga 1 och 2. Intervjun ägde rum på röntgenavdelningen strax efter undersökningen där patienten berättade om sin upplevelse av undersökningen. När patienten kom till röntgenavdelningen på undersökningdagen och efter att den blivit besöksregistrerad i receptionen, hade intervjuaren bemöt den, presenterat sig och följt den där man kunde samtala i enrum. Där fick patienten en muntlig information om studiens genomförande och vid detta tillfälle lämnade patienten informerat samtycke. Intervjun påbörjades strax efter undersökningen i ett rum som var i anslutningen till undersökningsrummet. Eftersom patienten var hungrig, fick den lite mat och samtidigt hade ett spontant samtal med intervjuaren ägt rum. Den första frågan: *"Berätta om hur du upplevde undersökningen..."* hade för syfte att få intervjupersonen att känna frihet att berätta om hela upplevelsen av undersökningen. För intervjun valdes flera frågor som var öppna, d.v.s. patienten fick friheten att berätta utan att bli avbruten. Intervjuaren fick avbryta när materialet inte kändes relevant för studien, detta togs dock med försiktighet och restriktion. Olika signaler som var icke verbala hade kunnat tydas och antecknas vid intervjun för att sedan kunna transkriberas. Intervjuaren hade några frågor som hade ställts till intervjupersonen men inte i samma ordning som de var i skriftlig form. Det som styrde frågornas ordning i intervjun var en vis spontanitet och intervjuarens bedömning om vilken fråga som skulle passa best just den stunden när den ställdes. Intervjun spelades in på bandspelaren. Därefter transkriberades intervjun och data analyserades. Den valda metoden för att fånga patientens upplevelse var hermeneutik.

Etisk prövning

Etisk prövning av pilotundersökningen genomfördes vid Göteborgs Universitet där frågeformulär och forskningsinformation godkändes av kursansvariga. Forskningsinformationen skickades till utvalda deltagare några dagar innan undersökningen. Patienterna deltog frivilligt i studien och fick både skriftlig och muntlig information om studiens betydelse. Patienterna gav även ett skriftligt samtycke.

Den etiska prövningen gällande för den fullskaliga studien kommer att ansökas vid Etiska nämnden. All data efter intervjuanalyser kommer att bevaras i ett låst skåp som obehöriga inte har tillträde till. Patienterna som valdes som informanter har fått information om hela tillvägagångssättet i denna studie. Hantering av patienternas personuppgifter regleras av personuppgiftslagen SFS1998204.

Urval patient

I den fullskaliga studien kommer att 10-14 patienter delta. Det är patienter som genomgår en DT-kolografiundersökningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Både män och kvinnor i blandade åldrar kommer att tillfrågas om deltagande. Även patienter från andra kulturer, men kraven är att de behärskar det svenska språket. En del av intervjuerna har skett under våren år 2009 och den andra delen beräknas ske år 2010. Den första delen av patienter som utgör vår pilotstudie är tre kvinnor från 58 till 73 år gamla. Dessa valdes utifrån två kriterier, att genomgå en DT-kolografiundersökning på SU Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg och att ha blivit tillfrågade och tackat ja till studien.

Analys med hermeneutisk metod

Menningsbärande enheter, kondenserade meningsbärande enheter

Analysen av data påbörjades genom att intervjumaterialet lästes igenom i sin helhet. Författarna läste igenom materialet var för sig för att få en intuitiv förståelse. Detta steg präglades av förförståelsens påverkan och en första, preliminära bild av datas innebörd kommit fram d.v.s. meningsbärande enheter. Dessa meningsbärande enheter sammanfattades till *kondenserade* meningsbärande enheter. Delteman bildades genom att *kondenserade* meningsbärande enheter i intervjumaterialet som ansågs höra ihop strukturerades så att de kunde bilda delteman. Efteråt hade en strukturering av hela intervjumaterialet gjorts genom att deltemans översikt togs fram.

Deltema

Nästa steg var att författarna hade påbörjat diskutera sinsemellan om hur de hade förstått, tolkat och formulerat sin strukturering av intervjumaterialet. Här framkom att det fanns konsensus mellan de delteman som hade bildats av författarna var för sig, vilket hade bidragit till större vetenskaplig tillförlitlighet. Delteman jämfördes med den första preliminära bilden av intervjumaterialet, samt båda författarnas delteman sinsemellan. Diskussionen om ytterligare delteman hade gett möjlighet till bildning och justering av dessa. Fyra delteman valdes och beskrevs i texten. Tolkningsprocess hade präglats av kontinuerliga kontroller mot data, vilka skulle stryka validiteten i tolkningarna. Validiteten av tolkningen stryktes med flera citat från intervjumaterialet.

Tema

De fyra deltolkningarna hade jämförts med varandra i nästa steg. Dessa grupperades utefter konstateringen att de hade samband med varandra. Genom att integrera fyra delteman till större enheter utvecklades två tema, Trygget och Oro vilket hade lyft fram innebörden i hela intervjumaterialet samt i samtliga deltolkningar (Nyström 2008). Se tabell 2.

FORSKNINGSETISKA KRAV

Presentation av några forskningsetiska internationella regler

Grunden för omvårdnad är att respektera mänskliga rättigheter, d.v.s. rätten till liv, värdighet och att bli behandlad med respekt. Patienter som tillhör en utsatt och sårbar grupp, har rätt till en villkorslös omvårdnad utan någon form av diskriminering. Med utgångspunkt i att sjuksköterskan i sitt professionella yrkesutövande samordnar sitt arbete med andra yrkesgrupper, har ICN tagit fram sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande (Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden, 2003). ICN-s yrkesetiska kod för sjuksköterskor innehåller fyra huvudområden: sjuksköterskan och allmänheten, sjuksköterskan och yrkesutövningen, sjuksköterskan och professionen och sjuksköterskan och medarbetaren (ICN etiska koden för sjuksköterskor, hämtad 09.02.28).

Vårdförbundet och Svenska föreningen för sjuksköterskor har tagit fram Yrkesetisk kod för Röntgensjuksköterskor med ICN:s yrkesetiska kod för sjuksköterskor som grund. Koden ska vägleda och stimulera röntgensjuksköterskan i etiska resonemang och ge stöd åt etiska beslut i det dagliga arbetet och forskningen. Koden har fyra huvudområden som sammanfattar

riktlinjerna för en etisk förhållningssätt och handlande. Ett av de fyra huvudområdena handlar om att röntgensjuksköterskan tar ansvar för utvecklingen av sitt kunskapsområde utifrån erfarenhet och evidens samt bedriver forskning och utveckling samt ansvarar för att forskningsetiska riktlinjer följs (Yrkesetisk kod för Röntgensjuksköterskor).

Det är regler och föreskrifter som styr forskarens arbete, men det är forskarens egna etiska ansvar som är grunden för all forskningsetik. Det yttersta ansvaret för att se till att forskningen är moraliskt acceptabel och av god kvalitet har forskaren själv. Dessutom måste hänsyn tas till yrkesetiken (Forskningsetik, hämtad 09.04.28).

Forskningsetiska principer

Etiska principer skall präglas av det forskningsetiska kravet som innebär att samhället och dess medlemmar har ett berättigat krav att se till att forskningen bedrivs, att den inriktas på väsentliga frågor och att den håller hög kvalitet. De etiska principerna ska också ha sin grund i individskyddskravet vilket innebär att individer inte får utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning (Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning, hämtad 09.04.28). Informanterna har fått skriftligt och muntligt besked om att de har rätt att när som helst avbryta sitt deltagande i studien utan att behöva ge någon förklaring. (Se bilagan 1).

Principen om autonomi omfattar värdighet, integritet samt sårbarhet och handlar om den enskilda människans möjlighet att utvecklas i enlighet med sina personliga förutsättningar, förhoppningar och önskan om ett bra liv. Med autonomi menas att människan är en fri varelse. Människans autonomi är även en självbestämmanderätt som ska respekteras. Rätten till självbestämmande innebär att man inte får använda tvång gentemot individen. Forskning som omfattar människor ska bygga på individens fulla och informerade samtycke.

Principen om att göra gott innebär att forskningen ska vara till potentiell nytta för omvårdnaden av den eller de grupper forskningen avser. Forskare ska kritiskt granska vilken nytta och syfte i samhället forskningen ger. Inom omvårdnadsforskning innebär nytta att forskningen ska bidra med ny kunskap för att främja och återställa hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande.

Principen om att inte skada innebär att forskningen inte får ha skadlig inverkan på de personer som deltar. Detta innebär att forskaren måste kontrollera möjliga risker för skada eller obehag samt vidta åtgärder för att förhindra eller minimera sådana risker. Om det finns några risker så är det forskarens uppgift att informera om hur de kan motverkas. Deltagarnas säkerhet ska garanteras och ett forskningsprojekt kan avbrytas om det visar sig nödvändigt.

Principen om rättvisa innebär att alla individer skall behandlas lika om det inte finns några etiskt relevanta skillnader, t.ex. att en kontrollgrupp inte skall undanhållas verksam behandling. Forskare skall beskydda svaga grupper som t.ex. barn, medvetlösa patienter eller personer som lider av demens. Det är forskarens plikt att bevaka deras svagas rättigheter, särskilt med avseende på att minska sociala skillnader i samhället. Utgångspunkt för principen om rättvisan är att utveckla kunskap om hur alla patientgruppers hälsorisker, sjukdomar och lidanden kan motverkas och lindras (Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden).

Det finns fyra huvudkrav på de fyra forskningsetiska principer och dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att forskaren har skyldighet att informera alla berörda om forskningsuppgiftens syfte. Samtyckeskraven innebär att deltagaren har rätt att själv

bestämma om den ska delta i studien. Konfidentialitetskravet innebär att alla för studien berörda personer ges den största möjliga konfidentialiteten och alla uppgifter bevaras så att obehöriga inte kan ta del av dessa. Nyttjandekravet innebär att uppgifter om enskilda personer bara får användas för forskningsändamål (Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning, hämtad 09.04.28).

Egen risk/nytta analys

Forskningen som avser upplevelse av DT-kolografiundersökningar bidrar till en betydelsefull vetenskaplig kunskap och nytta för sjuksköterskor att kunna förstå patienten på ett bra och professionellt sätt.

Risker med denna forskning kan vara att det uppstår frågor som kan skapa onödig psykisk oro för patienten. Angående risker så måste forskaren också ta hänsyn till den fjärde etiska principen, nämligen principen om att inte skada där det är forskarens skyldighet att bedöma om nyttan med forskningen är större än skadan. Nyttan med vår studie bedöms vara större än skadan därför att den bidrar till att öka förståelse för patientens upplevelse av undersökningen och patienten utsätts inte till någon direkt fara när den deltar i studien. Det som kan bli en potentiell risk- obehag för patienten grundas i patientens upplevelse av värdighet. DT-kolografi är en undersökning som kräver stor kompetens i bemötande av patienten och det föreligger risk att patienten känner sig kränkt. Eftersom intervjun äger rum strax efter undersökningen ökar denna risken till att patienten blir extra känslig och tar illa till sig vid olika frågor från intervjuaren. Forskaren har skyldighet att bevara patientens värdighet.

RESULTATET AV PILOTSTUDIEN

Resultatet av pilotstudien presenteras i två huvudteman som är *Trygghet* och *Oro*. Dessa teman innehåller delteman. Tema *Trygghet* rymmer deltema *Information ger trygghet* och deltema *Ett vänligt bemötande*. Tema *Oro* rymmer delteman *Oro för röntgensvar och diagnos, nya undersökningar och nya ingrepp* och *Oro för en hotad existens*. Dessa begrepp är centrala för denna studie för att de talar om en enskild patients upplevelse vid DT- kolografiundersökningen.

Tabell 2: Översikt av studiens resultat.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Deltema	Tema
Fick information hela tiden. Upplyst hela tiden	Kontinuerlig information	Information ger trygghet	Trygghet
Alla var vänliga, rara och förstående	Vänlighet	Ett vänligt bemötande	Trygghet
Man undrar i vilket skick är min tarm	Något som inte är rätt i den egna kroppen	Oro för röntgensvar och diagnos, nya undersökningar och nya ingrepp	Oro
Har jag en åkomma som åstadkommer mina problem i kolon?	Oro för eventuell sjukdom	Oro för en hotad existens	Oro

TRYGGHET

Studios resultat ger slutligen temat *Trygghet* som står i konsensus med delteman *Information ger trygghet* och *Ett vänligt bemötande*, samt med de kondenserande meningsbärande enheterna.

Information ger trygghet

Av central betydelse för hela undersökningen är att patienterna får en bra och noggrann information. Vid undersökningen upplever patienterna att den kontinuerliga informationen är väldigt bra. Informationen ges under hela tiden under undersökningen så att patienterna blir förberedda vad som kommer att hända. På så sätt kan patienterna känna tryggheten.

”... man fick information hela tiden att ni gör så, sätter in den lilla pipen och lägger in lite gas och så, hela tiden hur man mår, hur man känner...” och ” man blir ju informerad hela tiden och man behöver inte säga någonting då utan de frågar hela tiden hur man mår och känns det bättre annars tar vi bort lite gas om det är för mycket.”

”... Sjuksköterskan, hon var förutseende, så hon kunde berätta för mig hela tiden vad som skulle hända, hur jag skulle känna mig, så på det sättet behövde jag inte fråga någonting.” eller ”... Jag fick bra information om alla stegen i undersökningen. Hur kroppens skulles påverkas och hur jag skulle känna och uppleva...” och ”Man var ju upplyst hela tiden.”

Patienternas förförståelse, kunskap om vården liksom deras erfarenhet minskar behov av Erfarenheter inom vården kräver inte så mycket information men trots det kan patienten kännas sig trygg.

"... Jag är sjuksköterska och därför har en grundidé vad som skulle ske. Även om jag inte har blivit kolonröntgad tidigare eller har tjänstgjort på röntgen så har jag en vis idé hur saker och ting ska kunna fungera..."

"... Jag har inte så mycket frågor som andra kanske har... Om man kommer alldeles utan några begrepp om vad det handlar om så har man säkert flera frågor."

Ett vänligt bemötande.

Trygghets upplevelse kännetecknas även i ett vänligt och bra bemötande av personalen. Bra bemötande skapar lugn hos patienten och känslan att de kommer att klara av undersökningen på ett bra sätt. Personalens förmåga att skapa trygghet är därför en stor del i patienternas upplevelse av undersökningen.

"Jag tyckte att jag var väldigt bra omhändertagen, blev väldigt väl bemött och jag fick en bra information om alla stegen i undersökningen... hur jag skulle uppleva och känna, så jag tycker att jag inte kan ge bättre betyg."

"Jag kände mig trygg och litade fullständigt på personalen."

"... Denna undersökning gick lättare. Man säger vänligheter. Det gör väldigt mycket. Både information och vänlighet."

Sjuksköterskor och läkare som deltar vid undersökningen visar stor respekt och förståelse för patienten genom att fråga om det gör ont och hur det känns. Detta uppfattas mycket positivt av patienterna. Känslan av att bli sedd som en individ och att personalen visar sin förståelse, skapar en trygghetskänsla. En välinformerad, väl bemött och väl omhändertagen patient får en bra och positiv bild av undersökningen.

"Alla sa vi förstår dig så väl, det kommer att gå bra. Alla var vänliga och rara, och förstående." eller "... Mjuk och rar och vänlig. Inga liksom hårda tag. Nej." Och "... Jag kände att jag litade på fullständigt."

"... Undersökningen är inte så roligt att göra sådana undersökningar men det behövdes göras, så att jag tyckte att den genomfördes väldigt bra, väldigt väl omhändertagen."

Sjuksköterskans förmåga att alltid vara steget före och kunna "läsa" patientens tankar och känslor är viktig för att patienten skulle uppfatta henne som förutseende och professionell. Att vara säker i sina arbetsuppgifter och ge intryck av att veta vad man gör har också bidragit till att patienterna upplever sjuksköterskan som professionell. Läkaren som utför undersökningen upplevs som professionell för att han informerar patienten i förväg vad han gör och förklarar kontinuerligt hur undersökningen går till.

"Jag tyckte att bemötande från läkaren var också mycket bra. Han var, kändes professionell, kunnig, ja, det kändes som att han visste vad han gjorde, det kändes att sjuksköterskorna också var väldigt professionella. Det tycker jag".

"... Hon var mer förutseende så hon kunde berätta för mig hela tiden vad som skulle hända, hur jag skulle känna mig så på det sättet behövde jag inte fråga någonting."

"... Mjuk och rar och vänlig. Inga liksom hårda tag. Nej." Och "... Jag kände att jag litade på fullständigt."

"Det jag frågat honom hade han svarat omsorgsfullt och väl."

ORO

Studiens resultat ger slutligen temat *Oro* som står i konsensus med delteman *Oro för röntgensvar och diagnos, nya undersökningar och nya ingrepp* och *Oro för en hotad existens*, samt med de kondenserande meningsbärande enheterna.

Oro för röntgensvar och diagnos, nya undersökningar och nya ingrepp.

Patienterna oroar sig för röntgensvar som kan leda till nya undersökningar och utredningar som i sin tur kan påvisa att patienter lider av en sjukdom, exempelvis en tumör i kolon.

"Så man undrar i vilket skick är min tarm, förväntningar man har är att de på röntgen ska upptäcka om någonting i kolon som är fel, alltså om jag har en åkomma som åstadkommer mina problem vilket jag har i kolon och ger en långvarig och besvärlig förstoppning, så jag började fundera, har jag någonting i tarmen som påverkar detta, är det divertiklar, tumör?"

Oro kan även visas om patienten känner att den kommer in i en stressig tillvaro på sin undersökning. I detta fall var det väntetid innan undersökningen som påverkade patientens omdöme för inte känna sig trygg. Patienten upplevde jäkt och stress, kring sig själv och även när hon kom in på undersökningsrum kändes det att alla var stressade omkring henne.

"Det jag inte kände mig trygg det var väntetiden, man kom till undersökningen, man förbereder sig i flera dygn, man kände sig ganska trött i förväg och så... Så blir det någon slags jäkt omkring ens egen undersökning i och med att någon annan tränger sig i förväg, så blir det en jäktsituation och det är inte det att jag får vänta egentligen utan det är det otrevliga med att någon ska komma in emellan och påverka hela systemet. Alla inblandade är aningen stressade och det upplevde jag obehagligt, det är det man väntar sig slippa när man har tidsbeställning."

Oro för en hotad existens.

Oro för cancerdiagnos kan bero på patientens tidigare erfarenheter om sjukdomarna. En utav patienterna upplevde rädsla för sin sjukdom som kan leda vidare till nya operativa ingrepp. Detta gör att hela patientens livsstil förändras. Patienten beskriver att hon hoppas slippa stomipåse. Hennes förförståelse och kunskap och erfarenheter från hennes bekanta talar om att detta kommer att förändra hennes livsstil. Patienten upplevde sin existens hotad, hon hoppades att slippa detta.

"Det jag tänker på är att man ska behöva ha en stomipåse. Och det har jag väldigt negativt med... Jag har en faster och har fyra bekanta. Nej. Det hoppas jag att jag slipper. Det är min första tanke..." eller "När jag hade druckit allt det här fick jag så vansinnigt ont i min rygg. Jag har ju ont i ryggen men det här kändes som knivar i ryggen där bak. Så då tänkte jag att jag hade någon tumör eller någonting..., Jag har väldigt konstiga svettbyar..." eller "Har jag en åkomma som åstadkommer mina problem vilket jag har i kolon, som ger en lång och besvärlig förstoppning. Så jag började fundera, har man någonting i tarmen, någonting annat som påverkar detta, är det divertiklar, tumör?"

Det framkommer att patienterna som har tidigare erfarenhet av olika behandlingar och undersökningar brukar jämföra undersökningarna med varandra. En undersökning som upplevs som jobbig och svår lämnar alltid spår.

”Det som jag hade gjort förut, de hade plockat bort kärnen och sedan kontrastmedel och det var mera obehagligt än det här...”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Tre intervjuer genomfördes strax efter undersökningen var klar. Intervjuerna varade i ca 20-30 min p.g.a. patienterna var trötta och hungriga dessutom tyckte vi att detta var en aspekt som påverkade att vi inte fick längre intervjuer. Frågorna som användes var från början strukturerade men under tiden intervju pågick så blev dessa mer och mer öppna och ostrukturerade. Intervju tekniken som användes var bra. Det kom fram flera olika synpunkter på förberedelserna och innan själva undersökningen som vi inte hade tänkt på innan. För den fullskaliga studien kan det vara en förslag att vi försöker prata ännu mera öppet och inte ställa förberedda frågor utan snarare följd frågor. Att intervjuar längre tid patienter kan också vara en fördel för bättre insamling av data. Att intervjuerna varade endast max 30 min beror det på delvis trötta och utmattade patienter och delvis på vår ovana som intervjuare.

Vid analysarbete stötte vi på flera svårigheter. Den första vara att i början av tolkningsprocessen var det svårt att hitta den rätta meningsbärande enheter. Mestadels av meningar som ansågs passande var inte tillräckligt djupa. Däremot vid flera läsning omgångar förstod vi bättre innebörden i meningar som sedan kunde användas i analysen. Tolkningen av intervjumaterialitet förstods bättre ju flera gånger den lästes.

Den andra och stora svårigheten med tolkningen var egen/egna förförståelsen. Man tror sig veta mycket. Vi tolkade texten utifrån egen förståelse och har inte kunnat använda vår förförståelse i en positiv och användbar riktning i början. Vår egen förförståelse var alltför dominant. Om egen förförståelse är alltför stark och dominant då kan forskaren tappa den röda tråden och analysera och tolka patientens erfarenhet och upplevelse utifrån egen resonemang. Efter några omgångar i litteratur läsning om hermeneutisk metod har vi kunnat delvis revidera vår förståelse till den marginal då vi kunde använda den på ett bra och konstruktivt sätt. Tolkningen var genast lättare och roligare. Inspiration i tolkningsprocessen hittades i flera böcker och artiklar men det var vår egen analys och tolkningen som kom fram.

Hermeneutik som metod är en passande metod för den fullskaliga forskningsstudien. Det som gör den passande är att den står i konsensus med vår tolkning av patientens enskilda upplevelse. Deltagare i denna studie är endast kvinnor, två i sjuttioårsåldern och en i femtioårsåldern. För den fullskaliga forskningsstudien blir det viktigt att urval och deltagare är i blandade åldrar och både män och kvinnor. För att kunna få en bra och jämn spridning av ålder och kön kommer deltagarna att väljas även på Östra Sjukhuset där gastroverksamheten från hela SU har sin centrala del. Även intervjufrågor skulle kunna vara mera öppna och

intervju med varje informant bör vara minst 45 min t.o.m. 1 timma lång. Då kan det vara ett bra förslag att intervjutillfälle flyttas till dagen efter undersökningen och att patienten själv bestämmer plats och tid.

Skrivning av hela uppsatsen gjordes av båda författare som fördelades likvärdig. Båda skrev och analyserade lika i alla delar av uppsatsen.

RESULTATDISKUSSION

Vårt resultat av pilotstudien visar att patienterna inte har upplevt DT-kolografi som en jobbig och smärtsam undersökning. Det framkommer att det främst den psykiska oron inför röntgensvaret och diagnosen. Tillfrågade patienter berömmar personalens sätt att jobba. Att informera tydligt och berätta i förväg om hur och vad patienter kommer att känna, bidrar till att skapa trygghet och förtroende för personalen. En patient som råkar ut för att behöva vänta 20 minuter extra för att komma in på undersökningen, upplever detta som stressande. Att patienter uppskattar trevligt bemötande från sjuksköterskan och läkaren, knyter an till Watsons teori om vikten av de mellanmänskliga relationerna och miljön som kan påverka patienternas antingen positiva eller negativa upplevelser. Det professionella förhållningssättet beskrivs av patienterna som något som inger trygghet och som skapar tillit. De positiva egenskaperna hos personalen är vänlighet, ödmjukhet, att vara trygg i sin yrkesroll och att kunna informera i god tid vad som kommer att hända. Vårdsituationer där patienten känner att den är utlämnad och ensam och är tvungen att lita på personalen, beskrivs tydligt i våra intervjuer.

Genom att hjälpa patienten att öka sin kontroll över situationen kan vi uppnå känslan av relativ harmoni oavsett yttre omständigheter. Travelbee (1971) beskriver i sin omvårdnadsteori patienten som en unik individ som har sina egna upplevelser av sjukdom, lidande eller förlust. Eriksson (1994, 1999, 2000a, 2000b) synonymiserar ansningen med vårdandet. Den är viktig i skapandet av en ömsesidig relation mellan sjuksköterskan och patienten där det uppnås en känsla av tillit hos patienten. Trygghet skapas genom att patienten känner kontroll över situationen den befinner sig i, vilket refererar till Wiklund (2003). I den aktuella studiens resultat kommer det fram att patienterna anser att bemötandet från sjuksköterska, har stor betydelse för känslan av trygghet och tillit. Det professionella förhållningssättet handlar om sjuksköterskans kunskap om omsorgen och förmågan att bedöma patientens individuella behov, att kunna förutsäga patientens frågor och berätta i förväg vad som kommer att ske vid undersökningen och skapar en känsla av trygghet och kontroll över situationen hos patienten.

Vårdsituationen där patienten känner att den är utlämnad och ensam och är tvungen att lita på personalen beskrivs tydligt i våra intervjuer. Vårdlidande kan uppstå som följd av patientens upplevelse av brist på kontroll och kränkning, exempelvis genom lång väntetid innan undersökning, vilket framkommer av vår studie. Wiklund (2003) beskriver att om undersökningen blir inställd eller skjuts upp kan patienten uppleva detta som om man fråntas sitt värde. Sjuksköterskan förebygger vårdlidande hos patienten genom att skapa en trygg miljö innan, under och efter undersökningen. Sjuksköterskan ska vara ödmjuk, vänlig och utföra sina arbetsuppgifter på ett professionellt sätt. Sjuksköterskan ska dessutom vara lyhörd för patientens signaler och tyda dessa samt se till att patienten mår bra och känner sig väl

bemött. Travelbee (1971) beskriver att sjuksköterskan kan hjälpa patienten att hitta mening med sitt lidande genom att få patienten att acceptera sin situation. I den aktuella studien kan patientens vårdlidande lindras genom att förklara för patienten att undersökningen är nödvändig för att kunna få behandling för besvären. Genom att motivera varför undersökningen behövs får man patienten att acceptera den.

Vårdrelationen bör bygga på ömsesidighet, patienten ska ha utrymme för att kunna uttrycka sina upplevelser. Watson(1985, 1993) betonar i sin omvårdnadsteori att vårdrelationen alltid ska vara en vårdande relation där sjuksköterskan lär känna patienten som en person och tillämpar sitt professionella förhållningssätt genom att lyssna och förstå hur patienten uppfattar sig själv, och sin värld. Den vårdande relationen i den aktuella studien tillämpas när sjuksköterskan bemöter patienten på ett professionellt sätt, d.v.s. genom att vara ödmjuk, vänlig, visa sina medicinska färdigheter, förutspår patientens undringar och ser och bemöter patientens individuella behov. När sjuksköterskan tillämpar den vårdande relationen förebygger hon vårdlidande. Den holistiska synen på människan som innebär att se på människan som på en helhet av integrerade delar kropp, själ och ande är utgångspunkt i vårdvetenskapen. Deltaman i den aktuella studien visar att patienterna har olika upplevelser som kan bero på fysiska obehag, t.ex. när magen blir uppblåst p.g.a. gastillförsel, eller vid förberedelsen när tarmen renas och laxeringsmedel dricks upp. Det fysiska obehaget ger ett psykiskt lidande och påvisar att kroppen och själen är integrerade delar.

Eide och Eide (2009) beskriver kommunikation som en ömsesidig process där sjuksköterskan måste ha förmågan att förstå patienten, både verbalt och icke-verbalt, för att kunna hjälpa den. Enligt Travelbee (1971) hjälper kommunikationen sjuksköterskan att förstå och möta patientens behov och lindra dennes lidande och känsla av att vara utlämnad. Genom dialogen med patienten får vi patienten att känna sig delaktig och vi uppnår därmed ett ömsesidigt informationsutbyte. Patienterna i den aktuella studien känner sig trygga och väl bemöta när sjuksköterskan kan förutse vad patienten behöver veta. Hon informerar dem i förväg och frågar dem om deras önskemål och kan tolka deras icke-verbala uttryck. Stål anser att informationsutbyte sker genom interaktion som är beroende av hur vi uppträder.

De flesta artiklarna som granskas för att få förståelse av tidigare forskning är av kvantitativ ansats. Jämförelser av olika undersökningsmetoder ger bättre förståelse för att kunna se och förstå vad patientgruppen vid utredningar av kolorektal sjukdom går igenom. Upplevelserna av koloskopi (Jung et al 2008, Akerkar et.al 2001) som en lättare metod som patienterna beskriver beror på att patienten vid denna undersökningsmetod är så pass påverkad av läkemedel och nästan sövd när den undersöks. Därför har många patienter ett svagt minne av att koloskopin inte gör ont. Dessutom upplever patienter som upprepade gånger gör kolonröntgen med dubbelkontrast teknik, mera smärta och obehag än vid DT-kolografin.

De västerländska forskningarna (Svensson et al, 2002) visar motsatta resultat till den koreanska (Jung et al. 2008) och kaliforniska forskningen (Akekar et al. 2001) kring jämförelse av koloskopin och DT-kolografin. I forskning av Svensson et al (2002) och Reuterskiöld et al (2006) redovisas att DT-kolografi är en bra och smärtfri metod som föredras av patienter och används som en säker diagnostisk redskap. Generellt sett är DT-kolografin en metod som används mest och ger inte så stor smärtpåverkan till patienten. Många gånger kan själva sjukdomen i sig ge mera obehag p.g.a. oro inför svaret som patienten bär med sig.

Tidigare studier om genusperspektivet har inte genomförts därför att kvinnliga patienter inte föredrar endoskopiska undersökningar. I studien Menees et.al (2005) undersöks varför kvinnliga patienter föredrar kvinnliga endoskopister. 87 % av kvinnorna skulle kunna vänta mer än 30 dagar för att få göra endoskopisk undersökning med en kvinnlig endoskopist. Kvinnorna har upplevt mera obehag i studien Stuart et.al. (2003) vid koloskopin än vid DT-kolografin, men mera oro vid DT-kolografi än koloskopin än män. Patienterna värderar högt den verbala återkopplingen under och efter undersökningen. Koloskopin hade gett dem den möjligheten i större grad än DT-kolografi varför patienterna föredrar koloskopin Wagner et.al (2007). Wagner et.al (2008) visar att optimal information om koloskopin och DT-kolografi påverkar patientens val innan patienten bestämmer vilken undersökning den föredrar.

SLUTSATS

Denna studie handlar om patientperspektivet och bidrar till ökad kunskap om patientens upplevelse av vårdssituationen i samband med en DT-kolografiundersökning. Det är en av de första studierna som ingår i omvårdnadsforskningen inom radiologin och tillför ny kunskap inom området. Begreppen som kom fram ur studiens resultat, *Trygghet* och *Oro* är något som vi som vårdpersonal bör ha fokus på vid möte med patienterna. Deras upplevelse av undersökningen är individuell och beror på deras kunskap inom området, tidigare erfarenheter inom vården. Trygghet baseras på en bra information och bemötande. Oro skapas av rädsla för det okända, negativa tankar och funderingar. Det kom fram ur studiens resultat att vi som vårdpersonal kan dämpa patientens oro och lidande genom att se den individen, skapa tillit och ge bra information, bemötande och trygghet. För att kunna utöka förståelse för den individuella upplevelsen av DT-kolografi behövs flera kvalitativa studier. Denna studie är en pilotstudie och vi planerar att fortsätta med intervjuerna i den fullskaliga studien. Förslag till fortsatt forskning är att även göra studier om vårdrelationen vid en DT-kolografiundersökning ur sjuksköterskans perspektiv.

REFERENSER

- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur: Lund
- Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*, Stockholm, Natur och kultur.
- Andersson, M.& Ignjatic, S. (1985). *Integritet-ett lagstadgat begrepp*. Uppsala.
- Akerkar G., Yee J., Hung R. & Mc Quaid K. (2001). Patient experience and preferences toward colon cancer screening: a comparison of virtual colonoscopy and conventional colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 54, (3) 310-315
- Aspelin, P. & Pettersson, H. (2008) *Radiologi*. Studentlitteratur. Pozkal. Poland.
- Bengtsson, J. (1999). *Med livsvärlden som grund*. Studentlitteratur, Lund.
- Berg, L. (2006). *Vårdande relation i dagliga möten*. Sahlgrenska Akademin, Göteborg.
- Birkler, J.(2008). *Vetenskapsteori*. Liber AB, Ljubljana
- Björvell, H., Östlinder, G. (1989). *Perspektiv i omvårdnadsarbetet*: Utbildningsradio, Stockholm.
- Bruce, A.& Lind, E. (1991). *Om vård, begrepp och mening*. Natur och Kultur, Lund.
- Buber, M. (1990). *Jag och du*. Dualis förlag, Falun.
- Carlsson, B. (1984). *Grundläggande forskningsmetodik för medicin och beteendevetenskap*: Almqvist & Wiksell, Stockholm.
- Dahlberg. K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Studentlitteratur, Lund
- Eide, H. & Eide, T.(2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation.2:a uppl*. Studentlitteratur AB. Lund.
- Eriksson, K. (1986). *Vårdteknologi*. Vårdserie Almqvist & Wiksell, Stockholm.
- Eriksson, K.(1987). *Vårdandets idé*. Almqvist& Wiksell, Stockholm.
- Eriksson, K.(1994). *Den lidande Människan*. Liber Utbildning, Arlöv.
- Eriksson, K. (2000a). *Introduktion till Vårdvetenskap*. Vårdserie, Almqvis&wiksell
- Eriksson, K. (2000b). *Vårdprocessen*. LiberAB, Stockholm
- Eriksson. K.&Lindström. U.Å. (RED). (2003). *GryningII, Klinisk vårdvetenskap*. Åbo Akademi, Vasa

Eriksson, K., Nordman T. & Myllymäki I. (1999). *Den trojanska hästen*. Åbo Akademi, Vasa

Eriksson, K. & Nordman, T. (2004). *Den trojanska hästen II*. Åbo Akademi, Vasa.

Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden, *Vård i Norden* 4. 2003. Publ. nr. 70, årgång 23.

Flygare E. (2008) kap. 7. *Sociala interaktionen och transaktionella behov*. I Stål R.(red.) (2008) *Vårdkommunikation*, Studentlitteratur. Lund. S. 125, S. 134, S. 140.

Förberedelser vid Datortomografi av tjocktarmen, Laxabon, SU Blad, Patientinformation

Forskningsetik www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml tillgängligt 090428

Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning
www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf tillgängligt 090428

ICN Etiska koden för sjuksköterskor www.icn.ch/icncodeswedish.pdf tillgängligt 090428

Jepsson A. (2006). Kolorektal cancer -krav på samnordisk studie om koloskopiscreeningens värde. *Läkartidningen*, 103, (29-27), 2064-2066

Johansson M., Radovanov Z., & Razzazian R., (2002). CT Colongrafi. *Röret vol. 4*

Jung, S. H., Dong, K.P, Min, J.K., Sang, K.Y., Kwang, A.K., Yang, S.K., Yu, K.K. & Ju, H.K. (2008) Comparison of Patient Acceptance and Preferences Between CT Colonography and Conventional colonoscopy in Colorectal Cancer Screening. *Korean J Intern Med*, 24, 43-47.

Kontrastmedel www.initios.com/index.cfm/sv/kontrastmedel/roentgen/iomeron/ tillgängligt 090428

Kvale, S.,(1997). *Den kvalitativa forsknings intervjun*. Studentlitteratur: Lund

Larsson, I., Palm, L., Rahle Hasselbalch, L.(2008). *Patient kommunikation i praktiken-information, dialog, delaktighet*. Norstedts akademiska förlag, Falun

Larsson, I., Palm, L., Rahle Hasselbalch, L.(2008). *Patient kommunikation i praktiken-information, dialog, delaktighet*. Norstedts akademiska förlag, Falun

Lawrence, S.K., Koch, J., Yee, J., Halvorsen, R., Cello, J.P., Rockey, D.C. (2001) Comparison of patients experiences during imaging tests of the kolon. *Gastrointestinal Endoscopy*, 54, 67-74.

Lindskog B.I. (1999). Medicinsk Terminologi. Nordiska Bokhandelns förlag, Lund.

Lindseth, A., & Norberg, A., (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 145-153.

Malmström, S., Györki, S., och Sjögren, A. (1995). *Bonniers svenska ordbok*. Albert Bonniers Förlag AB: Stockholm.

Menees. B.S., Inadomi, M.J., Korsnes S., & Eltha, H.G.(2005) Women patients preferens for women physicians is a barrier to kolon cancer screening. *Gastrointestinal Endoscopy*, 62, (2) 219-223.

Nyström. M. (2008) *Hermeneutik* Granskär M, Höglund B. (red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård*. Studentlitteratur, Lund. S.125.

Reggea, D., Neri, e G. (2008). Role of DTkolonography in inflammatory bowel disease. *European Journal of Radiology*, 69, 404- 408.

Rehnsfeldt, M. A., & Rehnsfeldt, A. (2003), *Vittnesbördet som etisk grund i vårdande*. I Eriksson K., & Lindström , U.Å. (red.) *Gryningen II Klinisk vårdvetenskap*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa. S. 109.

Reuterskiöld, MH, Larsson, A, Svensson, E, Kilander, A, Stotzer, P-O & Hellström, M. (2006) Diagnostic Performance of Computed Tomography Colonography in Symptomatic Patients and in Patients With increased Risk for Colorectal Disease. *Acta Radiologica*, 47, 888-898.

Sinvonen, K. & Kasén, A. (2003). *Enheten människa kropp, själ och ande*. I Eriksson K., & Lindström, U. Å. (red.) *Gryningen II Klinisk vårdvetenskap*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa. S. 75.

Socialstyrelsen (2008); Patientsäkerhet risk studie. *Tillförsel av stor mängd gas i tarmen Vid CT colon en risk för vårdskada*. ISSN, 1654-7861.

Stevenson, G. (2008) Colon imaging in radiology departments in 2008: Goodbye to the routine double contrast barium enema. *Canadian Association of Radiologists journal*, 59, (4) 174- 182.

Starrin B och Renck B. (1996). Datinsamling- på fältet, Den kvalitativa intervjun. I Svensson P-G, Starrin B, (red.), *Kvalitativa studier i teori och praktik*, Studentlitteratur, Lund

Stål R. (2008) *kap.1. Vårdkommunikation och dess fokus*, I Stål R. (red) *Vårdkommunikation*. Studentlitteratur. Lund. S. 15.

Svensson, M. H., Svensson, E., Larsson, A. & Hellström, M. (2002) Patient Acceptance of DTkolonography and Conventional kolonoscopy: Prospective Comparative Study in Patients with or Suspected of Having Colorectal Disease. *Radiology*, 222 , (3), 37-345.

Strålsäkerhetsmyndigeten SSM

www.stralsakerhetsmyndigheten.se/Global/Publikationer/Rapport/Stralskydd/2008/ssi-rapp-2008-02.pdf. 2008:02 Patientstråldoser vid röntgendiagnostik i Sverige – 1999 och 2006.

Förberedelser vid Datortomografi av tjocktarmen, Laxabon, SU Blad, Patientinformation,

SU Metodbok för UroGastroKärl, Kolonundersökningar

Svensk Förening för röntgensjuksköterskor. Yrkesetisk kod för röntgensjuksköterskor
<http://www.swedrad.se/images/stories/aktuellt/2009/Yrkesetiskkod%20svensk.pdf>

Travebee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia. Davis. Norsk utgave. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo. Universitetsforlaget 1999.

Taylor, S.A., Halligan, S., Saunders, B. P., Bassett, P., Vance, M & Bartram, C. I. (2003) Acceptance by Patients of Multidetector DTkolonography Compared with Barium Enema Examinations, Flexible Sigmoidoscopy and kolonoscopy. *AJR*, 181, 913-921.

Wagner, C. V., Knight, K., Halligan, S., Atkin, W., Lilford, R., Morton, D & Wardle, J. (2007) Patient experiences of kolonoscopy, barium enema and CT Colonography: a qualitative study. *The British Journal of Radiology*, 82, 13-19.

Wagner, C.V., Halligan, S., Atkin, W.S., Lilford, R.J., Morton, D., Wardle, J. (2008) Choosing between DTkolonography and kolonoscopy in the diagnostic context: a qualitative study of influences on patient preferences: *Health Expectations*, 12, 18-26.

Watson J. (1985) *Nursing. The Philosophy and Since of Caring*. Colorado: University Press.

Watson J. (1993). *En teori för omvårdnad ,omvårdnad och humanvetenskap*. Studentlitteratur: Lund.

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

Ödman P-J. (2007). *Tolkning, förståelse, vetande. Hermeneutik i teori och praktik*. Nordsteds Akadeemiska Förlag. Finland

BILAGA 1:



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningsinformation

Studiens bakgrund

Datortomografi undersökningen av tjocktarmen är en relativt ny metod för att ställa diagnos. Genom tidigare forskning har teknik och diagnostik utvecklats, men det saknas en samlad vetenskaplig kunskap om patienternas upplevelse av denna röntgenundersökning. För att kunna få ökad vetenskaplig kunskap och ökad förståelse görs denna studie med syftet att beskriva patienters upplevelse av datortomografiundersökningen av tjocktarmen.

Studiens genomförande

Om du väljer att delta i denna studie kommer vi att intervjua dig i samband med undersökningen. Intervjun om ca 30 min kommer att äga rum på röntgenavdelningen där du berättar om din egen upplevelse av hela undersökningen. Hela intervjun spelas in på en bandspelare varefter innehållet skrivs ned och analyseras. Resultatet av intervjun skall presenteras i en uppsats vid Göteborgs Universitet. I presentationen kommer inte enskilda personer att kunna identifieras. Om du vill ta en del av resultatet kan du kontakta någon av nedanstående personer.

Personuppgifter från studien kommer att lagras i ett register och databehandlas. De uppgifterna som du lämnar i studien kommer obehöriga inte att få tillgång till. Material och kassetband kommer att förvaras i ett låst skåp. Hantering av dina personuppgifter regleras av personuppgiftslagen (SFS1998204). Deltagandet i studien är frivilligt och du har rätt att när som helst, utan särskild förklaring avbryta ditt deltagande utan att din vård påverkas. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Ansvariga för studien:

Leg. Röntgensjuksköterska Mirjana Kustrimovic,
mirjana.kustrimovic@vgregion.se
tel: 0733518559

Leg. Röntgensjuksköterska Merima Becic
merima.becic@vgregion.se
tel:073039771

Handledare: Universitetslektor vid Göteborgs Universitet
Solveig Lundgren
solveig.lundgren@gu.se

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet,
Box 457, 40530 Göteborg

Samtycke

Härmed samtycker jag att delta i studien om upplevelsen vid datortomografi undersökningen av tjocktarmen. Jag har också fått muntlig information och fått möjlighet att ställa frågor och fått dessa besvarade. Jag kan när som helst avbryta mitt deltagande utan att behöva ange någon orsak.

Ort och datum:

Namn:

Telefon:

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet,
Box 457, 40530 Göteborg

BILAGA 2:

INTERVJU

Patientens upplevelse av vårdssituation vid en CTC undersökning

1. Berätta om hur du upplevde undersökningen...
2. Var det något som du upplevde som obehagligt. Berätta?
3. Var den informationen du fick vid undersökningen tillräcklig? Var det något som saknades. Berätta?
4. Hur blev du bemött av sjuksköterskor under undersökningen?
5. Hur blev du bemött av läkaren?
6. Kände du dig trygg. Vad var det som fick dig att känna trygg?
7. Upplevde att du kunde fråga, ställa fråga till personalen?
8. Upplevde du att personalen lyssnade?