

Patienters upplevelser av epiduralanestesi i samband med kirurgi

En intervjustudie av **tidig** perioperativ uppstart av epiduralanestesi

FÖRFATTARE	Fredrik Furnander Per Widlund
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesijukvård/ Examensarbete i omvårdnad - OM5320 VT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lars-Olof Persson
EXAMINATOR	Mona Ringdal

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



FÖRORD

"Le bon Dieu est dans le detail"

G. Flaubert, 1821-1880

Förloppet att konkretisera vår studie från en initial idé till färdigt resultat har varit omtumlande, utmanande och framför allt utvecklande. Frukten av mödan är ett examensarbete som inte hade varit möjligt utan stödet från flertalet personer.

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Lars-Olof Persson som guidat oss genom de akademiska farvattnen. Likaså vill vi uppmärksamma all involverad vårdpersonal på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg för deras assistans och engagemang i samband med genomförandet av studien.

Till sist, men definitivt inte minst, tackar vi de personer som valde att medverka i vår studie. Ni lät oss ta del av era upplevelser, tankar och känslor vilket vi är er evigt tacksamma för. Utan er hade vårt examensarbete inte varit möjligt.

Göteborg den 16 maj 2013

Fredrik & Per

Titel (svensk):	Patienters upplevelser av epiduralanestesi i samband med kirurgi – En intervjustudie av tidig perioperativ uppstart av epiduralanestesi
Titel (engelsk):	Patients' experiences of epidural anaesthesia in connection to surgery – An interview study on earlier perioperative startup of the epidural anaesthesia
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesijukvård/Examensarbete i omvårdnad
Kursbeteckning:	OM5320
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	38 sidor
Författare:	Fredrik Furnander Per Widlund
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Mona Ringdal

SAMMANFATTNING

Inledning: Fler och fler patienter i Sverige erhåller epiduralanestesi (EDA) i samband med operation. Att vårda patienter med akut smärta är ett ansvarsområde som är tätt förankrat i anestesijuksköterskans yrkesroll. Om anestesijuksköterskans omvårdnad av patienter som behandlas med EDA skall kunna utvecklas så behövs utökad kunskap och förståelse kring den enskilde individens upplevelser.

Syfte: Att beskriva patienters upplevelser av att erhålla epiduralanestesi baserat på en tidig perioperativ uppstart av EDA.

Metod: Utifrån ett kvalitativt synsätt genomföra halvstrukturerade intervjuer med patienter som i anknytning med buk- alternativt gynekologisk kirurgi erhållit EDA. Forskningspersonernas redogörelser kommer att transkriberas och därefter analyseras med kvalitativ innehållsanalys. I syfte att pröva den valda metoden för datainsamling samt analysmodellen genomfördes en förberedande pilotstudie. Tre forskningspersoner som erhöll EDA i samband med kirurgiskt ingrepp vid Operation 4 (Sahlgrenska Universitetssjukhuset) intervjuades postoperativt om sina upplevelser. Det insamlade materialet i form av personliga redogörelser från forskningspersonerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Ur analysen av de transkriberade intervjuerna framkom fyra kategorier som beskriver patienternas upplevelser av EDA: ”Att vara förberedd”, ”En känsla av att vara omhändertagen”, ”Att våga släppa på kontrollen” och ”Den kroppsliga inverkan”.

Diskussion: Pilotstudiens resultat bidrog till en ökad insikt i den enskilde patientens upplevelser kring EDA. Författarna drar dock slutsatsen att vidare forskning är nödvändig för att belysa frågeställningen utifrån ett vidare perspektiv av patienterfarenheter. En fullskalig studie skulle även leda till att den anesthesiologiska omvårdnaden blev än mer evidensbaserad, vilket är en grundstomme inom den svenska sjukvården.

ABSTRACT

Introduction: An increasing number of patients in Sweden receive epidural anaesthesia (EDA) in connection to surgery. Caring for patients with acute pain is a responsibility that is strongly established within the profession of the nurse anaesthetist. If the care provided by the nurse anaesthetist for patients who receive epidural anaesthesia is to evolve then further insight and knowledge is required regarding the individual's experience.

Aim: To describe patients' experiences in receiving epidural anaesthesia based on an earlier perioperative start-up of the EDA.

Method: Based on a qualitative approach, the aim is to conduct semi-structured interviews with patients who receive EDA in connection to abdominal or gynaecological surgery. Research subjects' statements in the context of the interviews will be transcribed and then analysed using qualitative content analysis. In order to evaluate the chosen method regarding data collection and analysis model an exploratory pilot study was conducted. Three research subjects who received EDA in connection with surgery at Operation 4 (Sahlgrenska University hospital) were interviewed postoperatively about their experiences. The collected material in the form of personal accounts from the research subjects was analysed using qualitative content analysis.

Result: The analysis of the transcribed interviews revealed four categories describing patients' experiences in receiving EDA: "Being prepared", "A feeling of being taken care of", "Having the courage to let go of control" and "The physical impact".

Discussion: The findings in the pilot study contributed to a greater understanding of the individual patient's experiences of EDA. However the authors conclude that further research is needed in order to shed further light on the subject. A full-scale study would also contribute to the nurse anaesthetist care becoming even more evidence-based, which is a fundamental foundation in the Swedish health care.

Keywords: epidural anaesthesia, patients' experiences, nurse anaesthesia, postoperative pain

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
ANESTESISJUKSKÖTERSANS ROLL.....	2
<i>Kompetensbeskrivning</i>	2
<i>Smärtbehandling</i>	2
EPIDURALANESTESI.....	3
<i>Anatomi</i>	3
<i>Punktionsteknik</i>	3
<i>Farmakologiska effekter av EDA</i>	4
<i>Tidpunkt för uppstart av EDA</i>	4
SMÄRTA.....	5
<i>Smärtfysiologi</i>	5
<i>Patientens upplevelse av smärta</i>	5
<i>Postoperativ smärta</i>	6
VÅRDVETENSKAPLIGA ASPEKTER.....	6
<i>Människokroppen – den komplexa enheten</i>	6
<i>Livsvärld</i>	8
<i>Lidandet</i>	8
TIDIGARE FORSKNING.....	9
<i>EDA jämfört med andra analgetiska alternativ</i>	9
<i>Tidig uppstart av EDA perioperativt</i>	11
PROBLEMFÖRMULERING	12
SYFTE	13
METOD	13
URVAL.....	13
DATAINSAMLING.....	14
ANALYS.....	15
PILOTSTUDIEN.....	16
<i>Patienturval</i>	16
<i>Datainsamling</i>	16
<i>Analys</i>	16
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	17
<i>Vägledande principer</i>	17
<i>Risk- och nyttoanalys</i>	18
RESULTAT	19
ATT VARA FÖRBEREDD.....	19
EN KÄNSLA AV ATT VARA OMHÄNDERTAGEN.....	20
ATT VÅGA SLÄPPA KONTROLLEN.....	21
DEN KROPPSLIGA INVERKAN.....	22
DISKUSSION	23
METODDISKUSSION.....	23
<i>Syftet</i>	23
<i>Pilotstudien</i>	23
<i>Datainsamlingen</i>	25
<i>Analysen</i>	25
RESULTATDISKUSSION.....	27
<i>Att vara förberedd</i>	27
<i>En känsla av att vara omhändertagen</i>	28
<i>Att våga släppa kontrollen</i>	29
<i>Den kroppsliga inverkan</i>	29
SLUTSATS.....	30

ARBETSFÖRDELNING.....	31
REFERENSER	32
BILAGOR	
BILAGA I: FORSKNINGSPERSONSINFORMATION	
BILAGA II: INFORMATIONSBREV TILL VÅRD- OCH ENHETSCHEFER	
BILAGA III: INTERVJUGUIDE	

INLEDNING

Det spekuleras kring huruvida födseln av den epidurala anestesi var en slumpartad händelse eller ej. Oavsett så råder konsensus kring dess betydelse för den postoperativa smärtlindringen av patienten. Historien tar sin början i nådens år 1885 då den amerikanske neurologen Leonard Corning (1855-1923) publicerade sin studie som avhandlade neuraxial anestesi. De kliniska försöken innebar att Corning injicerade en kokainbaserad lösning mellan elfte och tolfte ryggkotan på en försöksperson. Att studiens resultat inte redovisade fynd av cerebrospinalvätska i samband med injiceringen föranledde till spekulationer om att det i själva verket rörde sig om den första epidurala anestesi. År 1901 genomförde två forskare uppföljande individuella studier med tydlig avsikt att undersöka effekterna av EDA: Jean Sicard (1872-1929) och Fernard Cathelin (1873-1945). Från det datumet och framåt har behandlingsmetoden varit ett framstående alternativ för att behandla patienters värk såväl peri- som postoperativt (Hamilton & Baskett, 2000).

I Sverige genomförs årligen över 1,1 miljoner kirurgiska ingrepp. Beroende på ingreppets omfattning kan den efterföljande postoperativa tiden komma att präglas av smärta för den enskilde patienten. I dagsläget har sjukvården fler verktyg till sitt förfogande än någonsin tidigare när det gäller att behandla och lindra patientens värk. Nya analgetiska preparat har tagits fram och administrationsmetoder har utvecklats. Den medicinska evolutionen har bland annat lett till en ökad frekvens av patienter som behandlas med EDA (Werner, 2010). Utifrån ett medicinskt perspektiv finns idag omfattande kunskap om EDA. Men vilken insikt och förståelse har sjukvården för den enskilde patientens upplevelser?

”Smärta och smärtlindring kan enbart studeras hos människan, som är den enda varelse som språkligt kan förmedla upplevelsens sensoriska och emotionella aspekter” (Werner, 2010, s. 15).

Att vårda patienter som lider av akut smärta, vilket inkluderar postoperativ smärtbehandling, är ett ansvarsområde som är tätt förankrat i anestesisyksköterskans yrkesroll. I och med att fler och fler patienter erhåller EDA så ställs ökade krav på kunskap och förståelse. Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg har

operationsenheter valt att använda sig av en tidig uppstart av EDA under pågående operation. Författarna till den föreliggande studien har sedan tidigare klinisk erfarenhet att vårda postoperativa patienter som erhåller EDA. Då Sahlgrenska Universitetssjukhuset uttryckte en önskan om att få en djupare insikt i patienters upplevelser av EDA väcktes intresse hos författarna att genomföra en studie genom att vända oss till den enskilde människan och vederbörandes upplevelser.

BAKGRUND

ANESTESISJUKSKÖTERSANS ROLL

Kompetensbeskrivning

Inom den svenska sjukvården är anestesijuksköterskan verksam på flera arbetsfält när det gäller den perioperativa omvårdnaden av patienten: från operationssalen till smärtbehandlingsenheten. Tillsammans med Svensk sjuksköterskeförening har Riksföreningen för anestesi och intensivvård (2012) tagit fram styrdokumentet *Kompetensbeskrivning – legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård*. I dokumentet specificeras anestesijuksköterskans roll i omvårdnaden av den operativa patienten:

”Anestesiologisk omvårdnad utförs av anestesijuksköterskan och utgår från den enskilde patientens resurser och behov. Anestesijuksköterskan ska inge patienten lugn, trygghet och förvisning om att han/hon får professionell omvårdnad” (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, 2012, s. 6).

Smärtbehandling

Anestesijuksköterskans roll i omvårdnaden av den perioperativa patienten kan definieras utifrån flertalet olika insatser, två av dessa är administreringen av anestetika samt smärtlindrande behandling. Att förebygga tillika lindra patientens smärta är historiskt sett ett av de största inslagen i anestesijuksköterskans omvårdnadsarbete. Redan under det amerikanska inbördeskriget tillhandahöll sjuksköterskor anestesiologisk omvårdnad vilket inkluderade smärtlindring av skadade soldater (Schreiber & MacDonald, 2009). Den förebyggande tillika smärtlindrande behandlingen av patienten blir även en moralisk utgångspunkt för anestesijuksköterskans arbetsuppgifter. Patientens smärtyttring vittnar om individens utsatthet och behov av en ställföreträdare, en representant som agerar stöd

och för talan gentemot omgivningen. Anestesisjuksköterskans insatser inom smärtlindring har således sin utgångspunkt inte bara i den rent medicinska behandlingen utan även i bejakandet av den enskilde patientens yttringar (Nortvedt, 2005).

EPIDURALANESTESI

Anatomi

Människokroppens ryggrad består av flertalet kotor som kategoriseras in i sektioner enligt följande ordning: 7 cervikal-, 12 torakal-, 5 lumbal-, 5 sakral- samt 4 svanskotor.

Sakralkotorna växer med tiden ihop och bildar ett sammanhängande parti (os sacrum), processen sker även för svanskotorna som tillsammans bildar os coccyx. Den enskilde ryggkotan kan delas upp i kropp samt utskjutande båge från kroppens baksida. Kotbågen omger kotkanalen vilket är ett skyddande hålrum som huserar ryggmärgen (medulla spinalis). Medulla spinalis är omgärdad av flera skyddande lager ryggmärgshinnor, det yttersta lagret benämns dura mater eller den hårda hinnan medan det innersta lagret benämns pia mater alternativt den mjuka hinnan (Wattwil, 2005).

Punktionsteknik

Operativ smärtlindring som administreras via epiduralrummet används vid flertalet kirurgiska ingrepp vilka har sin utgångspunkt i den nedre delen av buken. Exempel på målorgan är urinblåsan, rektum, sigmoideum samt genitalier (Bodelsson, 2005; Wattwil, 2005; Werner, 2010; Øvereng, 2005). Begreppet epiduralanestesi (EDA) avser tillförseln av lokalanestesimedel samt smärtlindrande farmaka genom en tunn kateter vars spets placerats inne i epiduralrummet. Via en så kallad Touhynål inläggs EDA-katetern genom att nålen perforerar ligamentum flavum, efter att epiduralrummet identifierats förs katetern in ytterligare tre till fyra centimeter. **Touhynålen backas ut, en testdos av lokalanestesimedel administreras via katetern.** Avslutningsvis förankras katetern med tejp mot huden vid instickspunkten på patientens rygg. Beroende på det kirurgiska ingreppet väljs vilken nivå i epiduralrummet som EDA-katetern skall anläggas. Vid urologiska alternativt gynekologiska operationer sker inlägget på lumbal nivå, vid operationer i buk eller thorax placeras EDA-kateterns spets på en torakal nivå (Wattwil, 2005; Werner, 2010).

Farmakologiska effekter av EDA

Werner (2010) beskriver den fysiologiska påverkan hos patienten som sker till följd av att analgetika tillförts epiduralt. Generellt sker de farmakologiska effekterna enligt nedanstående:

1. Vasodilation. Patienten upplever en ökad känsla av värme i det bedövade området på kroppen.
2. Analgesi. Den tidigare upplevda värmekänslan börjar avta.
3. Nedsatt sensitivitet vid beröring av det bedövade området.

I samband med att analgetikan tillförs i epiduralrummet tenderar en liten mängd att diffundera över i cerebrospinalvätskan. När läkemedlet diffunderar över blir resultatet att det uppstår en sympatikusblockerings vilket visar sig som sjunkande värden gällande blodtryck och/eller hjärtfrekvens. I samband med att patienten erhåller EDA är det därför av yttersta vikt att anestesipersonal noggrant övervakar patientens vitalparametrar (Wattwil, 2005; Werner, 2010; Øvereng, 2005).

Tidpunkt för uppstart av EDA

Att lindra patienters postoperativa smärta med EDA klassificeras som en avancerad behandlingsmetod. Därmed är det den patientansvarige anesthesiologen som har det högsta ansvaret gällande rutiner och ordinationer som berör behandlingen. Detta inkluderar ordinationer till anestesipersonal gällande exempelvis när uppstarten av EDA-infusionen skall ske perioperativt. Utifrån ett organisatoriskt plan utformas lokala behandlingsrutiner för respektive kirurgiskt ingrepp. Detta gör att tidpunkten för uppstart av EDA kan variera utifrån såväl typ av operation som den enskilda patientens förutsättningar (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, 2011).

Vid operationsavdelning 4 på Sahlgrenska Universitetssjukhuset har perioperativ uppstart av EDA tidigare skett cirka en timme innan operationen beräknas vara avslutad. En tidig uppstart av EDA perioperativt definieras utifrån att infusionen påbörjas cirka en timme efter operationsstart. Metoden används vid operationer som beräknas pågå fyra timmar eller längre. En förutsättning är att förhållandena är goda för att kunna bevara patienten hemodynamiskt stabil under ingreppet. Det är anesthesiologen som fattar beslut om uppstart av EDA efter samråd med operatören (A. Ebeling, personlig kommunikation, 3:e juni, 2013).

SMÄRTA

Smärtfysiologi

Känslan av smärta är i många avseenden ett mycket komplext tillstånd. Det kan attribueras flertalet komponenter: sensoriska, emotionella samt kognitiva. Det förklarar varför det är problematiskt att tillskriva smärta en entydig förklaring avseende symtom och känsloyttringar hos patienten. Den mänskliga smärtfysiologin och de processer som är aktiva i förmedlingen av smärtimpulser ingår i det nociceptiva systemet. Det nociceptiva systemet består av specialiserade smärtreceptorer vars syfte är att upptäcka vävnadsskada. Vid receptorerna återfinns nervceller vars uppgift är att överföra smärtimpulserna från vävnadsskadan till ryggmärgen. Impulsen leds sedan till omkopplingsstationen i CNS; talamus. Talamus genererar aktivering av bland annat det limbiska systemet vilket i sin tur ansvarar för den emotionella aspekten av smärtekänslan (Werner, 2010).

De nociceptiva receptorerna återfinns i all somatisk vävnad som hud, muskel, ben och ledhinnor. Receptorerna finns även i större delen av visceral vävnad i kroppen. Undantaget är vissa organ som exempelvis hjärna, njurar och lever som innehåller få eller inga nociceptorer alls. Gällande de nociceptiva receptorerna i somatisk vävnad så återfinns de i nervändslut tillhörande antingen A-delta- alternativt C-nervfibrer. A-deltafibrerna är beklädda med myelin och genererar därför en snabb signalöverföring till talamus. Den snabba signalöverföringen resulterar i att patienten känner en plötsligt påkommen tillika intensiv smärta. C-fibrerna i sin tur saknar myelin med en långsammare signalöverföring till följd. Aktiveringen av C-fibrerna upplevs som en molande diffus smärta som kan kopplas till långvariga sjukdomstillstånd (Arnér & Gordh, 2005; Werner, 2010; Øvereng, 2005). Från nociceptorn via fibrer når således smärtsignalen bakhornen vid ryggmärgen. Överföringen och bearbetningen av signalen till den slutprodukt som uppfattas som smärta av mekanismer i CNS benämns som transmission. Exakt hur CNS bearbetar smärtsignaler i förhållande till transmission är i dagsläget till stor del okänt (Werner, 2010).

Patientens upplevelse av smärta

Begreppet smärta har, inom såväl vårdvetenskaplig som medicinsk litteratur, flertalet beskrivningar. En vanligt förekommande definition har tagits fram av den globalt

verksamma föreningen International Association for the Study of Pain (IASP), Øvereng (2005) redogör för definitionen enligt följande:

”Smärta är en obehaglig sensorisk och/ eller emotionell upplevelse som orsakas av faktisk eller botande vävnadsskada, eller som av patienten tolkas och beskrivs i termer av sådan skada” (s. 234).

En annan definition som haft stor genomslagskraft för att öka förståelsen för patientens smärtupplevelse har lagts fram av Margo McCaffery. Definition betonar det subjektiva, om patienten nämner att vederbörande upplever smärta så innebär det att smärta existerar i situationen även om vårdgivaren inte delar samma uppfattning (Arnér & Gordh, 2005; Carr & Thomas, 1997, Øvereng, 2005). Enligt Øvereng (2005) kan patientens upplevelse av smärta delas in i två beståndsdelar: den emotionella samt den sensoriska. Den sensoriska aspekten av förnimmelsen är knutet till begreppet smärtröskel och syftar till den lägsta nivån av stimuli som en patient upplever som smärtyttring. Den emotionella aspekten speglar tidigare upplevelser vilket inkluderar smärttolerans.

Postoperativ smärta

Den postoperativa smärtan är en kombination av den fysiska vävnadsskadan efter kirurgisk inverkan samt eventuell rädsla eller ångest hos den patient som direkt uttrycker att vederbörande upplever smärta (Øvereng, 2005). Ångest har i sin tur en negativ påverkan på patientens smärtröskel vilket kan härledas till flertalet bakomliggande faktorer. Exempelvis kan patienter uppvisa ett ökat behov av information i den preoperativa fasen av omvårdnaden. Otillräcklig upplysning från exempelvis anestesijuksköterskan kan leda till en ökad ångestnivå hos personen som skall genomgå kirurgi vilket kan resultera i ökad nivå av smärta postoperativt. En patient som innan operation erhållit individuellt anpassad information om såväl det kirurgiska ingreppet som efterföljande vård har mycket lättare att hantera den postoperativa smärtan (Arnér & Gordh, 2005; Carr, Thomas & Wilson-Barnet, 2005; Øvereng, 2005).

VÅRDVETENSKAPLIGA ASPEKTER

Människokroppen – den komplexa enheten

Den vårdvetenskapliga tolkningen av begreppet ”människa” har sin grund i humanvetenskapen. En mångdimensionell bild av människan lyfts fram där hon beskrivs

som en komplex enhet formad av beståndsdelarna kropp, själ samt ande (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003; Lindwall & von Post, 2008; Wiklund, 2003). Även om vårdvetenskapen redogör för hur människan kan beskådas utifrån skilda perspektiv innebär det inte ett uttryck för reduktionism. Istället tjänar begreppen kropp, själ och ande syftet att skapa en ökad teoretisk förståelse för den komplexitet som det innebär att vara en unik individ (Wiklund, 2003). *"Människan som människa är till sin natur en enhet som aldrig kan delas upp i olika dimensioner, eller reduceras till någon av dessa dimensioner"* (Wiklund, 2003, s. 41).

Det är genom sin kropp som den enskilde individen förhåller sig gentemot sin omvärld. Utifrån ett fenomenologiskt åskådningsperspektiv beskrivs den mänskliga kroppen som något mer än ett fysiskt skal bestående av enbart kött och blod. Det är vår identitet, det unika som särskiljer oss från övriga individer och de objekt vi interagerar med i vardagen. Men vår kropp förtäljer även en levnadshistoria om hur människan framlevt sitt liv samt de erfarenheter som hon bär med sig. Den franske filosofen Merleau-Ponty beskriver i sina teorier kring den subjektiva kroppen hur kopplingen mellan människan och hennes fysiska väsen kan tituleras den levda kroppen (Lindwall & von Post, 2008; Wiklund, 2003).

Enligt Wiklund (2003) så är den mänskliga kroppen vårt språkrör gentemot omgivningen, det är ett sätt att fastställa sin identitet och roll i livet: *"Kroppen ger oss ett levande förhållande till tid och rum, eftersom vi så att säga »är vår kropp«"* (s. 48). Att vara sin kropp är en relation som kan ses som en självklarhet, det är helt enkelt en naturlig del av tillvaron som människan i ett tillstånd av hälsa inte reflekterar över. Det är först när individen drabbas av sjukdom som vederbörande upplever en ökad självmedvetenhet om den egna kroppen. Ett tillstånd av sjukdom gör att patientens självbild förändras vilket i sin tur förändrar hennes relation till omvärlden. Det som en gång varit självklart och förutsättningslöst har nu istället vänt sig emot människan (Dahlberg et al., 2003; Lindwall & von Post, 2008; Morse, Bottorff & Hutchinson, 1994; Wiklund, 2003). Människans identitet gentemot såväl sig själv som omgivningen genomgår en transformation eftersom sjukdomstillståndet påverkar samtliga perspektiv av den komplexa enheten. Inom perioperativ vård innebär den förändrade kroppsuppfattningen hos patienten att den ansvarige anestesijuksköterskan behöver vidga sin syn på människan förbi ett rent

fysiologiskt skal. Istället bör hon fokusera på patientens egen upplevelse av sin kropp i ett tillstånd av lidande (Lindwall & von Post, 2008).

Livsvärld

Enligt Dahlberg et al. (2003) så är människan och hennes värld inte två ting som är avskilda från varandra. Den levda kroppen rör sig genom livet där gestalten blir ett säte för de samlade upplevelserna och intrycken. Kopplingen mellan kropp och omgivning benämns inom den fenomenologiska filosofin som livsvärld. Ett livsvärldsperspektiv innebär att uppmärksamma medmänniskan. *"Genom livsvärldsteorin betonas människors upplevelser och erfarenheter"* (s. 24). Inom den kliniska vårdvetenskapen innebär livsvärldsperspektivet att vårdaren uppmärksammar och lyfter fram patientens känslor och tankegångar kring den rådande situationen. För att vårdgivaren till fullo skall kunna förstå hur patienten upplever behandlingen behöver vederbörande gå till källan – patienten. Genom att berätta om sina känslor och funderingar särskiljer sig personen från övriga vårdtagare och blir därmed en unik individ. Vikten av att som vårdgivare bejaka det unika hos människan blir belyst i följande citat:

"Unikheten betyder vidare en betoning av att varje erfarenhet är unik. Innebörden i människors erfarenheter i livsvärlden har naturligtvis gemensamma strukturer som kan beskrivas, men det finns oändliga variationer på samma tema emellan olika personer. Människor är alltså paradoxalt nog samtidigt både lika och olika" (Dahlberg et al., 2003, s. 26).

Lidandet

Inom vårdvetenskapen beskrivs inte hälsa eller lidande som statiska extremer avskilda från varandra. Istället lyfts den mänskliga kroppen fram som i ett tillstånd av rörelse mellan dessa motpoler (Lindwall & von Post, 2008). En människa, i rollen som patient, kan samtidigt befinna sig i flera parallella tillstånd av lidande. Ur de symtom och obehag, såväl fysiska som själsliga, som sjukdom bär med sig föds tillståndet sjukdomslidande. Påverkan av patientens kropp innebär inte enbart fysiskt lidande. Eftersom vi "är" vår kropp kan ett sjukdomslidande införliva en känsla av begränsning i tillvaron vilket har en negativ påverkan på vår identitetsbild (Wiklund, 2003).

Målsättningen med omvårdnad är att lindra alternativt förhindra uppkomsten av lidande och samtidigt kunna skapa förutsättningar för välbefinnande hos patienten. Dock kan vården i sig orsaka patienten lidande på vägen mot lindring vilket skapar en paradoxal

situation. En cancersjuk patient som genomgår ett kirurgiskt ingrepp kan komma att vara kraftigt smärtpåverkad i det postoperativa skeendet på grund av den kroppsliga åverkan som en operation innebär (Dahlberg et al., 2003). Inom den kliniska vårdvetenskapen nämns ofta ”bristen på kontroll” som ett bärande tema för vårdlidandet, patienten upplever sig kränkt till följd av den omvårdnad som tillhandahålls. Att patienten lider till följd av bristfällig smärtlindring eller att vårdpersonal inte hör samman patientens beskrivning av sin situation är exempel på tillstånd som bidrar till ett ökat vårdlidande (Widlund, 2003).

TIDIGARE FORSKNING

EDA jämfört med andra analgetiska alternativ

Dolin, Cashman och Bland (2002) undersökte förekomsten av olika grader av smärta efter större kirurgiska ingrepp utifrån tre varianter av smärtbehandlingsregimer postoperativt. Det rörde sig om intramuskulära injektioner, patientkontrollerad intravenös analgesi samt EDA. Insamlad data där närmare 20 000 patienter ingick visade att bland dem som erhöll intramuskulära injektioner hade 67.2 % måttlig till svår smärta och 29.1 % svår smärta. Av de som erhöll patientkontrollerad intravenös analgesi hade 35.8 % måttlig till svår smärta och 10.4 % svår smärta. I den sista gruppen som erhöll EDA hade 20.9 % måttlig till svår smärta och 7.8 % svår smärta. Sammanfattningsvis pekade resultaten på överlag otillräcklig smärtlindring men att patienterna med EDA skattade sin smärta lägst.

Block et al. (2003) undersökte om EDA är en bättre metod än parenterala opioider som postoperativ smärtlindring. Författarna baserade sina slutsatser utifrån 100 studier vilka alla jämförde EDA mot parenteral smärtlindring och mätte postoperativ smärta via visuell analog skala eller numerisk skala. Resultat av materialet visade att EDA gav bättre smärtlindring oavsett vilken typ av smärtstillande läkemedel som användes. Skillnaderna var störst fram till den tredje postoperativa dagen. Marret, Remy och Bonnet (2007) fann också positiva resultat i deras studie där EDA jämfördes med parenteral smärtlindring efter kolorektalkirurgi. Dock fann de också ökad frekvens av klåda, urinretention och hypotension vid EDA samt att den inte påverkade sjukhusvistelsens längd för patienterna.

Enligt Groeben (2006) har EDA ytterligare positiva effekter som sympatikusblockad, ökning av tarmens motilitet och perfusion men även minskad myokardischemi. I en studie av Hansdottir et al. (2006) fanns inga samband mellan EDA, minskad sjukhusvistelse och återhämtning för patienter som genomgått elektiv hjärtoperation i jämförelse med de som erhöll patientkontrollerad intravenös smärtlindring. Beattie, Badner och Choi (2001) undersökte postoperativ hjärtinfarkt i sin studie av EDA. De fann ingen signifikant skillnad gällande mortalitet från 1173 patienter som ingick i 17 randomiserade kontrollerade studier som använde sig av EDA mer än 24 timmar postoperativt. Frekvensen av postoperativ hjärtinfarkt var dock 6.6 % lägre hos gruppen med EDA.

I en studie av Rigg et al. (2002) jämfördes patienter som erhöll EDA kontra patienter som behandlades med patientkontrollerad intravenös smärtlindring. Vad gäller mortalitet så noterades ingen skillnad mellan grupperna bland de 915 högriskpatienter som genomgick omfattande kirurgi. Däremot så registrerades en skillnad med avseende på respirationssvikt som efterföljande komplikation, då de patienter som behandlades med EDA drabbades i 23 % av fallen jämfört med 30 % av fallen vid patientkontrollerad intravenös smärtlindring. Även här var EDA associerat med lägre smärtskattning under de tre första postoperativa dyggen. Groeben (2006) menade att den postoperativa vitalkapaciteten och den forcerade expiratoriska lungvolymen endast hade minimal inverkan för epiduralkatetrar som satt nedanför thorakalkota nummer 6. Även om vitalkapaciteten och den forcerade expiratoriska lungvolymen kunde sjunka upp till 33 % hos patienter där epiduralkaketern anlagts högre än thorakalkota nummer 6 så uppmättes sämre respiratoriska värden för de som inte erhöll EDA. Även Kolker, Hirsch, Gingold, Stamos och Wallack (1997) undersökte respiratoriska vinster med EDA. I deras studie ingick högriskpatienter, målsättningen var att studera kopplingen mellan EDA och funktionell residualkapacitet. Undersökningsgruppen var 31 patienter som genomgått kolorektalkirurgi under EDA, patienterna behöll sin förmåga till spontanandning under operationen. Kontrollgruppen bestod av 50 patienter som genomgått kolorektalkirurgi med parenteral smärtlindring. De fann att i epiduralgruppen var det 18 % lägre frekvens av lungkomplikationer.

Davies (2007) menar att bestående neurologiska komplikationer är den mest fruktade komplikationen i samband med EDA men en tidig upptäckt kan

förbättra utfallet. Dock bör riskerna vägas mot de komplikationer som parenterala opioider kan orsaka till exempel allvarlig hypoxi. Förekomsten av komplikationer som epidural abscess och spinalhematom är relativt osäker på grund av inkonsekvent rapportering, vilket är bakgrunden till studien av Cameron, Scott, McDonald och Davies (2007). De granskade samt gjorde uppföljningar på totalt 8210 epiduralkatetrar som sattes under en 16-årsperiod vid ett medicinskt center i Melbourne. Forskarna fann inte något fall med patienter som drabbats av bestående neurologiska men. Spinalhematom visade sig vara mycket sällsynt (<0.05%) liksom epidural abscess (<0.1%). Christie och McGabe (2007) fann att förekomsten av spinalhematom var <0.04% och epidural abscess <0.8% när de granskade 8100 epiduralkatetrar som sattes mellan år 2000 och år 2005 i Christchurch hospital. De letade även efter andra komplikationer som är förknippade med EDA och fann 3 fall av meningit där meticillin-resistenta Staphylococcus Aureus var den dominerande patogenen.

Tidig uppstart av EDA perioperativt

Vadalouca et al. (2000) granskade hemodynamiska och endokrina svar samt smärta hos 40 patienter som genomgått större gynekologiska ingrepp i en dubbel-blind jämförelsestudie mellan kontinuerlig epiduralinfusion perioperativt med en bolusdos preoperativt. Patienterna var mellan 41 och 62 år gamla. 40 patienter delades in i två grupper. Efter att epiduralkatetern anlagts genomfördes funktionskontroll varpå patienterna därefter erhöll en bolusdos med bupivakain. Den ena gruppen erhöll därefter en bolusdos med fentanyl och den andra gruppen fick motsvarande dos som kontinuerligt infusion vilken pågick genom hela operationen. Mätvärden var stressmarkörer (Prolaktin och kortisol), smärta via visuell analog skala, puls och blodtryck, pricktest för att mäta utbredningen av EDA samt andra biverkningar som illamående, kräkning och frossa. Den grupp som erhöll kontinuerlig infusion med fentanyl visade på lägre smärtskattning och uppmätte lägre nivåer av stressmarkörer postoperativt. Det fanns inga perioperativa skillnader gällande puls eller medelartärtryck mellan de två grupperna. Inte heller visades skillnader i förekomst av biverkningar som illamående, kräkningar eller frossa.

Scheinin et al. (2000) undersökte hur kontinuerlig epiduralinfusion med fentanyl reducerade perioperativ myokardisemi hos patienter äldre än 60 år med höftfraktur. I studien ingick 77 patienter som hade kranskärslsjukdom eller riskfaktorer för kranskärslsjukdom. Patienterna delades in i två grupper varav den första gruppen erhöll

EDA (bupivakain och fentanyl) som startades upp före ingreppet och pågick under operation. Den andra gruppen erhöll oxycodin före och efter ingreppet. Postoperativt justerades doserna efter patienternas behov. Under operationen hade ingen ischemi i den första gruppen medan 27 % hade det i den andra gruppen. Ischemin mättes med ett Holter-EKG. Smärtpoäng registrerades med hjälp av visuell analog skala, det visade sig att smärtpoängen postoperativt var 40 % lägre i den första gruppen. Enligt forskarna var den viktigaste slutsatsen att en effektiv smärtstillande behandling med kontinuerlig epidural infusion som börjas preoperativt minskar mängden av perioperativ myokardischemi hos patienter med traumatisk höftfraktur.

I en japansk studie av Kotake, Matsumoto, Morisaki och Takeda (2004) undersöktes effektiviteten av kontinuerlig EDA under radikal mastektomi med en lågdos av fentanyl i kombination med mepivakain. I studien ingick 21 patienter som alla opererades under generell anestesi. Patienterna erhöll en bolusdos före operationsstart, därefter kontinuerlig infusion. I studien registrerades mätvärden som perioperativt medelartärtryck och hjärtfrekvens. Postoperativ smärta och smärtstillande användning mättes samt frekvensen av postoperativa biverkningar av i form av illamående, yrsel och andningsdepression. Kotake et al. (2004) lyfter fram att alla patienterna uppvisade stabil hemodynamik. Tillräcklig postoperativ smärtlindring uppnåddes för 18 av de 21 patienter. En patient rapporterade postoperativt illamående men inga andra biverkningar rapporterades. Författarna menade även att deras metod ger tillräcklig perioperativ hemodynamisk kontroll och postoperativ smärtlindring hos dessa patienter.

PROBLEMFÖRMULERING

Effekter av EDA har avhandlats i flertalet kvantitativa studier. Litteratursökningar inom det aktuella ämnesområdet visar dock på en brist vad gäller kvalitativt material. Utifrån kvantitativa metoder har forskningen lagt fokus på medicinska aspekter av EDA. Att som forskare närma sig patientens subjektiva upplevelser utifrån ett renodlat objektiva

förhållningssätt resulterar i otillräcklig kunskap om den individuella smärtupplevelsen (Carr & Thomas, 1997). Trots stort fokus på den medicinska utvecklingen så fortsätter postoperativ smärta att vara ett utbrett problem vilket försvårar patientens läkningsprocess efter ett kirurgiskt ingrepp. I flertalet studier dras slutsatsen att ytterligare forskning är nödvändig (Apfelbaum, Chen, Mehta & Gan, 2003; Carr, Thomas & Wilson-Barnet, 2005)

Inom anesthesiologisk omvårdnad är lindring av patientens smärta ett av huvudansvaren för anestesisköterskan. Samtidigt råder en brist på kvalitativa studier som fokuserar på den enskilde patientens unika upplevelser och erfarenheter kring den smärtlindrande omvårdnad som tillhandahålls. I dagsläget saknas kunskap om hur en **tidig** uppstart av EDA kan komma att påverka patientens upplevelser. I syfte att utveckla anestesisköterskans omvårdnadsroll inom smärtlindring är bedömningen från författarnas sida att ytterligare forskning är nödvändig för att lyfta fram och belysa den enskilde patientens upplevelser kring EDA.

SYFTE

Syftet är att beskriva patienters upplevelser av att erhålla epiduralanestesi baserat på en **tidig** perioperativ uppstart av EDA.

METOD

URVAL

Patienter som skall genomgå ett gynekologiskt alternativt urologiskt kirurgiskt ingrepp vid Sahlgrenska Universitetssjukhusets operationsavdelning 4 kommer att tillfrågas om deltagande i studien. För att kunna inkluderas i studien skall patienten genomgå operationen under generell anestesi samt innan knivstart erhålla EDA-kateter för vidare postoperativ behandling. **EDA-katetern anläggs på operationssalen i anslutning till kirurgen.** Vidare skall uppstarten av EDA ske tidigt under operationen. Personen ifråga måste vara över 18 års ålder vid tillfället för operationen, behärska det svenska språket i tal och skrift samt inte vara kognitivt nedsatt enligt anamnes. Den ansvarige operationskoordinatören vid avdelning 4 kommer att tillfrågas om assistans i processen att finna lämpliga forskningspersoner till den föreliggande studien. Kvale och Brinkmann (2009) nämner att en intervjustudie vanligtvis brukar inkludera 15 forskningspersoner

med utrymme för plus alternativt minus 10 individer. Samtidigt belyses även problematiken att flertalet kvalitativa studier inbegriper för många forskningspersoner varpå analysens kvalitet blir lidande.

Författarna kommer därför välja ut 15 individer vilka kommer att delta i den fullskaliga studien. När det gäller urvalet av forskningspersoner är önskan att det skall inkludera patienter av olika ålder samt kön för att på så vis belysa frågeställningen utifrån flera individers erfarenheter. Om möjligt så kommer patienten att frågas om deltagande i studien i samband med narkosbedömning i det preoperativa stadiet av behandlingen. Syftet med att fråga om deltagande i det preoperativa samtalet är att kunna tillhandahålla information till forskningspersonen i en lugn miljö. Patienten kommer att tillges den forskningspersonsinformation (Bilaga I) som utformats och därefter ges utrymme att ställa eventuella frågor inför deltagandet. Om vederbörande väljer att medverka i studien så kommer intervjun att ske efter operationen när patienten återhämtat sig tillräckligt men fortfarande vårdas på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Samtalet mellan intervjuare och forskningsperson kommer att ske i en avskild tillika lugn miljö som forskningspersonen känner sig bekväm i.

DATAINSAMLING

I enlighet med syftet att beskriva patienters upplevelser av EDA har kvalitativa halvstrukturerade intervjuer valts ut som instrument för att samla in data till studien. Den kvalitativa forskningsintervjun är ett verktyg för att kunna förstå enskilda fenomen sett utifrån den intervjuades perspektiv. Ur ett vetenskapligt forskningsperspektiv kan inte halvstrukturerade intervjuer beskrivas som rent informella vardagsamtal mellan två parter, inte heller rör det sig om strikt strukturerade frågeformulär med litet utrymme för vidareutveckling (Kvale & Brinkmann, 2009).

En halvstrukturerad intervju innebär att forskaren i någon form har sammanställning av övergripande ämnesområden till sitt förfogande snarare än specifikt detaljerade frågeställningar vilka ställs till forskningspersonen. I den halvstrukturerade intervjun finns således ett större utrymme för utbyte av kunskap vilket sker genom en jämlik dialog mellan två parter jämfört med andra metoder för datainsamling. Det möjliggör även för den som leder intervjun att ställa följdfrågor samtidigt som forskningspersonen får fritt utrymme att beskriva sina tankar och funderingar. Inför studien förbereder forskaren en intervjuguide (Bilaga III) som består av en lista med ämnesområden eller frågor som skall

täckas för alla enskilda deltagare. Forskarens roll är att uppmuntra deltagaren att med sina egna ord tala fritt om alla ämnen i intervjuguiden. Frågorna bör vara ordnade i en logisk följd när ämnesguiden sammanställs. Den som leder intervjun bör vara vaksam på att deltagaren ofta delger information som berör eventuellt senare frågor. Frågeställningar som kan generera ett kortfattat ”ja” eller ”nej” som svar bör undvikas i största möjliga mån. Istället bör frågorna utformas så att deltagaren har möjlighet att ge så uttömmande och detaljerade svar som möjligt (Polit & Beck, 2012).

ANALYS

Utifrån valet av halvstrukturerade intervjuer som metod för att samla in data samt studiens syfte kommer kvalitativ innehållsanalys användas som analysverktyg för bearbetning av intervjuerna. Modellen som presenteras av Graneheim och Lundman (2004) beskriver en teoretisk mall för tolkning, bearbetning samt sammanställning av kvalitativt material exempelvis transkriberade intervjuer. Metoden lämpar sig väl för att nå kärnan kring hur en patient uppfattar ett enskilt fenomen eller företeelse. Med tiden har kvalitativ innehållsanalys utvecklats från att vara en renodlad kvantitativ inriktning till att idag även inkludera ett kvalitativt synsätt. Ett av de första valen som tas i samband med analys av materialet är om den kvalitativa innehållsanalysen skall fokusera på det manifesta alternativt det latent innehåll. Benämningen manifest innehåll syftar till det uppenbara, det som är mest synligt och konkret utifrån vad texten säger. Med det latent innehåll avses att få fram det underliggande, eventuellt dolda budskapet. I den föreliggande studien avser författarna att fokusera på det manifesta innehåll.

Processen att bearbeta och sammanställa materialet utifrån kvalitativ innehållsanalys följer flertalet steg. Det första handlar om att som forskare skapa sig en övergripande förståelse och känsla för materialet, i fallet med transkriberade intervjuer läser båda författarna igenom samtliga intervjuer flertalet gånger. Därefter är nästa steg att extrahera meningsenheterna. En meningsenhet kan ha flera innebörder: det kan vara enstaka ord, delar av en text eller paragraf som har relation till varandra genom ett gemensamt budskap. När meningsenheterna identifierats genomgår de en kondenseringsprocess där textmassan minskas i storlek men dess essens förblir oförändrad. De kondenserade meningsenheterna förses med koder. Koder tjänar flera syften; de kategoriserar materialet men framförallt skapar koderna möjlighet till nya tankesätt och reflektioner kring materialet. Det avslutande steget i analysen är bildandet av kategorier, skapandeprocessen beskrivs som kärnan i kvalitativ innehållsanalys. En kategori skapas genom att flertalet

koder med gemensamt innehåll sammanförs varvid en enhet skapas. Inom kvalitativ innehållsanalys benämns en kategori som en beskrivande nivå av text och avspeglar därmed det manifesta innehållet av ett material (Graneheim & Lundman, 2004).

PILOTSTUDIEN

Patienturval

En pilotstudie genomfördes där målet var att pröva den valda metoden samt analysmodellen. Ett skriftligt dokument (Bilaga II) vilket beskrev studiens syfte samt planerade genomförande skickades till berörda vård- och enhetschefer inom urologisk tillika gynekologisk patientvård. Efter skriftligt godkännande från samtliga parter kontaktades den utbildningsansvarige för anestesijukvård hos operationsavdelning 4 vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vederbörande bistod författarna med utdrag ur det planerade operationsschemat samt förslag på lämpliga forskningspersoner som kunde tänkas delta i pilotstudien. Tre individer tillfrågades dagen före sina respektive operationer om deltagande i pilotstudien, samtliga var över 65 års ålder. De erhöll såväl muntlig som skriftlig forskningspersonsinformation (Bilaga I) och fick möjlighet att ställa följdfrågor till de ansvariga för studien. Samtliga av de tre tillfrågade tackade ja till att medverka i studien.

Datainsamling

De patienter som valde att medverka i studien intervjuades enskilt när de återvänt från sina respektive operationer. Vid tillfället för intervjun hade samtliga patienter kvar sin EDA-kateter med pågående smärtbehandling. Intervjuerna genomfördes två dygn efter respektive avslutad operation. Samtalen genomfördes enskilt på vårdavdelning där endast forskningspersonen samt författaren till studien deltog. Intervjuerna spelades in med hjälp av digital diktafon för vidare analys. En av författarna (Per Widlund) genomförde samtliga tre intervjuer då vederbörande hade sin verksamhetsförlagda utbildning som anestesijuksköterskestudent vid Operationsavdelning 4. Utifrån rådande riktlinjer för halvstrukturerad intervjuteknik ställdes få tillika öppna frågor (Bilaga III) till forskningspersonerna som sedan fick svara fritt, intervjuaren ställde kortare följdfrågor där det bedömdes aktuellt. Intervjuerna varade mellan 20 till 30 minuter.

Analys

De tre inspelade intervjuerna lyssnades igenom av båda författarna varpå konversationerna transkriberades ut ordagrant för vidare analys. Bearbetningen samt

sammanställningen av materialet genomfördes tillsammans av båda författarna med utgångspunkt i Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Det första steget bestod av att de transkriberade intervjuerna lästes igenom högt av båda författarna i syfte att identifiera meningsenheter. När meningsenheterna extraherats ur den löpande texten genomgick de kondensering och infogades i en tabell för att på så sätt skapa en mer tydlig struktur av materialet. Därefter applicerades koder till de kondenserade meningsenheterna. Slutresultatet blev fyra stycken kategorier som beskriver patienters upplevelser av att erhålla EDA baserat på en tidig uppstart av EDA.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Vägledande principer

Föreningen Northern Nurses' Federation (2003) har tagit fram styrdokumentet *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. Dokumentet, som har sin grund i Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 1964) lyfter fram fyra grundläggande etiska principer vilka säkerställer att forskning som involverar människor håller god etisk standard. De fyra principerna berör begrepp som autonomi, att göra gott, att inte skada samt rättvisa.

Även Vetenskapsrådet (2003) har tagit fram dokument som redogör för forskningsetiska principer. När det gäller forskning som ett övergripande fält för kunskap återfinns två kravspecifikationer. Det första benämns forskningskravet. Att bedriva forskning är likställt med att samhället utvecklas, således har ett samhälles invånare möjligheten att ställa kravet att forskning skall utföras utifrån högsta kvalitet. I detalj innefattas även att det vetenskapliga etablissemangen eftersträvar att förbättra och utveckla redan befintlig metodik. Men forskningen får inte ske på kostnad av den enskilde individens integritet, de etiska regler och förhållningar som beskyddar samhällets invånare innefattas i den andra kravspecifikationen vilken benämns som individskyddskravet. Det senare kan i sin tur delas upp i fyra beståndsdelar: informations-, samtyckes-, konfidentialitets- samt nyttjandekravet.

Patienterna kommer att erhålla såväl muntlig som skriftlig upplysning om att deltagande i studien är baserat på frivilligbasis samt att de har rätt att när som helst avbryta sin

medverka i enlighet med informationskravet. Genom tilldelad forskningspersonsinformation (Bilaga I) lämnar patienten sitt skriftliga godkännande för att medverka i studien vilket uppfyller samtyckeskravet. Endast behörig forskningspersonal samt ansvarig handledare vid Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till det forskningsmaterial som framkommer ur intervjuerna vilket faller under konfidentialitetskravet. De data som insamlas kommer endast att användas i forskningssyfte och beröra de ansvariga individerna för studien, således kommer inte persondata att föras vidare till obehöriga.

Risk- och nyttoanalys

Utifrån vägledande forskningsetiska principer har en risk- och nyttoanalys genomförts inför genomförandet av studien. De forskningspersoner som valts ut för den förestående studien kommer att intervjuas om sina känslor och upplevelser av att erhålla EDA samt övriga aspekter av den vård som tillhandahålls. För att kunna verbalisera sina tankar och funderingar behöver forskningspersonen vända sig inåt och gå till djupet av sina känslor. Det finns en risk att intervjun kan komma att riva upp känslomässiga sår som berör den bakomliggande sjukdomsorsaken alternativt ångest och oro inför själva operationen.

Möjligheten att fritt få berätta om sina upplevelser bedöms vara av nytta för de patienter som väljer att delta i studien. Forskningspersonen ges tid och utrymme att berätta, känna sig sedd och uppmärksammad. Att samtala kring sin situation är även ett sätt att bearbeta och läka vilket kan vara till hjälp för forskningspersonen i deras tillfriskningsprocess efter det kirurgiska ingreppet. När risker kontra nytta ställs mot varandra är författarnas uppfattning att patienter som väljer att delta i studien löper väldigt liten risk i förhållande till de positiva aspekterna.

RESULTAT

Efter att det insamlade materialet analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys så framkom fyra stycken kategorier. De beskriver patientens upplevelser av EDA: ”Att vara förberedd”, ”En känsla av att vara omhändertagen”, ”Att våga släppa på kontrollen” och ”Den kroppsliga inverkan”. Tabell 1 visar på en sammanställning av analysprocessen med tillhörande exempel för varje kategori.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Kategori
”[...] att man sätter in en ryggbedövning och man har fått förklarat för sig hur det skall vara ... det gör ju att det känns bra”	Man har fått förklarat hur det skall vara. Det gör att det känns bra	Information skapar trygghet	Att vara förberedd
”[...] så var det lite besvärligt då... att det gjorde ont och så... nu vet inte jag om dom ökade den eller om dom ökade något annat smärtstillande men efter en stund så blev ju det bättre...”	Det var besvärligt för att det gjorde ont. Nu vet jag inte om de ökade eller gjorde något annat men efter en stund blev det bättre	Personal uppmärksammar smärtyttringen	En känsla av att vara omhändertagen
”Just detta att han skulle klämma på kotorna det var jag inte beredd på innan men. Å andra sidan det händer saker hela tiden man kan inte vara beredd”	Att han skulle klämma på kotorna var jag inte beredd på. Det händer å andra sidan saker hela tiden man inte kan vara beredd på	Omöjligt att ha fullständig kontroll	Att våga släppa kontrollen
”Begränsningen ligger framförallt i dom här snörena som kommer ut från kroppen överallt. Alla slangar det är den... och sen ja... det är klart, det är knöligt att röra sig det är det”	Begränsningen ligger i de här snörena som sitter i kroppen. Det är knöligt att röra sig	Behandlingen leder till fysiska begränsningar	Den kroppsliga inverkan

Tabell 1. Analysprocessen med de fyra kategorierna samt tillhörande exempel.

ATT VARA FÖRBEREDD

Forskningspersonerna fick redogöra för sina tankar och känslor kring tiden innan operationen. I samband med analysen av intervjuerna framkom det att det fanns en tydlig koppling mellan information och känslan av att vara förberedd. Forskningspersonerna erhöll såväl skriftlig som muntlig information av anestesipersonal angående EDA. Genom att erhålla information så ökade forskningspersonernas känsla av trygghet. Information blev ett verktyg att kunna hantera en oviss tid i livet. En av

forskningspersonerna som deltog i studien beskrev betydelsen av ett tillfredsställande preoperativt samtal med anestesipersonal.

”Jag fick ju mycket information, jag var faktiskt här tror jag i fyra timmar från olika och hm den läkare som jag hade, som var narkosläkare, han var jättebra.”

Att få information kring EDA genererade ökad kunskap hos forskningspersonerna vilket bidrog till att de kände sig förberedda inför behandlingen. Men även om informationen innan operationen upplevdes som tillfredsställande kunde frågor dyka upp i stunden. En forskningsperson beskrev behovet av att som patient förstå vad som sker inne på operationssalen i samband med inläggandet av epiduralkatetern.

”Jag är väldigt frågosam när vi väl kom till att han skulle sätta in den här så var jag nog lite jobbig för honom för jag ville veta vad han gjorde.”

EDA som behandling mot postoperativt lidande var inte initialt ett helt självklart alternativ för samtliga patienter. En forskningsperson kände till en början viss tvekan inför behandlingen. Men efter att anestesipersonal förklarat och delgivit information så vändes tveksamheten till en känsla av att vara förberedd.

”Så det var ur alla synpunkter väldigt, väldigt väl så att dom talade om vad som behövdes och vad som sedan gick att göra med inställningar och vid behov och ställa om, om det skulle behövas minska eller öka.”

EN KÄNSLA AV ATT VARA OMHÄNDERTAGEN

I samband med intervjuerna framkom det att forskningspersonerna som erhöll EDA kände sig omhändertagna. Känslan bottnade i flera unika situationer där patienten på ett eller annat sätt kände sig bekräftad och uppmärksammas som en unik individ. En forskningsperson hade erhållit EDA i samband med tidigare vårdtillfälle vilket då resulterade i en negativ upplevelse.

”[...] dom tog bort den lite för tidigt och det var det värsta jag varit med om!”

Men trots den tidigare negativa upplevelsen kring EDA så upplevde samma forskningsperson nu en känsla av att vara omhändertagen. Detta tack vare att anestesipersonalen uppmärksammade patientens önskemål om en dialog kring avvecklandet av den epidurala katetern.

”Så därför pratade jag med honom just om det, att ta inte bort den för tidigt för det gjorde så ont! Och så sade han att man har den lite längre nu eller om det var här det vet jag inte så det skulle dom inte göra.”

Relationen tillika närheten till berörd vårdpersonal var en faktor som skänkte trygghet enligt en av forskningspersonerna. Att personal kom och genomförde regelbundna kontroller av vitalparametrar enligt rutiner för behandling med EDA visade på yrkeskompetens och därmed skapades trygghet.

”[...] dom kommer med jämna mellanrum... som antagligen är ett schema som dom har så dom kommer och tittar till dig... tycker dom är noggranna... upplever jag det som... sympatiska... känner liksom ingen oro för att dom skulle göra något fel.”

ATT VÅGA SLÄPPA KONTROLLEN

Under analysen av forskningspersonernas berättelser framkom upplevelser om att kunna släppa på kontrollen. Forskningspersonerna kände sig väl förberedda inför behandlingen med EDA tack vare såväl information så som stöttning från personalen. Men de uttryckte också en förståelse över att inte kunna ha fullständig kontroll över situationen. För en av forskningspersonerna blev insikten att man som patient inte kan vara förberedd på allt en strategi för att hantera tillvaron med EDA.

”Man kan inte vara förberedd på allting utan det är mer en attityd till hur man tar det.”

Även om forskningspersonerna hade erhållit tillfredsställande information angående behandlingen innan operationen så kunde det vara svårt att komma ihåg all fakta. Tillit inför personalens kompetens och avdelningarnas vådrutiner var förenat med att kunna släppa på kontrollen enligt en av forskningspersonerna.

”[...] jag tror att det var rutiner som dom hade, att den inte skulle sitta mer än ett visst antal dagar. Jag vet inte så mycket men jag vet inte om man har rutiner för hur länge, det skall väl kanske inte sitta mer än ett visst antal dagar innan man får annan typ av smärtlindring.”

Trots funderingar kring tillvaron och en känsla av att vara förberedd så kunde oväntade situationer uppstå. En forskningsperson förtäljde hur vederbörande hade accepterat detta faktum genom att våga släppa på kontrollen.

”Jag menar på ett sånt här ställe med den här typen av ingrepp som är gjorda här eller liknande det är klart att det stöter till saker här och var som man inte har tänkt sig.”

DEN KROPPSLIGA INVERKAN

När forskningspersonerna ombads att redogöra för sina känslor gällande behandling med EDA efter operationen uttryckte flertalet av de intervjuade en positiv anda. I relation till den förberedande informationen samt själva ingreppet berättade en patient hur EDA är ett tacksamt alternativ när det gäller analgetika då det inte orsakar en stor kroppslig inverkan.

”Då känner jag att det var ju väldigt bra att få för man känner ju inte så mycket.”

En patient reflekterade kring såväl den nuvarande situationen som när anestesiläkaren applicerade epiduralkatetern inne på operationssalen.

”Jag har inte obehag av den. Jag... hade inte obehag när dom satte in den... jag fick smärtstillande där när dom satte in den då...”

Avseende den kroppsliga inverkan som EDA medför så framkom såväl positiva som negativa känslor hos forskningspersonerna. Att som patient kunna röra sig fritt var en aspekt som skapade en känsla av frihet vilket uppskattades av en forskningsperson.

”Ja möjligheten är att jag kan röra mig fritt och inte behöver ligga i sängen med all den här... fastuppkopplad.”

Men flertalet av de tillfrågade deltagarna i studien uttryckte även att den kroppsliga inverkan till följd av EDA medförde begränsningar i tillvaron. En känsla av att vara fysiskt begränsad i samband med mobilisering framträdde ur två av forskningspersonernas berättelser.

”Man blir ju lite begränsad och ja jo det är ju klart när jag skall börja röra på mig då är det avigt.”

”Nä men du skall ha med en sån här vagn med påsar och det är snören överallt... Det är ju mer en fysisk begränsning.”

Trots känslan av en fysisk begränsning till följd av medicinpump samt epiduralkatetern så försökte en forskningsperson att trots allt inte se på situationen som ett hinder. Istället försökte vederbörande skapa sig en förståelse och orientering i tillvaron.

”Det är mycket slangar men det är bara att försöka att hitta vad som är vad.”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet

Initialt hade författarna för avsikt att undersöka huruvida en tidig uppstart av EDA skulle komma att påverka patientens grad av postoperativ smärta. Det syftet skulle dock leda till en mycket omfattande studie avseende antalet deltagande forskningspersoner samt tidsåtgång. I samband med inledande litteratursökningar påvisades en brist vad gäller kvalitativt material som avhandlar EDA. Författarna valde därför i ett tidigt skede att istället skifta fokus till den enskilde människan och vederbörandes upplevelser. Resultatet blev ett syfte med ett kvalitativt synsätt som grund och som avsåg beskriva patienters upplevelser av att erhålla EDA baserat på en tidig perioperativ uppstart av EDA.

Pilotstudien

I syfte att pröva halvstrukturerade intervjuer som metod för insamling av data valde författarna att genomföra en förberedande pilotstudie. Tanken med en pilotstudie är att

den genomförs på samma sätt som en planerad egentliga studien. Skillnaden är dock att den sker i mindre skala avseende antalet medverkande forskningspersoner, mellan två till tio deltagare. En pilotstudie tillhandahåller forskaren möjlighet att pröva samt utvärdera sin planerade egentliga studie avseende kvalitén på exempelvis intervjuguiden eller huruvida den valda metoden för datainsamling fungerar i realiteten (Nyberg, 2000; Polit & Beck, 2012).

I pilotstudien som berör patienters upplevelser av EDA deltog tre forskningspersoner. En kvinna samt två män av varierande ålder intervjuades två dagar efter sina respektive operationer. I samband med det kirurgiska ingreppet erhöll patienterna EDA. Att intervjuerna genomfördes så pass kort tid efter operationen tjänade ett flerfaldigt syfte. Generellt sett är behandlingstiden med EDA kort, mellan tre till fem dagar för patienter på en kirurgisk vårdavdelning. Författarna ville även fånga upp forskningspersonernas upplevelser i nuet, medan deras känslor fortfarande var starkt förankrade i den aktuella situationen.

Genom att intervjua såväl kvinna som man i pilotstudien erhöles en ökad insikt och förståelse för likheter kontra skillnader i patienters upplevelser kring EDA. Dock gör författarna även bedömningen att det är svårt att få till en mer djupgående analys kring syftet på grund av så få deltagare. En storskalig studie med fler deltagande forskningspersoner är av nödvändighet för att erhålla ett så brett spektrum av personliga reflektioner som möjligt. Detta skulle generera en större förståelse för hur patienten upplever att erhålla EDA.

Ingen av författarna hade innan pilotstudien tidigare erfarenhet av att förbereda, genomföra eller utvärdera en intervjustudie. En av författarna genomförde samtliga tre intervjuer då vederbörande hade verksamhetsförlagd utbildning som anestesijuksköterskestudent vid operationsenhet 4, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Bedömningen är att detta inte påverkat resultatet negativt då båda författarna tillsammans tog fram intervjuguiden samt deltog i de förberedande procedurerna som ledde fram till intervjuerna med forskningspersonerna. Genomförandet av pilotstudien sågs av författarna som ett utmärkt träningsredskap inför den fullskaliga studien.

Datainsamlingen

Författarna ville belysa den enskilda patientens upplevelser kring EDA. Valet av metod för insamling av data föll därmed på halvstrukturerade intervjuer. Kvale och Brinkmann (2009) beskriver det fundamentala med den kvalitativa forskningsintervjun:

”Genom samtal lär vi känna andra människor, vi får kunskap om deras erfarenheter, känslor, attityder och den värld de lever i. I ett intervjusamtal ställer forskaren frågor om och lyssnar till det som människor berättar om sin levda värld” (s. 15).

Inför genomförandet av pilotstudien hade författarna tillsammans arbetat fram en intervjuguide. Den innehöll såväl huvudsakliga frågeställningar som förslag på uppföljande frågor vilka berörda studiens syfte. De huvudsakliga frågeställningarna var utformade att vara öppna för att på så sätt ge forskningspersonen utrymme att fritt berätta om sina känslor och upplevelser. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) tenderar öppna frågeställningar att generera de mest uttömmande tillika fullständiga svaren till skillnad mot exempelvis standardiserade frågeformulär.

Författaren som genomförde intervjuerna öppnade upp med den första inledande frågan. Forskningspersonen fick därefter svara fritt i sin egen takt utan avbrott. Utifrån den utarbetade intervjuguiden kunde författaren återkoppla med uppföljande frågor till forskningspersonen där det bedömdes aktuellt. Att på förhand ha bearbetat fram en intervjuguide tillhandahöll intervjuaren med stöd utan att för den sakens skull skapa en begränsning i relation till forskningspersonen. Vidare så är författarna av åsikten att halvstrukturerade intervjuer gav en djupgående förståelse för forskningspersonernas upplevelser av EDA. Den kvalitativa forskningsintervjun är även lämplig i samband med ett litet antal deltagare vilket var fallet med den genomförda pilotstudien.

Analysen

Inom forskning som berör omvårdnad har kvalitativ innehållsanalys en stor utbredning. Att metoden kan appliceras på flertalet olika typer av material, däribland transkriberade intervjuer, gör den till ett populärt verktyg för analys. Som metod kan kvalitativ innehållsanalys utgå från en deduktiv alternativt induktiv ansats. Med ett deduktivt synsätt sker analysen utifrån en redan förutbestämd mall. Det kan exempelvis röra sig om granskning av omvårdnadsdokumentation som följer ett bestämt mönster. Induktiv ansats innebär att forskaren istället närmar sig materialet förutsättningslöst. Det lämpar

sig väl för exempelvis patienters unika redogörelser och berättelser (Lundman & Graneheim, 2008).

Författarna valde att analysera det insamlade materialet med hjälp av kvalitativ innehållsanalys utifrån en induktiv ansats (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna hade spelats in med hjälp av en digital diktafon. Ljudfilerna lyssnades igenom av båda författarna på varsitt håll. Därefter transkriberades intervjuerna ut ordagrant, intervjuerna lyssnades sedan igenom igen och jämfördes med det transkriberade materialet för att säkerställa att inga redogörelser exkluderades. Den resterande analysprocessen genomfördes gemensamt av båda författarna. Tillsammans läste de högt igenom varje enskild intervju flertalet gånger för att till en början erhålla en övergripande känsla för materialet. Därefter identifierades meningsenheter som sammanställdes till ett eget dokument för respektive intervju. Syftet var att skapa en mer sammanhängande struktur för det kommande arbetet att kondensera meningsenheterna. De kondenserade meningsenheterna abstraherades och försågs med koder. De kodade enheterna jämfördes sedan sinsemellan i syfte att identifiera likheter kontra skillnader dem emellan. När jämförelsearbetet var färdigställt hade fyra kategorier framträtt som beskrev patientens upplevelser av EDA.

Ett problem med kvalitativ innehållsanalys är vilka begrepp som bör användas för att diskutera resultatets trovärdighet. Problematiken härrör från det faktum att innehållsanalys från början var kvantitativt inriktad. Det finns därmed etablerade begrepp som beskriver ett forskningsresultats trovärdighet men även dessa har sin utgångspunkt i det kvantitativa synsättet. Diskussioner har med åren fortgått angående vilken terminologi som bör användas inom kvalitativ forskning. I dagsläget är begreppen giltighet, överförbarhet samt tillförlitlighet vanligt förekommande i samband med diskussioner kring ett resultats trovärdighet. I redovisningen av den genomförda pilotstudien har författarna i detalj redogjort för sitt arbete med såväl urvals-, datainsamlings- som analysprocessen. I resultatet så presenteras även utdrag från forskningspersonernas berättelser i form av citat. Båda tillvägagångssätten stärker resultatets trovärdighet genom att tillhandahålla läsaren med möjligheter att tolka samt bedöma studiens giltighet enligt Lundman och Graneheim (2008).

För att en individ skall kunna ha möjlighet att bedöma resultatets överförbarhet tillika trovärdighet så behöver vederbörande tillhandahållas med utförlig information. Det är först då som läsaren kan ta resultatet från en studie och sätta det i en annan kontext (Lundman & Graneheim, 2008; Polit & Beck, 2012). Genom att utförligt redovisa pilotstudiens urval, datainsamling och analys så gör författarna bedömningen att det skapar en god förutsättning för läsaren att göra en bedömning avseende pilotstudiens överförbarhet. Att vara två författare till pilotstudien har bidragit till en ökad grad av tillförlitlighet avseende resultatets trovärdighet. Under hela analysprocessen har författarna tillsammans diskuterat och reflekterat över det insamlade materialet. Således har samstämmighet uppnåtts över de fynd, i form av koder och kategorier, vilka illustreras med hjälp av citat från patienter. Tillvägagångssättet att mellan parter i en forskningsgrupp diskutera och reflektera benämns som konsensusförfarandet. Det är en metod för att säkerställa ett resultatets trovärdighet (Lundman & Graneheim, 2008).

RESULTATDISKUSSION

Att vara förberedd

I analysen av forskningspersonernas berättelser kring deras upplevelser av EDA framkom ett tydligt samband mellan information och en känsla av att vara förberedd.

Tillhandahållandet av uttömmande preoperativ information har visat sig underlätta för patienten att känna sig delaktig i vårdrelationen. Det i sin tur bidrar till en allmän ökning av patientens tillfredsställelse (Lithner & Zilling, 2000) samt minskar postoperativ oro och smärta (Neimi-Murola, Pöyhiä, Onkinen, Rhen, Mäkelä & Niemi, 2007; Sjöling, Nordahl, Olofsson & Asplund, 2003).

Enligt Lee och Gin (2005) är patienters tillfredsställelse generellt sett hög när det gäller preoperativ anesthesiologisk information. Det stämmer väl överens med de fynd som framkom ur pilotstudiens analys av forskningspersonernas berättelser. Leinonen, Leino-Kilpi, Ståhlberg och Lertola (2001) har dock i en studie visat på motsatsen; att patienter är generellt sett missnöjda med den preoperativa undervisning och information som tillhandahålls. Caljouw, Beuzekom och Boer (2008) beskriver information som en essentiell faktor för patienters tillfredsställelse. Äldre patienter är generellt mer nöjda än yngre och män tenderar att vara mer nöjda än kvinnor. I pilotstudien deltog endast äldre individer. Författarna gör därför bedömningen att en fullständig studie skulle behöva innehålla en större spridning avseende forskningspersonernas ålder.

Carr, Thomas och Wilson-Barnet (2005) lyfter fram sambandet mellan preoperativ oro och graden av postoperativ smärta hos patienten. En person som erhållit individuellt anpassad information känner sig såväl delaktig som mentalt förberedd. Den förberedande processen bidrar till bättre en förmåga att hantera den postoperativa situationen. Författarna till pilotstudien upplevde att forskningspersonerna visade på gott mod och förhållningssätt inför den postoperativa vården med EDA, mycket tack vare tillfredsställande preoperativ information som tillhandahölls av anestesipersonal.

En känsla av att vara omhändertagen

Av de tre intervjuade forskningspersonerna så kände sig samtliga väl omhändertagna. De upplevde en känsla av trygghet i en annars främmande miljö och tillvaro. En forskningsperson vittnade om betydelsen av att vara uppmärksammas som patient. Vetskapen om att vårdpersonal fanns tillgänglig bidrog till känslan av att vara omhändertagen. I en studie av Caljouw, et al. (2008) lyfts relationen mellan vårdpersonal och patient fram som en av de viktigaste faktorerna för patienters tillfredsställelse. Studien avhandlade patienters tillfredsställelse med den postoperativa omvårdnaden efter anestesi. Resultatet visade på att graden av tillfredsställelse var mer avhängigt på hur vårdpersonalen agerade inför problem som illamående och smärta än de fysiska symtomen. Ett professionellt och respektfullt bemötande skapade en ökad grad av stöttning och därmed en känsla av att vara omhändertagen.

I pilotstudien så upplevde forskningspersonerna sig bekräftade och uppmärksammade som en unik individ. Två av forskningspersonerna berättade om betydelsen av en kontinuerlig närvaro från personalens sida vilket bidrog till att som patient känna sig omhändertagen. En forskningsperson hade tidigare haft negativa upplevelser kring EDA på grund av bristande kommunikation mellan patient och vårdgivare. Efter den genomgångna operationen berättade forskningspersonen att vederbörande nu istället kände sig omhändertagen. Anledningen var att anestesipersonal i det preoperativa samtalet uppmärksammat patientens funderingar kring sin vård.

Enligt Soltner, Giquello, Monrigal-Martin och Beydon (2011) så är den anesthesiologiska preoperativa informationen av stor betydelse för patientens känsla av välbefinnande postoperativt. Genom att ge tid att ställa frågor samt inkludera patientens önskemål i vårdplanen så känner sig vederbörande uppmärksammas och bekräftad. En studie av

Rhodes, Miles och Pearson (2006) knyter an till temat. För att patienter skall kunna känna sig omhändertagna är det av vikt att vårdpersonal bevarar patientens integritet genom hela vårdförloppet.

Att våga släppa kontrollen

I forskningspersonernas redogörelser kring deras upplevelser att erhålla EDA så återfinns en känsla att våga släppa kontrollen. För att forskningspersonerna i pilotstudien skulle kunna tillåta sig själva att lämna över sina liv i andras händer så behövde de förebyggande information samt förtroende inför ansvarig vårdpersonal. Berglund, Westin, Svanström och Johansson Sundler (2012) belyser kopplingen mellan patientens grad av förtroende gentemot vårdgivare och viljan att släppa på den egna kontrollen över tillvaron. I studien upplevde intervjuade patienter att de inte hörsammades i samband med vistelse på sjukhus vilket skapade ett vårdlidande. Följden blev ett minskat förtroende till vårdpersonalen vilket resulterade i att patienterna gick in i sig själva och vågade inte lämna över sina liv i andras händer.

För en av forskningspersonerna var viljan att släppa på kontrollen en form av strategi för att kunna handskas med tillvaron. Vederbörande hade kommit till insikten att det skulle uppstå oväntade situationer oavsett mängden individuella förberedelser. Fleming (1995) har funnit att patienter genom att släppa på kontrollen samtidigt skapar sig kontroll. Det är oundvikligt att det för patienten uppstår oväntade situationer i samband med postoperativ vård. Genom att komma till acceptans inför det scenariot så skapar patienten en känsla av struktur i situationen – kontroll genom förlust av kontroll.

Den kroppsliga inverkan

Att behandlas med EDA som postoperativ smärtlindring innebar fysiska begränsningar. Två av forskningspersonerna uttryckte att de kände sig bundna till epiduralkatetern. Behovet att konstant ha med sig en droppställning för transport av medicinpumpen i samband med mobilisering var också en faktor med negativ kroppslig inverkan. Grass (2005) belyser ovanstående problematik i en studie som avhandlar positiva kontra negativa aspekter med epidural- samt patientkontrollerad analgesi. Att som patient vara bunden till en droppställning uppfattades som en klar negativ inverkan på såväl den postoperativa mobiliseringen som välbefinnandet.

Två av forskningspersonerna i pilotstudien upplevde den epidurala anestesi som ett främmande inslag i tillvaron, något de inte förstod fullt ut eller var helt bekväma med. Behandling av sjukdom eller lidande kan ibland innebära en negativ inverkan för patientens kropp. Exempelvis kan medicinteknisk utrustning upplevas som ett intrång vilket påverkar patienten inte bara fysiskt utan även själsligt (Dahlberg, et al., 2003).

Men trots att forskningspersonerna upplevde vissa aspekter av den epidurala anestesi som ett hinder så var behandlingsalternativet även en befrielse. Möjligheten att erhålla tillfredsställande smärtlindring och samtidigt kunna mobilisera sig övervägde de negativa aspekterna. Detta fynd i pilotstudiens resultat kan ställas i likhet med en kvalitativ intervjustudie som genomfördes av Orrevall, Tishelman och Permert (2005). De undersökte hur patienter med långt gången cancer upplevde att erhålla parenteral nutrition. Individernas autonomi bevarades tack vare att de kunde mobilisera sig självständigt utan behov av assistans, trots den kroppsliga inverkan det innebar att vara konstant uppkopplad till en infusion.

EDA som behandling kan ses som ett mynt med dess två distinkta sidor; det skänker patienten smärtlindring och på samma gång genereras ett obehag i tillvaron. Att ha en kateter i sin rygg med tillhörande medicinpump och slangar var något som flera forskningspersoner beskrev som främmande, en inverkan som resulterade i en förändrad syn på den egna kroppen. Denna transformation kan ställas i relation till teorierna om den perioperativa patientens kroppsuppfattning som presenteras av Lindwall och von Post (2008). Utifrån forskningspersonernas redogörelser upplever författarna till pilotstudien att anestesisyjuksköterskan behöver vara medveten om att behandling med EDA kan leda till såväl en fysisk som själslig påverkan hos patienten

SLUTSATS

I dagsläget finns en riklig tillgång av forskning som avhandlar EDA. Flertalet studier avhandlar exempelvis jämförelser mellan olika analgetiska preparat eller studerar de fysiska effekter och biverkningar som patienter upplever i samband med EDA. Men enligt författarna till pilotstudien så råder det en obalans, det är en överväldigande majoritet av den aktuella forskningen som utgår från ett kvantitativt synsätt.

Hur den enskilde patienten upplever att behandlas med EDA är ett outforskat område. Samtidigt erhåller fler och fler patienter behandling med epidural analgetika efter genomgången operation vilket skapar en motstridig situation utifrån ett omvårdnadsperspektiv. De omvårdnadsåtgärder som tillhandahålls patienter i den svenska sjukvården är ämnade att vara evidensbaserade. Som vårdpersonal skall vi utgå från beprövade metoder som tar stöd i forskning. Enligt Lindwall och von Post (2008): *”Evidensbaserad omvårdnad innebär att tillämpa bästa tillgängliga bevis som erhålls genom relevant klinisk patientnära forskning.”* (s. 122). Men hur kan vi vårda patienter utan kunskap och insikt om deras upplevelser av behandlingsmetoden? Enligt författarna till pilotstudien går detta förfarande emot vad evidensbaserad omvårdnad står för.

Efter att ha genomfört pilotstudien är vi av åsikten att ytterligare forskning är nödvändig för att belysa patientens upplevelser av EDA utifrån ett vidare perspektiv. Pilotstudien är ej tillräcklig då den är begränsad på grund av få deltagare. Den ovan beskrivna fullskaliga studien skulle tillhandahålla anestesijuksköterskan med ökad förståelse och kunskap om patientens upplevelser av EDA. Studien skulle även bidra till att den anesthesiologiska omvårdnaden blev än mer evidensbaserad vilket är en grundstomme inom svensk sjukvård. Vi gör även bedömningen att det finns utrymme för att undersöka om en tidigare uppstart av EDA kan komma att påverka patientens grad av smärta postoperativt. En kvantitativ jämförelsestudie med bedömning av smärtskattning (exempelvis visuell analog smärtskala) mellan olika testgrupper skulle kunna utreda frågan.

ARBETSFÖRDELNING

Arbetet med magisteruppsatsen har varit ett jämlikt samarbete mellan författarna. Vi har tillsammans planerat, utformat och utfört pilotstudien. Det enda som avviker vad gäller fördelningen av arbetsbördan berör genomförandet av intervjuerna med forskningspersonerna vilket redovisas i underrubriken ”Datainsamling” av pilotstudien.

REFERENSER

- Apfelbaum, J., Chen, C., Mehta, S., & Gan, T. (2003). Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and Analgesia*, 97(2), 534-540.
- Arnér, S., & Gordh, T. (2005). Smärta. I Halldin, M., & Lindahl, S (Red.), *Anestesi* (2:a uppl., s. 321-340). Stockholm: Liber.
- Beattie, W. S., Badner, N. H., & Choi, P. (2001). Analgesia reduces postoperative myocardial infarction: a meta-analysis. *Anesthesia & Analgesia*, 93(5), 853-858.
- Berglund, M., Westin, L., Svanström, R., & Johansson Sundler, A. (2012). Suffering caused by care – Patients' experiences from hospital settings. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 7(10), 1-9.
- Block, B. M., Liu, S. S., Rowlingson, A. J., Cowan, A. R., Cowan, J. A., & Wu, C. L. (2003). Efficacy of postoperative epidural analgesia: a meta-analysis. *JAMA: Journal of the American medical association*, 290(18), 2455-2463.
- Bodelsson, M. (Red.). (2005). *Anestesiologi* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Caljouw, M. A. A., Beuzekom, M., & Boer, F. (2008). Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *British Journal of Anaesthesia*, 100(5), 637-644.
- Cameron, C., Scott, D., McDonald, W., & Davies, M. (2007). A review of neuraxial epidural morbidity: experience of more than 8,000 cases at a single teaching hospital. *Anesthesiology*, 106(5), 997-1002.
- Carr, E., & Thomas, V. J. (1997). Anticipating and experiencing post-operative pain: the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 6(3), 191-201.

- Carr, E., Thomas, V. J., & Wilson-Barnet, J. (2005). Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 42(5), 521-530.
- Christie, W., & McCabe, S. (2007). Major complications of epidural analgesia after surgery: results of a six-year survey. *Anaesthesia*, 62(4), 335-341.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Davies, M. J. (2007). Perioperative epidural anaesthesia and analgesia--an appraisal of its role. *Anaesthesia and intensive care*, 35(4), 593 -600.
- Dolin, S. J., Cashman, J. N., & Bland, J. M. (2002). Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. *British journal of anaesthesia*, 89(3), 409-23.
- Flaming, D. (1995). Patient suffering: a taxonomy from the nurse's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1120-1127.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Grass, J. (2005). Patient-controlled analgesia. *Anesthesia and analgesia*, 101(5), 44-61.
- Groeben, H. (2006). Epidural anesthesia and pulmonary function. *Journal of Anesthesia*, 20(4), 290-299.
- Hamilton, G., & Baskett, T. F. (2000). In the arms of Morpheus: the development of morphine for postoperative pain relief. *Canadian Journal of Anesthesia*, 47(4), 367-374.

- Hansdottir, V., Philip, J., Olsen, M. F., Eduard, C., Houltz, E., & Ricksten, S. E. (2006). Thoracic epidural versus intravenous patient-controlled analgesia after cardiac surgery: a randomized controlled trial on length of hospital stay and patient-perceived quality of recovery. *Anesthesiology*, *104*(1), 142-51.
- Kolker, A. R., Hirsch, C. J., Gingold, B. S., Stamos, M. D., & Wallack, M. K. (1997). Use of epidural anaesthesia and spontaneous colon and rectal procedures in selected high-risk patient groups. *Diseases of the Colon & Rectum*, *40*(3), 339-343.
- Kotake, Y., Matsumoto, M., Morisaki, H., & Takeda, J. (2004). The effectiveness of continuous epidural infusion of low-dose fentanyl and mepivacaine in perioperative analgesia and hemodynamic control in mastectomy patients. *Journal of Clinical Anesthesia*, *16*(2), 88-91.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lee, A., & Gin, T. (2005). Educating patients about anaesthesia: effect of various modes on patients' knowledge, anxiety and satisfaction. *Current Opinion in Anaesthesiology*, *18*(2), 205-208.
- Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Ståhlberg, Marja-Riitta., & Lertola, K. (2001). The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*, *35*(2), 294-306.
- Lithner, M., & Zilling, T. (2000). Pre- and postoperative information needs. *Patient Education and Counseling*, *40*(1), 29-37.
- Lindwall, L., & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård – att förena teori och praxis* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-173). Lund: Studentlitteratur.

- Marret, E., Remy, C., & Bonnet, F. (2007). Meta-analysis of epidural analgesia versus parenteral, opioid analgesia after colorectal surgery. *British Journal of Surgery*, 94(6), 665-673.
- Morse, J., Bottorff, J., & Hutchinson, S. (1994). The phenomenology of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 20(1), 189-195.
- Neimi-Murola, L., Pöyhiä, R., Onkinen, K., Rhen, B., Mäkelä, A., & Niemi, T. T. (2007). Patient satisfaction with postoperative pain management - Effect of preoperative factors. *Pain Management Nursing*, 8(3), 122-129.
- Northern Nurses' Federation. (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. Hämtad 2013-01-15, från <http://www.sykepleien.no/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>
- Nortvedt, P. (2005). Etik och anestesisjukvård. I Hovind, I. L. (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 469-480). Lund: Studentlitteratur.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet* (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Orrevall, Y., Tishelman, C., & Permert, J. (2005). Home parenteral nutrition: A qualitative interview study of the experiences of advanced cancer patients and their families. *Critical Nutrition*, 24(6), 961-970.
- Polit, D., & Beck, C. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9:e uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rhodes, L., Miles, G., & Pearson, A. (2006). Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 12(4), 178-192.

- Rigg, J. RA., Jamrozik, K., Myles, P. S., Silbert, S. S., Peyton, J. P., Parsons, R. W., & Collins, K. S. (2002). Epidural anaesthesia and analgesia and outcome of major surgery: a randomised trial. *The Lancet*, 359(9314), 1276-1282.
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård*. Hämtad 2013-03-08, från <http://aniva.se/wp-content/uploads/2013/01/Komp-beskrivning-anestesi.pdf>
- Scheinin, H., Virtanen, T., Kentala, E., Uotila, P., Laitio, T., Hartiala, J., ... Jalonen, J. (2000). Epidural infusion of bupivacaine and fentanyl reduces perioperative myocardial ischaemia in elderly patients with hip fracture – a randomized controlled trial. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 44(9), 1061-1070.
- Schreiber, R., & MacDonald, M. (2009). Keeping vigil over the patient: a grounded theory of nurse anaesthesia practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 552-561.
- Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N., & Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*, 51(2), 169-176.
- Soltner, C., Giquello, J. A., Monrigal-Martin, C., & Beydon, L. (2011). Continuous care and empathic anaesthesiologist attitude in the preoperative period: impact on patient anxiety and satisfaction. *British Journal of Anaesthesia*, 106(5), 680-686.
- Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård. (2011). *Postoperativ smärtlindring*. Hämtad 2013-06-03, från <http://sfai.se/riktlinjer/postoperativ-sm%C3%A4rtlindring>
- Vadalouca, A. N., Mavromati, P. D., Goudas, L. C., Sifaka, I. V., Koutsoukou, V. P., Sykiotis, C., Kostadoulaki, M. V., & Daniel, B. C. (2000). Haemodynamic, endocrine and nociceptive response to gynaecological procedures under epidural local anaesthesia during continuous epidural infusion or bolus epidural fentanyl dosing. *Acute pain*, 3(3), 1-6.

- Vetenskapsrådet. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning – Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Hämtad 2013-01-15, från <http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/>
- Wattwil, M. (2005). Spinal-, epidural- och sakralanestesi. I Halldin, M., & Lindahl, S. (Red.), *Anestesi* (2:a uppl., s. 321-340). Stockholm: Liber.
- Werner, M. (2010). Introduktion. I Werner, M., & Leden, I. (Red.), *Smärta och smärtbehandling* (2:a uppl., s. 13-25). Stockholm: Liber.
- Werner, M. (2010). Balanserad analgesi. I Werner, M., & Leden, I. (Red.), *Smärta och smärtbehandling* (2:a uppl., s. 215-231). Stockholm: Liber.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- World Medical Association. (1964). *World medical association declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2013-01-15, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Øvereng, E. (2005). Postoperativ smärtlindring. I Hovind, I. L. (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 233-261). Lund: Studentlitteratur.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Forskningspersonsinformation

Patienters upplevelser av att erhålla ryggmärgsbedövning

Studiens bakgrund

I Sverige genomförs årligen över 1,1 miljoner operationer. I dagsläget har ryggmärgsbedövning fått en allt mer framträdande position som behandlingsalternativ för att lindra patienters eventuella smärta efter ett kirurgiskt ingrepp. Trots detta så saknas fortfarande tillräcklig kunskap om hur den enskilde individen upplever att erhålla ryggmärgsbedövning. Avsikten med den föreliggande studien är att få reda på hur Du som patient upplever att erhålla ryggmärgsbedövning efter Din operation. Studien vänder sig till patienter som nyligen genomgått ett kirurgiskt ingrepp vid Operationsavdelning 4, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer av utvalda patienter en kort tid efter att operationen är slutförd och patienten är tillbaka på vårdavdelning. Beräknad tid för samtalet är cirka 30 minuter. Intervjun kommer att bestå av öppna frågor där Du med egna ord får berätta om Dina tankar och känslor kring ämnet. Samtalet kommer att spelas in på band, efter avslutad intervju kommer de ansvariga för studien att avskilt lyssna igenom konversationen samt skriva ut den i textformat för vidare analys.

Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i forskningssyfte. Endast berörd forskningspersonal samt handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. All hantering av personuppgifter regleras utifrån Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i den vetenskapliga studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt, Du kan när som helst välja att avbryta medverkanen utan att behöva specificera varför. Ett beslut att avbryta det fortsatta deltagandet i studien kommer inte att på något vis påverka den övriga vården som tillhandahålls. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

Ansvariga för studien

Fredrik Furnander
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0738-29 89 64
gusfurfr@student.gu.se

Per Widlund
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0739-68 51 86
guswidpe@student.gu.se

Lars-Olof Persson
Handledare
Lektor, Filosofie Doktor
Tel: 031- 786 60 17



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Samtycke till deltagande i studie

Jag har erhållit muntlig och skriftlig information angående en studie om patienters upplevelser av ryggmärgsbedövning. Jag har fått möjlighet att ställa frågor samt har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan välja att avbryta mitt deltagande. Härmed samtycker jag till att bli intervjuad.

Datum: _____

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Ansvariga för studien

Fredrik Furnander
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0738-29 89 64
gusfurfr@student.gu.se

Per Widlund
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0739-68 51 86
guswidpe@student.gu.se

Lars-Olof Persson
Handledare
Lektor, Filosofie Doktor
Tel: 031- 786 60 17



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Till berörda Vårdenhetschefer och Verksamhetschefer på Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Förfrågan om intervjuer med patienter

Vi är två sjuksköterskor som i dagsläget studerar Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesisjukvård vid Göteborgs Universitet. Vi skriver till Er med anledning av vårt examensarbete som berör patienters upplevelser av att erhålla epidural analgesi. Vi ämnar genomföra en förstudie i samband med vår verksamhetsförlagda utbildning under vårterminen 2013 vilket involverar intervjuer av patienter. Med detta brev önskar vi få tillåtelse att genomföra studien hos Er. Studien vänder sig till patienter som erhåller epidural analgesi i samband med urologisk alternativt gynekologisk kirurgi vid Operationsavdelning 4, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Studiens bakgrund och syfte

Epidural analgesi är ett allt mer förekommande alternativ inom den postoperativa omvårdnaden för att lindra patientens eventuella smärtor efter ett kirurgiskt ingrepp. Trots den ökade frekvensen av patienter som erhåller behandlingsalternativet samt flertalet vetenskapliga studier inom området så saknas kunskap om den enskilde individens erfarenheter av att erhålla epidural analgesi. Därför finns det ett behov av ökad kunskap om hur patienten erfar denna typ av smärtlindrande behandling. Studiens syfte är att erhålla beskrivningar av patienters postoperativa känslor och upplevelser av epidural analgesi.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer av utvalda patienter efter informerat samtycke. Vi önskar att genomföra intervjuerna när patienten hunnit återhämta sig tillräckligt såväl fysiskt som kognitivt efter den generella anestesi. Tidsåtgången för samtalet är beräknad till cirka 30 minuter på en avskild plats som forskningspersonen känner sig bekväm i, vederbörande har rätt att själv välja plats där intervjun skall ske. Samtalet mellan intervjuare och forskningsperson kommer att bestå av frågor som berör epidural smärtlindring. Intervjuerna kommer inte att påverka den övriga vården. Den information som framkommer under intervjun kommer enbart att användas i studiesyfte. Endast berörd forskningspersonal som genomför studien samt ansvarig handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias. Deltagande i studien är helt frivilligt och patienten kan när som helst välja att avbryta sin medverkan. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan erhållas genom kontakt med nedan angivna personer och kommer även att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

Ansvariga för studien

Fredrik Furnander
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0738-29 89 64
gusfurfr@student.gu.se

Per Widlund
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0739-68 51 86
guswidpe@student.gu.se

Lars-Olof Persson
Handledare
Lektor, Filosofie Doktor
Tel: 031- 786 60 17

Fredrik Furnander
Per Widlund



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Samtycke till utförande av studie på berörd enhet/verksamhet

Härmed ger jag mitt samtycke till att studien genomförs enligt ovanstående beskrivning.

Enhet/Verksamhet:

Datum: _____

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Ansvariga för studien

Fredrik Furnander
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0738-29 89 64
gusfurfr@student.gu.se

Per Widlund
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0739-68 51 86
guswidpe@student.gu.se

Lars-Olof Persson
Handledare
Lektor, Filosofie Doktor
Tel: 031- 786 60 17



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Intervjuguide

Hur upplever du information som du erhållit om ryggbedövning?

Kan du beskriva hur du upplevde att få ryggbedövningen före operationens start?

Kan du beskriva dina upplevelser kring hur det känns att behandlas med ryggbedövning?