



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

PATIENTERS UPPLEVELSER AV TRAKEOSTOMI

Hanna Nyman
Shaoli Mitra

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2017
Handledare:	My Engström
Examinator:	Chatarina Löfqvist

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka vår handledare My Engström för en god handledning och bra synpunkter.

Titel (svensk)	Patienters upplevelser av trakeostomi.
Titel (engelsk)	Patient's experience of tracheostomy.
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/ 2017
Författare	Hanna Nyman och Shaoli Mitra
Handledare:	My Engström
Examinator:	Chatarina Löfqvist

Sammanfattning:

Bakgrund: Trakeotomi är ett kirurgiskt ingrepp som har ökat de senaste åren, ingreppet i luftstrupen utförs för att skapa en fri luftväg när olika sjukdomstillstånd hindrar detta. Trakeostomi är en påfrestning hos patienterna då den ger upphov till både fysiska och mentala svårigheter, där kommunikationssvårigheter är en av de mest uttalade. **Syfte:** Att undersöka patienters upplevelser av trakeostomi. **Metod:** Litteraturstudie med kvalitativ ansats där 10 vetenskapliga artiklar om trakeostomi granskades, varav en artikel använde sig utav mix method. **Resultat:** Patienter med trakeostomi upplevde en stark påverkan på normala kroppsfunktioner, där smärta runt stomat och obekvämlig slemansamling runt luftvägarna var påtagliga. Emotionell påverkan i form av kommunikationssvårigheter skapade känslor av maktlöshet och frustration. Sociala förhållanden och självbilden påverkades negativt. Tack vare copingstrategier i form av distraktion, information och olika tekniker för att hantera känslorna kunde patienterna enklare anpassa sig till den nya situationen. **Slutsats:** Resultatet visar att patienter uttryckte ett stort lidande när de beskrev sina upplevelser av trakeostomi, där kommunikationsproblematiken var den huvudsakliga orsaken. Oförmågan att vara delaktig i vården blev även ett lidande, vilket bör motivera sjuksköterskan till att bemöta dessa patienter med en nyfikenhet och lyhördhet för att finna nya strategier för att optimera patienternas förutsättningar för kommunikation. Därmed kan lidandet lindras och delaktigheten förstärkas.

Nyckelord: Trakeostomi, kommunikation, delaktighet, lidande, upplevelser

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Trakeostomi	1
Vem får trakeostomi?	2
Komplikationer	3
Behov och omvårdnad	4
Sjuksköterskans roll	5
Kommunikation	5
Lidandet	6
Delaktighet	7
Problemformulering	8
Syfte	8
Metod	8
Datainsamling	8
Litteratursökning	8
Inklusions- och exklusionskriterier	10
Kvalitetsgranskning	10
Analys	10
Etiska ställningstaganden	11
Resultat.....	11
Emotionella och psykosociala aspekter	11
Kommunikationssvårigheter	11
Sociala interaktioner	12
Självbild	13
Fysiska upplevelser	14
Påverkan av normala kroppsfunktioner	14
Smärtsamma procedurer	15
Copingstrategier vid trakeostomi	16
Finna nya strategier.....	16
Information	17
Tillitsfull, kontinuerlig och säker vård.....	18
Diskussion	18
Metoddiskussion	18

Resultatdiskussion	20
Kommunikation	20
Delaktighet	22
Lidandet	23
Förbättringsförslag i praktiken	24
Slutsats	25
Förslag till vidare forskning	25
Referenslista	26
Bilagor	

Inledning

Under vår studietid har vi haft praktik och sommarvikariat som undersköterskor på en kirurgisk avdelning med inriktning öron- näsa- hals. Där har vi mött flertalet patienter med en trakeostomi och vi upplevde att patienterna visade känslor i form av frustration och oro. Det väckte ett intresse hos oss att undersöka ämnet vidare, då vi själva upplever stora kunskapsbrister om trakeostomi och vad det innebär för patienten. Under sjuksköterskeutbildningen på vår institution ges ingen utbildning om trakeostomi, vilket vi ändå anser är viktigt då det är en patientgrupp som kan mötas på de flesta vårdavdelningar och i kommunen. I tidigare forskning framgår det att den här patientgruppen är sårbar i flera aspekter, därför vill vi undersöka vad patienterna själva har för upplevelser av trakeostomi.

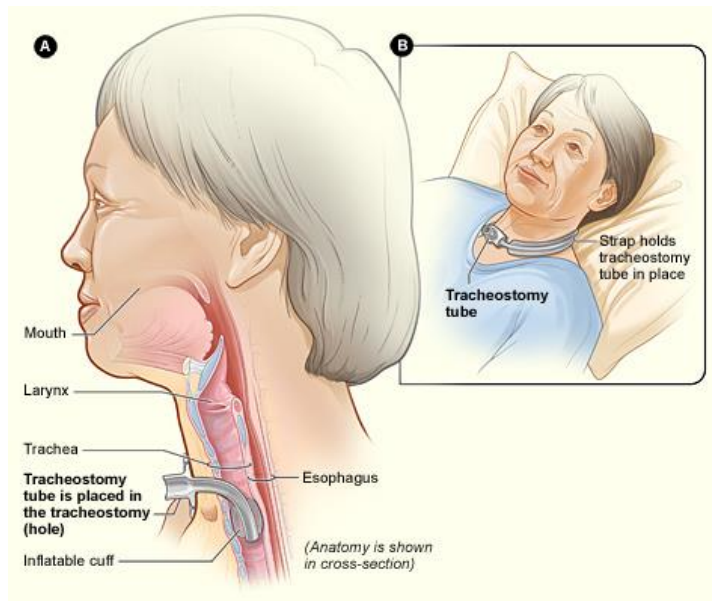
Bakgrund

I bakgrunden ges en introduktion och förklaring för ökad förståelse av vad trakeostomi är och innebär för patienten. Sjuksköterskans roll belyses i detta sammanhang. Som teoretisk referensram i bakgrunden används begreppen kommunikation, lidandet och delaktighet. De anses centrala inom omvårdnad och relevanta gentemot syftet med aktuell studie.

Trakeostomi

Hos patienter med någon form av andningssvikt görs en inläggning av trakealkanyl i luftstrupen genom ett snitt på halsens framsida så kallad trakeotomi, med syftet att skapa fri luftväg. Patienten erhåller då en trakeostomi som innebär att patienten andas via konstgjorda luftvägar genom en tub i luftvägen, som medför att andningen inte sker genom näsa och mun, (se figur 1). Luftpassagen går inte genom en naturlig väg via stämbanden utan istället via den inlagda tuben, vilket leder till nedsatt förmåga att kommunicera och bilda ljud. Trakealkanyl är en smal och böjd tub som kan variera i storlek och sort beroende på patientens anatomi. Ingreppet utförs antingen på operation via kirurgisk teknik eller på intensivvårdsavdelning med perkutan dilationsteknik. Största skillnaden mellan de två tillvägagångssätten är att perkutan dilationsteknik utförs bedside och oftast av en anestesiolog. Till skillnad från kirurgisk teknik som kräver en operatör och en operationssal. Risken för infektion och

blödning har påvisats vara mindre vid perkutan teknik samt att denna teknik även ger mindre ärr efter borttagning av kanyl (Dybwik, 2011).



Figur 1. Anatomisk översikt av trakeostomi (Google).

Patienter med trakeostomi har vanligtvis en luftfuktare på trakealkanylen för att anfukta inandningsluften då den naturliga anfuktningen via mun och näsa inte sker. Vissa patienter med etablerad trakeostomi kan använda en talventil, den sätts också på trakealkanylen istället för luftfuktaren i kortare perioder för att kunna producera tal (Vårdhandboken, 2017). Enligt Everitt (2016) kan en trakeostomi vara tillfällig eller permanent, beroende på bakomliggande orsak.

Vem får trakeostomi?

Sedan den perkutana dilationstekniken blev känd på 60-talet och i samband med förbättrad teknologiskt stöd har antalet patienter som har erhållit trakeostomi ökat under årens gång (Dawson, 2014). Antalet patienter i Sverige som erhåller trakeostomi kan studeras i en statistikdatabas på Socialstyrelsens hemsida. Ökningen kan ses mellan åren 2000- 2015 där år 2000 fick 1611 patienter en trakeostomi, år 2005 hade det ökat till 2485 patienter och år 2015 fick 3490 patienter en trakeostomi (Socialstyrelsens statistikdatabas, 2017). Den gemensamma faktorn, som nämnts tidigare är att patienten har en oförmåga att hålla luftvägarna fria, vilket kan orsakas av missbildningar, tumörer, muskelförtviningsjukdomar

eller svalgpareser (Dybwik, 2011). Enligt Lindestad (2012) kan också cancer inom huvudhalsregionen, exempelvis larynx eller stämbandscancer ge behov av trakeostomi.

Även trauma som vid exempelvis bilolyckor, främmande kropp, trubbigt eller skarpt våld mot luftstrupen kan innebära att trakeostomi är nödvändigt för att säkra den fria luftvägen (Kuylenstierna, Lindestad, Björck & Bengtsson, 2012).

Komplikationer

Eftersom luften inte passerar genom stämbanden kan inte ljud produceras som vanligt vilket ger upphov till svårigheter att kommunicera, vilket anses för patienten vara något av det svåraste att handskas med. Om möjligheter finns är det viktigt att ge information till patienten eller närstående kring hur kommunikationen påverkas av ingreppet, samt vilka hjälpmedel som finns för att underlätta kommunikationen (Dawson, 2014).

Enligt Vårdhandboken (2017) kan hjälpmedel som anteckningsblock, pektavla och läsplatta användas för att förstå varandra. Vanligtvis hos patienter som har trakeostomi under en längre period kan fenestrerade trakealkanyler med talventil användas, som ger möjlighet till luftpassage genom kanylens ytterkurva när talventilen används. Luften når därmed stämbanden lättare och patienten kan producera tal, dock blir ljudet på talet annorlunda än innan. Talventilen är något som bör användas med försiktighet och inte under allt för långa perioder. Det på grund av att luften inte anfuktas tillräckligt som vid användning av luftfuktare och på grund av att andningen kan bli mer ansträngd, då talventilen täpper till en del av inandningen. En nedsatt hostförmåga uppkommer också för att trakeostomi gör att hoststöten blir svagare, vilket medför att sekret blir svårare att få bort från luftvägar och sugning av luftvägar kan därför bli nödvändigt. Eftersom inandningsluften inte passeras naturlig väg riskerar den att bli torr och kan leda till att krustor bildas och slemhinnorna blir uttorkade i luftstrupen. Luftfuktare bör användas och även inhalationer kan bli nödvändigt. En annan viktig aspekt är att smak och luktsinne ändras vilket kan påverka patienten i sociala sammanhang (Vårdhandboken, 2017).

Även risk för tryckskador kan förekomma på grund av trakealkanylens tryck mot luftstrupens slemhinneväggar. Trakeostomi kan förses med en kuff som kan fyllas med luft och det är

framförallt när den är uppkuffad som risk för trycksår föreligger. Sväljning och matintag kan också påverkas negativt på grund av kanylens tryck mot matstrupen. Även blödningsrisk kan föreligga efter ingreppet på grund av flera närliggande blodkärl, vid stora blödningar krävs akuta åtgärder (Vårdhandboken, 2017).

Enligt Dybwik (2011) finns det olika skäl till varför en patient får en trakeostomi med kuff, vanligtvis är det på grund av svalgpares som kan leda till aspiration av kroppsvätskor och mat, som kuffen då kan förhindra. En annan orsak är ifall patienten är i behov av respiratorvård och då förhindrar kuffen luftläckage uppåt.

Smärtor och irritation runt stomat är vanligt förekommande och det kan också vara en indikation på en av de vanligaste komplikationerna; infektion i stomat och i luftvägarna.

Infektion i stomat orsakas vanligtvis på grund av bristande hygien och skötsel.

Luftvägsinfektionsrisken ökar på grund av att patienter med trakeostomi inte har den naturliga förmågan att rena inandningsluften och här kan dålig hygien och skötsel bidra till luftvägsinfektioner (Dybwik, 2011).

Behov och omvårdnad

Enligt Dybwik (2011) är trakeostomi en omvälvande händelse för patienten som kräver specifik omvårdnad och grundlig information samt uppföljning. För patienten kan det uppkomma flera frågor gällande hantering och skötsel av stomin, där tydlig information och utbildningen behöver ges för att undvika de komplikationer som nämndes ovan, exempelvis infektion. Upplevelser av trakeostomi är olika för alla, exempelvis ökad oro för att trakealkanylen ska ramla ut, social isolering, rädsla för att livet inte blir som förut, svårigheter i kommunikation, fysiskt obehag och en känsla av inskränkning på den egna kroppen. Sjuksköterskor har en viktig roll i den specifika omvårdnaden som krävs för patienter med trakeostomin, så som regelbunden information och upplärning för skötsel av stomat. Undervisning i form av träning samt regelbundet stöd till patienten är av stor vikt för att skapa trygghet och säkerhet. Patienter är i behov av tydlig kommunikation och det är viktigt att bekräfta patientens känslor (Dybwik, 2011).

Trakeostomi är specialistvård där regelbunden undervisning bör ske på sjukhus och sjukvårdspersonal som har utbildning i trakeostomivård får endast utföra skötseln av trakeostomin (Everitt, 2016).

Sjuksköterskans roll

Som sjuksköterska finns det lagar och etiska riktlinjer att förhålla sig till. Internatinal Council of Nurses (ICN) ger sjuksköterskan etisk vägledning och etiska koder att följa i dagligt omvårdnadsarbete. Enligt dessa koder har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, återställa hälsa, förebygga sjukdom samt lindra lidande (Hedelin & Jormfeldt, 2014). Att ta hänsyn till mänskliga rättigheter och ha ett bemötande gentemot patienten som uppvisar respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, integritet och trovärdighet är grundläggande i sjuksköterskans yrkesroll (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Hälso- och sjukvården ska vara jämlik oberoende av exempelvis härkomst, kön eller kulturella värderingar, vilket även styrks i svensk lagstiftning enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763).

Kommunikation

Eftersom patienter med trakeostomi har nedsatt kommunikationsförmåga fokuserar aktuell studie på detta begrepp. Kommunikation är enligt Baggens och Sandén (2014) ett redskap som används för att erhålla förståelse gentemot varandra och är därmed ett viktigt begrepp som används kontinuerligt inom omvårdnad.

Kommunikation är ett begrepp som kan ha olika innebörd men i aktuell uppsats ligger fokus på överföring av information, mellan patient och vårdpersonal. Kommunikation är en aktivitet som vi skapar och gör, den skapar förbindelser och det är ett inlärt sätt att ge och få information på. Kommunikationen är viktig inom vården för samarbetet mellan vårdare och patient för att mötet ska kunna bli effektivt och för att en förståelse ska kunna byggas upp. Förståelsen är viktig för att utbytet av information ska fungera och för att en känsla av trygghet ska kunna skapas. Människor kommunicerar också för att kunna tillfredsställa olika personliga behov och kommunikationen har en innebörd som kan betyda att göra någon delaktig i något (Fossum, 2013). Enligt Dybwik (2011) kan olika hjälpmedel för kommunikation användas och logopederna kan ingå i det multiprofessionella teamet. Logopederna kan hjälpa patienten att finna olika hjälpmedel och sätt att formulera sig

kommunikationsmässigt. För att den verbala kommunikationen ska fungera krävs en fungerande röst. Om kommunikationen ska fungera väl krävs också en vilja att förstå den andres önskemål, erfarenheter och åsikter (Carlsson & Björk- Brämberg, 2014).

Enligt Everitt (2016) är kommunikationen en viktig del i att kunna hantera livet med en trakeostomi. Författaren belyser också att patienterna i studien upplevde känslor av frustration över att inte kunna kommunicera som andra, vilket kan bidra till depressioner och att inte kunna göra sig förstådd bland familj och vänner kan leda till isolering och tillbakadragning. Isolering och tillbakadragning kan då eventuellt öka det lidandet som redan kan finnas hos en patient med trakeostomi (Everitt, 2016).

Lidandet

Lidandet är enligt Baggens och Sandén (2014) något som kan uppfattas privat men det kan även vara relationellt och delas med andra genom att kommunicera sina tankar, upplevelser och lidandet. När en patient har trakeostomi är dock förmågan att producera tal och kommunicera med andra nedsatt, därmed har sjuksköterskan en viktig roll i att kunna minska det lidande som kommunikationssvårigheter då kan medföra.

Wiklund Gustin (2014) beskriver att lidandet är ett omvårdnadsbegrepp som är vanligt förekommande inom hälso-och sjukvården. Begreppet är individuellt och kan uppvisas på flera olika sätt, men gemensamt är att personen ställs inför en utmaning i livet som är svår att hantera och förstå sig på. Exempel på lidande kan vara ångest, svåra smärtor, rädsla eller upplevd svårighet att anpassa sig till ett liv som plötsligt tog en annan vändning. Lidandet har inte någon fysisk kontext, utan det är individen som lider utifrån en specifik situation och där personens tidigare erfarenheter och upplevelser vävs samman. Exempelvis kan personens tidigare erfarenheter av smärta påverka hur mycket lidande som kommer upplevas framöver. Lidandet kan också beskrivas utifrån två olika perspektiv, utifrån- och inifrånperspektivet. Utifrånperspektivet ger en teoretisk bild av lidandet och generaliserar begreppet till en nivå där lidandet ses som självklar del för alla människor. Inifrånperspektivet handlar om att se den enskilde individens perspektiv på lidande samt hur personen upplever sin hälsa och livsstil. Lidandet medför konsekvenser för människans förmåga att gå vidare i livet (Wiklund Gustin, 2014).

Lidandet hos patienter kan förekomma i flera olika dimensioner och relationen mellan patientens hälsa och upplevelse av lidande är parallella. En aspekt som ger upphov till lidande är om patienten upplever en otrygghet och rädsla i en situation som inte bekräftas eller tas på allvar av omgivningen (Wiklund Gustin, 2014). Patienter med trakeostom kan uppleva ångest och panik över känslan att inte kunna andas normalt och för flertalet patienter kan det vara det mest skrämmande de någonsin har upplevt, vilket då ger upphov till ett lidande. Det är vanligt att patienter får en betydlig ångest och frustration efter ingreppet och det kan ta lång tid att vänja sig vid tanken av att få leva med stomin (Dybwik, 2011)

Även patientdelaktigheten påverkas, Eldh (2014) till exempel, skriver om delaktighet och belyser vikten av att dela information och skapa en relation till patienten. Om patienten inte kan förmedla information, kan delaktigheten försämrans och då finns risken att beslutsförfattandet tas över patientens huvud.

Delaktighet

Enligt svensk lagstiftning ska det ges förutsättningar för patienter att medverka i sin vård och vara delaktig i beslut samt få möjlighet att bestämma över sin vård (SFS 1982:763).

Enligt Eldh (2014) har delaktighet flera olika betydelser men begreppet innefattar att patienten har någon form av medverkan och får ta del av den vård och de åtgärder som erbjuds. För att patienten ska kunna vara delaktig i vården är det viktigt med information och att en relation byggs upp mellan patient och sjukvårdspersonal. För att skapa förutsättningar för patientens deltagande är det väsentligt med en regelbunden och fungerande kommunikation. Vid kommunikationssvårigheter, som patienter med trakeostomi har, påverkas delaktigheten och möjligheten till inflytande och bestämmande över sin vård, men genom att stärka patientens förutsättningar i vården kan följsamhet skapas och delaktigheten ökas. Att ta hänsyn till och respektera olika personliga värderingar samt kulturella skillnader är betydande för att patienten ska kunna vara delaktig. Vilket kan ske med hjälp av ökad och anpassad information till patienten, ett ömsesidigt förhållningssätt, att patienten får medverka i vårdplaneringen och besluten samt lyssna på patientens synpunkter (Eldh, 2014).

Problemformulering

Det blir allt vanligare att patienter får en trakeostomi och tidigare forskning visar att detta är en sårbar grupp, relaterat till att patienterna är beroende av den för att kunna andas samt de komplikationer en trakeostomi medför. Trakeostomin innebär en stor omställning för patienten och känslor som frustration, rädsla och oro är vanligt förekommande. Det är vanligt att ingreppet medför en stor inverkan på patienternas tal och kommunikation och går det inte att kommunicera sina tankar och känslor tillräckligt kan det leda till ett ökat lidande hos patienten och en minskad delaktighet i både livet och vården. Därför är det viktigt att förståelse och kunskap gällande patienters upplevelser av trakeostomi lyfts fram, för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad.

Syfte

Syftet med litteraturstudien är att undersöka patienters upplevelser av trakeostomi.

Metod

En litteraturöversikt utfördes enligt Friberg (2012) för införskaffning och kartläggning av data inom problemområdet för att kunna genomföra en litteraturstudie. Det innebär till en början att läsa relevanta abstrakt och få en bra översikt inom området.

Datainsamling

Litteratursökningen redovisas i bilaga 1.

Litteratursökning

Cinahl användes främst som databas för att finna litteratur som svarar mot syftet, då databasen innehåller flest artiklar relaterade till omvårdnad. Sökningar i PubMed gjordes utöver för att söka fler relevanta artiklar. I sökningarna användes ”Medical SubjectHeadings”

så kallade MeSHtermer i samtliga databaser, som är en databas med synonymer av sökord (Karlsson, 2015).

Första sökningen gjordes i databasen Cinahl med sökordet ”Tracheostomy” AND ”Experience*”. ”Tracheostomy” användes som ett konstant sökord i samtliga databaser. Sökordet ”Experience” valdes för att få fram kvalitativa data och erhålla patientens upplevelser. Sju artiklar valdes i den här sökningen. Ordet AND användes för att tillägga sökord som handlade om patientens upplevelser och erfarenheter av trakeostomi. För att vidga antalet träffar och få fram data med alla böjningar av ordet, användes trunkering. Användning av trunkering medför att ordet som används i sökningen böjs i alla former och därmed resulterar det i fler träffar (Östlundh, 2012).

Därefter användes sökorden ”Tracheostomy” AND ”Communication*” AND ”Experience*”. Dessa sökord valdes för att få mer specifika träffar och relevanta artiklar. Flera artiklar som hittades i föregående sökning upprepades i den här sökningen. Sökorden ”Tracheostomy” AND ”Perception*” användes för att hitta artiklar gällande patientens uppfattning inom ämnet där en artikel valdes. Den fjärde sökningen innefattades utöver sökordet ”Tracheostomy” också ”Mechanically ventilated”. Det ordet valdes för att det är ett ord som är återkommande i artiklar som har valts och framkommit i föregående sökningar.

Sökorden ”Tracheostomy” AND ”Head and neckcancer” användes i den femte sökningen i Cinahl, då trakeostomi är vanligt förekommande inom öron-näsa-hals cancer och vilket eventuellt hade kunnat bidra med fler träffar, dock valdes ingen artikel i denna sökning. Sökningar gjordes även PubMed för att databasen har ett brett utbud av medicinska vetenskapliga artiklar, som kanske inte kunde finnas i Cinahl. ”Tracheostomy” AND ”Head and neck cancer” AND ”experience” användes som sökord. Majoriteten av artiklarna hade kvantitativ ansats och besvarade inte vårt syfte men en artikel valdes.

En ytterligare sökning i Cinahl gjordes med sökorden ”Mechanical ventilation” AND ”Statements” utöver ”Tracheostomy” för att få fler relevanta artiklar, då det under artikelsökningen framkom att flertalet trakeostomerade patienter använder sig utav en ventilator, en artikel hittades vid denna sökning.

Totalt valdes tio artiklar till resultatet, nio artiklar hade kvalitativ ansats och en använde sig av mixed method, vilket innebär att data samlats in både kvantitativt och kvalitativt.

Inklusions- och exklusionskriterier

Artiklar identifierades utifrån inklusions- och exklusionskriterier som valts för att besvara problemområdet och syftet. Inklusionskriterier var att artiklarna på något sätt undersökte patientens subjektiva upplevelser av trakeostomi och förde etiska resonemang. I första hand inkluderades artiklar där deltagarna var vuxna individer över 18 års ålder, men under sökningen hittades även studier på barn som ansågs som relevanta för syftet. Urvalet av artiklar begränsades utifrån ”full text” i sökningen, för att få tillgång till hela materialet. Artiklar som enbart hade kvantitativ ansats som metod exkluderades helt. Att resultatet i studierna svarade mot syftet och hur trovärdigt resultatet var i förhållande till antalet deltagare var viktigt. Vid användning av databasen Cinahl var den konstanta begränsningen i sökandet ”peer reviewed”.

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning gjordes utifrån Friberg (2012) granskningsmall av kvalitativa artiklar. Utifrån givna frågor i mallen kring de valda artiklarnas innehåll kunde studiernas kvalitet säkerställas. De artiklar som innehöll den information som mallen frågade efter samt att den i subjektiv bedömning ansågs relevant, ansågs ha hög kvalitet.

Analys

Kvalitetsanalys gjordes enligt Friberg (2012) för att se om artiklarna uppfyllde kraven för en god kvalitet. Sedan utformades en tabell enligt Willman et al. (2016) där syftet var att få en översikt av artiklarna, som redovisas i bilaga 2. Med hjälp av översikten kunde en jämförelse av artiklarna med dess likheter och skillnader ske. Även styrkor och svagheter jämfördes, för att få en bra helhetsbild över artikeln. Vid sammanställning av resultat lästes artiklarna flera gånger för att finna gemensamma teman, där betydelsefulla begrepp och citat stryktes under med färgpennor. Enligt Friberg (2012) delades resultatet i de olika studierna upp i huvudteman och subteman, där syftet var en vägledning för att formulera dessa.

Etiska ställningstaganden

Ett krav vid urvalet av artiklar till aktuell studie var att samtliga artiklar som inkluderades förde ett etiskt resonemang. I tre av artiklarna framgår inget etiskt godkännande men de förde ett etiskt resonemang och blev därmed valda.

Enligt Olsson & Sörensen (2011) är tystnadsplikt, anonymitet och förvaring av information exempel på etiska resonemang som bör lyftas fram och är likställt med ett etiskt godkännande. I några av artiklarna belyses vikten av att deltagarna har möjlighet att avbryta intervjun när de vill samt att stöd och uppföljning i form av samtal kunde erbjudas.

Godhetsprincipen beskrivs i Olsson & Sörensen (2011) som en princip som innebär att förebygga skada och göra gott, vilket bekräftas med att deltagarna fick möjlighet till stöd i efterhand.

Resultat

Utifrån analysen av artiklarna identifierades tre huvudteman och under dessa huvudteman framgick flera subteman som beskriver patienters upplevelser av trakeostomi. Se tabell 1.

Tabell 1. Huvudtema & subtema

Huvudtema	Subtema
Emotionella och psykosociala aspekter	Kommunikationssvårigheter Sociala interaktioner Självbild
Fysiska upplevelser	Påverkan av normala kroppsfunktioner Smärtsamma procedurer
Copingstrategier vid trakeostomi	Finna nya strategier Information om trakeostomi Tillitsfull, kontinuerlig samt säker vård

Emotionella och psykosociala aspekter

Kommunikationssvårigheter

Enligt Flinterud och Andershed (2015) var känslorna som uppstod varierande men återkommande var frustration och ilska. Dessa känslor relaterades ibland till hela situationen över trakeostomin och ibland i relation till kommunikationssvårigheterna. Patienter beskrev

känslor av frustration över att inte kunna förmedla sin vilja, vilket ibland kunde leda till irritation och ilska för att de kände att ingen förstod det de önskade förmedla. Patienterna uttryckte också känslor av maktlöshet och hopplöshet när de inte kunde kommunicera vilket kunde leda till att de gav upp att försöka kommunicera. Maktlösheten kunde också uppkomma när patienterna kände sig oförmögna att förmedla upplevd smärta och de beskrev hur de skrek inombords men inte fick ut ett ord till sjukvårdspersonalen. Vilket i sin tur kunde leda till känslor av panik och stress av att förlora kontrollen över situationen (Flinterud & Andershed, 2015). Enligt Carroll (2007) skapades också känslor av maktlöshet när patienter upplevde svårigheter att förmedla vilka behov de behövde få tillgodosedda, exempelvis toalettbestyr, smärtlindring och sugning.

Carroll (2007) belyste också hur känslor av frustration, ilska och stress uppkom i samband med kommunikationssvårigheter, men även andra känslor som ångest och chock över situationen var förekommande. Diverse ansiktsuttryck som observerades hos patienterna i studien bekräftade den ilska och ångest patienterna upplevde, i form av spända ansiktsrörelser och likgiltighet. Studien reflekterade också över de upplevelser som uppkom när patienter med trakeostomi insåg att de inte hade förmågan att kunna kommunicera verbalt. Trots att de hade tillgång till hjälpmedel och fick stöd för att kunna kommunicera på olika sätt ansåg patienterna att det inte var äkta kommunikation och att livskvaliteten försämrades. Eftersom rösten hade en sådan betydande roll för människan och för förbindelsen med andra människor, bidrog kommunikationssvårigheten till ett stort hinder i patientens dagliga liv, vilket medförde att patienter upplevde isolering (Carroll, 2007).

Sociala interaktioner

I fyra av studierna framkom det att patienterna upplevde hur deras sociala interaktioner påverkades av trakeostomin. I Foster (2009) artikel belystes hur trakeostomin hade en inverkan på patienternas dagliga liv, bland annat kunde social isolering uppstå efter vakna nätter med hosta som medförde trötthet på dagen. Energilöshet uppstod och en patient beskrev att han drog sig undan från sociala möten som han annars hade välkomnat. En obekvämhets kring att ha något i sin hals som andra kunde stirra på gjorde att vistelser utomhus blev obehagligt och undveks (Foster, 2009). Känslor av social isolering och ensamhet var något som också beskrevs hos barn i Spratling, Minick och Carmon (2012) studie, där barnen

upplevde sig ”vara de enda i hela världen med trakeostomi” och känslor av ensamhet och utanförskap uppstod.

Flinterud och Andershed (2015) beskrev att patienter tyckte det var viktigt att ha någon nära, exempelvis familj som stöd vid erhållande av trakeostomi. Patienterna beskrev hur betydelsefullt det var för dem att familjemedlemmar förstod deras sätt att kommunicera på och ha som socialt stöd i svåra situationer. Spratling et al. (2012) belyser också vikten av att patienterna i deras artikel, som var barn, tyckte det var viktigt med socialt stöd och hos barnen var vänner i och utanför skolan av betydelse och fungerade som ett stöd i deras dagliga liv. Att de fick hjälp med sin trakeostomi och att ha någon de kunde kommunicera med betydde mycket för barnen, något som även belystes vara viktigt hos vuxna i Flinterud och Andershed (2015) studie.

Även ungdomar beskrev vikten av ett socialt nätverk i form av vänner, där vänner definierades som personer som gav stöd och fick ungdomarna att känna sig som självständiga individer. För ungdomarna hade skolan en stor betydelse för att upprätthålla det sociala livet (Spratling, 2012).

Självbild

I Carroll (2007) studie upplevde patienter att de inte var sig själva utan sin röst, då rösten var en del av deras integritet och speglade deras personlighet. Att inte ha sin röst kvar skapade en tomhet och att en betydelsefull del av deras kropp förlorades. Studien beskrev den förlorade kommunikationen med en liknelse över att förlora en viktig kroppsdel, vilket gav upphov till en funktionsnedsättning för patienten. Patienter förändrade även sin uppfattning över hur de blev sedda av andra, vilket påverkade deras självbild på ett negativt sätt. Förutom saknaden över att inte ha sin röst kvar var det även känslan av frihet som rösten medförde för patienterna som saknades. Utan sin röst upplevde patienterna att de inte var tillräckliga eller fullständiga.

”Being trapped in a silent, slow lifeworld makes me feel frustrated and incomplete.”
(Carroll, 2007., sid. 1168)

Patienter beskrev rösten som en självklar och integrerande del av dem själva, som togs för givet. Flera patienter upplevde sorg över att inte kunna samtala på det normala sättet och en patient beskrev att det var som att få ett straff och som skadade deras självkänsla (Carroll, 2007). Enligt Sherlock, Wilson och Exley (2009) visades också upplevelser bland de kvinnliga patienterna att trakeostomi medförde en negativ inverkan på deras självbild med fokus på den utseendemässiga aspekten av den, då trakeostomin upplevdes som ett motbjudande objekt och fick de att känna sig mindre attraktiva. Ungdomarna i Spratling (2012) studie upplevde en stark känsla av att vilja bli behandlade som vem som helst och inte för deras behov av respiratoriskt stöd med trakeostomi och en av patienterna kände sig hindrad till att vara sig själv när sjukvårdspersonal följde med till skolan.

I Donnelly och Wiechula (2005) studie framkom patienters upplevelser av att ha en trakeostomi och även i denna studie bekräftades den förlorade rösten som något som påverkade patientens självbild och hur stor inflytande rösten hade för människors självuppfattning. Rösten är något som identifierades med en person och hade lika stor betydelse som personens utseende, personlighet och symboliserade det unika hos en individ (Donnelly & Wiechula, 2005).

Fysiska upplevelser

Påverkan av normala kroppsfunktioner

Förlorad verbal kommunikation är ett återkommande tema i samtliga studerade artiklar. Enligt Karlsson, Lindahl och Bergbom (2011) är det en problematisk och främmande upplevelse som tar mycket energi från patienterna och att regelbundet formulera sig skriftligt eller med hjälp av kroppsspråk upplevs mycket ansträngande. Det här problemet belystes även i Flinterud och Andershed (2015) studie där deltagarna beskrev kommunikationen som mödosam på grund av muskelsvaghet eller skakningar. Vilket gav upphov till svårigheter att använda underlättande hjälpmedel för kommunikationen som exempelvis bildböcker eller att skriva på papper. Patienterna beskrev att det krävdes både en fysisk och en emotionell ansträngning för att kunna hantera den uppkomna kommunikationssvårigheten (Flinterud & Andershed, 2015).

Enligt Sherlock et al. (2009) hade patienter med trakeostomi ofta sväljningssvårigheter relaterat till kanylens position i luftvägarna. Smärta uppkom runt stomat vid förtäring av mat och dryck. Att inte kunna svälja och dricka normalt medförde en stark känsla av uttorkning och törst, då patienter fick minskad salivproduktion till följd av sväljningskomplikationerna. Även i Foster (2009) studie beskrevs avvikelser av de normala kroppsfunktionerna hos patienter med trakeostomi, exempelvis mat- och sväljsvårigheter som för patienterna var en svårhanterlig känsla. Även i denna studie beskrevs hur trakeostomerade patienter kunde ha en ömmande hals vilket försvårade matintaget och hindrade patienter från att ha en normal diet (Foster, 2009).

En annan betydande negativ fysisk aspekt som uppmärksammades i Foster (2009) studie är den ökade hostan som uppkom hos patienter med trakeostomi. Vid byte av kanyl uppkom en stark hostreflex som medförde trötthet och gjorde patienten orkeslös. Sömnsvårigheter kunde då inträffa och vara en belastning för patienterna, på grund av distraktionen från trakeostomi som ofta behövde regelbundet skötsel samt att miljöombytet på sjukhus skapade störningar i dygnsrytmen. Oljud från tekniska utrustningar samt att vårdpersonal under nattetid ofta tittade till patienterna gjorde också att sömnen stördes (Karlsson et al., 2011).

Smärtsamma procedurer

Trakeostomi visades ha en stor inverkan på patienters fysiska tillstånd. Enligt Sherlock et al. (2009) upplevde patienter stomin som ett ovälkommet och främmande objekt i halsen som skapade smärta och medförde att huvudet inte kunde vridas normalt.

I Rogers, Russell och Lowe (2016) studie framhävde de också hur ovälkommen trakeostomin var, där somliga deltagare hade genomgått flera ingrepp men ändå belyst att trakeostomin var den mest traumatiska utav alla ingrepp. Relaterat till smärta och den slemansamling i luftvägen som krävde bortsugning för att motverka upplevelser av kvävning. Eftersom sugning av luftvägarna är av stor vikt för att erhålla fri luftväg är det en vanligt förekommande procedur, men som skapade mycket smärta och obehag. Patienterna beskrev sugningen som en splittrad upplevelse av smärta när katetern fördes in, men samtidigt skapades lättnadskänslor över att slemmet försvann och patienten kunde andas ordentligt igen. Den splittrade upplevelsen vid en sugning var anmärkningsvärd för patienten. En patient i

Sherlock et al. studie (2009) beskrev det som en känsla av att nästan explodera, men att det senare upplevdes som en befriande känsla när allt slem hade avlägsnats.

Copingstrategier vid trakeostomi

Finna nya strategier

Att erhålla en trakeostomi är enligt Flinterud och Andershed (2015) en transition som kan vara svårhanterlig och skapar mycket varierande känslor som påverkar patienten. Resultatet i deras studie visade att den svåraste perioden var i början när allt var nytt och främmande, då nya skrämmande känslor var vanligt, men med tiden blev situationen mer hanterbar och acceptabel. För att hantera känslor som frustration och maktlöshet fann patienterna nya strategier för att hantera svåra situationer. En del av patienterna som visste att deras trakeostomi bara var tillfällig var vaksamma och väntande på att få reda på när den skulle avvecklas, som var en typ av coping för att kunna härda ut under svåra stunder eftersom trakeostomin inte var permanent. Andra använde humor för att hantera svåra situationer, vilket bland annat bekräftades i Karlsson et al. (2011) forskning där patienterna kände sig omhändertagna när sjuksköterskorna skämtade tillsammans med dem.

Andra coping strategier som patienter använde sig av var olika distraktionstekniker som att se på tv, inte tänka på situationen eller att sätta situationen i ett större perspektiv. Exempelvis berättade en patient att han var glad över att leva och att han hade det bättre än vissa andra personer. Några av patienterna föredrog att planera för framtiden och sätta upp mål för sig själva (Carroll, 2007). En del av patienterna beskrev i Flinterud och Andershed (2015) studie att de med tiden upplevde en lyckad kommunikation med hjälp av gestikulerande, läppläsning och kroppsspråk, vilket kunde bidra till en känsla av coping strategi. Några hade möjligheten till användning av talventil, vilket underlättade kommunikationen avsevärt.

I Spratling et al. (2012) studie ansåg de äldre barnen att det var viktigt att förklara för andra om trakeostomin, för att kunna hantera situationen med målet att avdramatisera bilden av trakeostomin för omgivningen. Ett av barnen lyfte fram att de var som alla andra barn, skillnaden var bara att stomin var ens näsa. Berättandet för andra var också ett sätt för barnen att lära känna och umgås med andra barn, vilket hjälpte dem mycket.

Information

Enligt Dyrstad, Hansen och Gundersen (2012) kan patienters upplevelser av trakeostomi både vara fysiska och emotionella, där informationen hade en betydande roll som gjorde att patienten blev väl förberedd och medveten om vad som väntade. Mängden information var avgörande för hur patienten upplevde situationen och enligt dem ska den vara skraddarsydd och anpassad efter patientens individuella förutsättningar. Somliga patienter upplevde informationen de fick som bristfällig och inte optimal. De var osäkra gällande trakeostomin, exempelvis huruvida den skulle vara permanent eller inte, och en patient berättade att de inte hade blivit förvarnade om att kommunikationssvårigheter kunde uppstå. En annan uttryckte sig inte minnas något av informationen som vårdpersonalen hade givit, vilket gav upphov till en chock när patienten sedan vaknade med en trakeostomi på en intensivvårdsavdelning (Dyrstad et al., 2012). I Sherlock et al. (2009) studie lyftes patienternas upplevelser av informationen från vården fram och det framkom även där att flertalet patienter upplevde informationen otillräcklig och att de hade fått lite, eller inte överhuvudtaget, information gällande trakeostomi och vad det innebar. För att kompensera det dåliga informationsutbytet fick en patient låta sina familjemedlemmar ta fram information genom att hämta en anatomibok som förklarade trakeostomin och hur tuben såg ut. En annan patient fick veta av en närstående att den verbala kommunikativa förmågan försvinner vid en trakeostomi och inte från sjukvårdspersonal. Flera patienter påpekade även att trots viktig information hade givits, var det svårt att ta till sig detta då de fortfarande befann sig i chocktillstånd över den nya situationen.

"They tell you what's going to happen. They're going to put this tube in your throat to help you breathe but with me it wasn't until I actually realized I'd got it there that I thought what's with this thing?" (Sherlock et al., 2009, s. 504)

Sherlock et al. (2009) studie bekräftar också patienters vilja av att informationen skulle vara anpassad efter individens förutsättningar och patienterna upplevde att de enklare kunde ta till sig informationen om den både var muntlig och skriftlig. De gav även förslag på hur informationen skulle kunna förklaras för att patienterna skulle kunna förstå, exempelvis genom pappersblad, modeller, undervisning samt att personalen gav tid för att sitta och samtala om ämnet. Att använda sig utav hjälpmedel för att förmedla information belystes även i Rogers et al. (2016) studie där en patient ansåg att hjälpmedel i form av fotografier, där

man samtidigt förklarade vad en trakeostomi är, hur länge den skulle sitta och hur den påverkade talförmågan hade underlättat.

Tillitsfull, kontinuerlig och säker vård

I Flinterud och Andershed (2015) studie fann de faktorer som kunde bidra till positiva upplevelser enligt patienterna, trots svåra omständigheter. Trygghet och säkerhet var betydande faktorer och dessa uppnåddes med hjälp av sjukvårdspersonal som fick dem att känna sig trygga. Flera deltagare påpekade att fysisk kontakt och ögonkontakt kunde minska känslor av ångest. En patient i Flinterud och Andershed (2015) studie påpekade att sjukvårdspersonalen var där när ångesten kom, de försökte lugna genom att hålla handen, de talade med patienten även fast patienten inte kunde tala tillbaka och ögonkontakten var viktig.

Patienterna i Karlsson et al. (2011) artikel hade liknande upplevelser av att sjuksköterskor vårdade dem i alla dimensioner, det gjorde att patienterna upplevde trygghet och säkerhet, vilket medförde att de kunde slappna av mer. Patienterna uppskattade när sjuksköterskorna förstod deras försök till kommunikation och det gav upphov till en ökad känsla av välbefinnande. I Dyrstad et al. (2012) belyste patienterna vikten av trygghet när ens hälsa var påverkad och kontinuitet i vården samt att vårdpersonalen hade kunskap om trakeostomin var punkter som stärkte tilliten till vårdaren. Att kontinuitet och trygg vård av sjuksköterskor minskade osäkerheten i kommunikationen då sjuksköterskorna lärde känna patienterna väl under vårdtiden och förstod bättre vad patienterna ville berätta, bekräftades även i Carroll (2007) studie. Det framgick även att kommunikationen förbättrades när sjuksköterskorna gav sig tid att lära känna patienten som person. Att återfå rösten skapade återigen en känsla av kontroll, vilket gav upphov till att patienterna kände sig mindre maktlösa och upplevde att deras behov lättare tillgodosågs (Carroll, 2007).

Diskussion

Metoddiskussion

Aktuell uppsats är en litteraturbaserad studie med kvalitativa artiklar. Artiklarna valdes då arbetets syfte var att undersöka patienters upplevelser av trakeostomi och för att erhålla en djupare förståelse inom ämnet. Alla artiklar hade en kvalitativ ansats förutom en som använde

sig av mixed method, där dess kvalitativa del granskades då denna del svarade väl mot syftet i aktuell studie.

På grund av begränsad tid för genomförandet av studien valdes en litteraturstudie, men önskvärt hade annars varit att utforma en kvalitativ intervjustudie för att själva få möta patienterna. Vid litteratursökningen förekom färre artiklar än förväntat. Vilket dels berodde på att det var många äldre artiklar som ansågs vara för gamla för att användas samt att flera artiklar hade kvantitativ ansats. En möjlig förklaring kan vara att patientgruppen är sårbar i den bemärkelsen att det förekommer kommunikationssvårigheter, vilket kan göra det svårt att genomföra en kvalitativ intervjustudie.

Tidsbegränsning användes under sökningen för att få fram relevanta studier. Den nedre gränsen var artiklar från 2004, för att vid läsning av första valda artikeln framkom att ett flertal refererade till samma artikel från 2005. Artikeln från 2005 är inkluderad i resultatet för aktuell studie. Tidsbegränsningen anses vara en styrka för att kunna erhålla ny och aktuell forskning inom området, som anammas praktiskt i dagens vård. Speciellt med tanke på att trakeostomi är en stomi som tillverkas med olika typer av material och tillkommer med produkter som eventuellt har utvecklats under de senaste åren. Därmed kan patienters upplevelser ha ändrats under årens gång, därför förekommer det inte för gamla studier.

Samtliga artiklar är utförda i industrialiserade länder i norra Europa, USA och Australien vilket inte är geografiskt representativt, då dessa länder har förutsättningar för att kunna ge en optimal vård. Därmed blir bilden av hur trakeostomerade patienter upplever sin situation snäv, då länder med sämre ekonomiska och samhällsliga förutsättningar inte förekom. Under sökningen hittades inte artiklar med annat geografiskt ursprung som kunde inkluderas i aktuell studie, vilket kan ses som en svaghet.

Det valdes inte någon specifik åldersgrupp då en trakeostomi kan bli nödvändigt oavsett ålder. På Sahlgrenska Öron- näsa och halsavdelning vårdas även barn och ungdomar med trakeostomi av grundutbildade sjuksköterskor, därför har vi inkluderat två studier med barn också. Delar av resultatet i dessa två studier hade liknande resultat som övriga granskade studier. Eftersom vårt syfte är att undersöka patienters upplevelser av trakeostomi innefattas även barn, då begreppet "patienter" inte är relaterat till någon specifik ålder.

En analys av artiklarna utformades enligt Willman et al. (2016) för att sammanfatta artiklarna och för att finna likheter och skillnader. Svårigheter upplevdes av att dela upp resultatets teman i subteman då flera punkter kunde relateras till varandra och exempelvis kunde kommunikationssvårigheter ha passat in under flera huvudteman. De upplevda svårigheterna skulle kunna bero på vår bristande erfarenhet av att utforma en litteraturstudie.

Några av artiklarna som valdes hade få deltagare, den med minst antal var tre stycken. Det valdes ändå att inkludera artiklar med få deltagare då vi var ute efter upplevelser och det förekom liknande upplevelser i de artiklarna med fler deltagare. En annan orsak till att studier med få deltagare inkluderades var på grund av brist på användbara artiklar, som beskrivits tidigare.

Resultatdiskussion

Det mest framträdande fyndet i granskade studier var hur patienter upplevde en påverkan på den kommunikativa förmågan utifrån olika aspekter. Sammanfattningsvis hade kommunikationen efter en trakeostomi stor inverkan på patienterna och framkallade olika känslor samt nya svårigheter att förhålla sig till (exempelvis förändrad självbild eller sociala svårigheter), vilket kunde upplevas som en påfrestning i vårdandet för både patient och sjukvårdspersonal.

Kommunikation

Det visades att majoriteten av patienterna upplevde en påfrestning i den kommunikativa förmågan efter att de hade erhållit en trakeostomi. I Flinterud och Andershed (2015) upplevde patienterna sig påverkas både mentalt och fysiskt av kommunikationssvårigheterna och det krävdes mycket energi till att göra sig förstådd utav vårdpersonalen. Ibland krävdes det så mycket energi att en patient uttryckte att han bara gav upp med att försöka förmedla sig, för att det var för ansträngande och känslor av maktlöshet, frustration och ilska växte sig stora när ingen förstod. När det brister i den verbala kommunikationen, som enligt Baggens och Sandén (2014) är en grundsten för en god förståelse, visade det sig i resultatet att lidandet ökade och delaktigheten minskade när de inte kunde förmedla sina viljor. Det framkom i resultatet att patienter som återfick sin verbala förmåga kände sig mindre maktlösa och fick lättare sina behov tillgodosedda. Det motiverar därmed att fungerande kommunikation är

viktigt i mötet mellan patient och vårdare, framförallt hos de patienter som inte återfår sin verbala förmåga, för att lindra och motverka känslor av maktlöshet. Att hitta andra kommunikativa vägar som fungerar kan vara av stor betydelse, då den ena parten saknar en fullständig verbal kommunikativ förmåga att uttrycka sig. Det kan vara av stor vikt att utforska ett nytt sätt att kommunicera på tillsammans med patienten och bjuda in andra professioner i teamet, exempelvis logopedier.

Kommunikationen kan enkelt bli en passiv överföring av information och inte en dynamisk process som Persson- Thunqvist, Sandén och Bülow (2012) säger att kommunikation ska vara, eftersom att vårdaren har större maktposition med den verbala förmågan. Vilket i sin tur leder till minskad delaktighet som följd. Detta resultat stämmer väl överens med aktuell studie, där resultatet visade på minskad delaktighet utöver känslor som maktlöshet och frustration över kommunikationen som bristfällig informationsdelgivning.

Ett exempel från en annan patientgrupp där kommunikationssvårigheter påverkar vården är enligt Carlsson och Björk- Brämberg (2014) patienter som fått afasi efter en stroke. Afasi är i stora drag en störning i de språkliga förmågorna vilket innebär att det förekommer en oförmåga att tala, skriva och att förstå sambandet mellan ord och tanke. Författarna belyser hur sjuksköterskan har en viktig roll gällande bemötandet och att vårda dessa patienter på ett likvärdigt sätt. Fyndet kan med stor sannolikhet även överföras när vi som sjuksköterskor vårdar patienter med trakeostomi. Det är av vikt att sjuksköterskan tar sig tid till att lyssna på patienten och i de fall det går tala med närstående om hur kommunikationen brukar ske för att underlätta. De närstående kanske har förslag på användbara strategier för att förenkla kommunikationen då de har en närmre kontakt och relation med patienten. Författarna lyfter också fram att i mötet med patienterna är det viktigt att behålla lugnet även om en gemensam förståelse saknas, att ha ögonkontakt och prata ansikte mot ansikte och inte använda för svåra ord. Det motiveras att en tydlighet i kommunikationen från sjuksköterskans sida är betydande, för att undvika ytterligare påfrestande hos patienten i form av frustration. Den icke- verbala kommunikationen blir betydelsefull när den verbala sviktar och gester eller mimik kan vara stora hjälpmedel. Sjuksköterskan har även ett ansvar att dokumentera kommunikationssvårigheter i journalen och hur patienten önskar kommunicera (Carlsson & Björk- Brämberg, 2014). Det bekräftas även i aktuell studie, där ögonkontakt och användning av kroppsspråk och gestikulerande bidrog till ökat välbefinnande hos patienterna.

Enligt Carlsson och Björk- Brämberg (2014) finns inget stort välbeprövat underlag för bedömningar i omvårdnadssammanhang av patienters kommunikationsförmågor. Vilket betyder att det läggs mer tyngd och press på sjuksköterskan att finna nya och egna strategier som kan hjälpa patienten och förbättra vårdrelationen kommunikationsmässigt.

Delaktighet

Enligt socialstyrelsens riktlinjer för adekvat och kvalitetsbaserad hälso-och sjukvård har patienten rätt att få grundlig information gällande sin vård. Patienten ska ha möjlighet att påverka och informeras enskilt om olika behandlingsmetoder och vilka konsekvenser dessa medför (SFS, 2014:821). Flera patienter i aktuell studie beskrev att den här punkten ansågs bristfällig och upplevde att vårdpersonal inte prioriterade och såg värdigheten av informationen som en del utav behandlingen. I både Dyrstads et al. (2012) och Sherlock et al. (2009) studie framgick det att informationen inte var tillräcklig och att patienten lämnades ensam och utan vetskap om vad som pågick eller skulle hända framöver. Att inte få information i processen bidrar till att patientdelaktigheten äventyras som kan leda till försämring i kvaliteten på vården. En studie gjord av Larsson, Sahlsten, Segersten och Plos (2011) upplevde patienterna en minskad delaktighet när de kände att de inte hade fått tillräckligt med information. De belyste att det var svårt att förstå, vara med i beslutsfattandet och samarbeta när informationen gavs på felaktigt sätt eller inte var anpassad efter patientens förutsättningar. Patienterna upplevde även ett paternalistiskt förhållningssätt från vårdpersonal, där flera sjuksköterskor framhävde en dominerande roll gentemot patienterna, vilket skapade en känsla av maktlöshet och rädsla som medförde en ökad passivitet hos patienterna att vara delaktig.

Enligt Eldh (2014) har sjuksköterskan en viktig roll i att uppmärksamma patienternas kunskap och tidigare erfarenheter för att kunna förmedla information utifrån patientens behov och ökad delaktighet kan då skapas genom att informationen individanpassas och omvandlas till kunskap. En relation behöver skapas till patienten för att sjuksköterskan ska kunna finna de förutsättningar patienten har för att främja delaktigheten. Detta kan relateras till resultatet i den aktuella studien, där trygghet och säkerhet var punkter som patienterna uppskattade och var betydande för ökad copingförmåga och delaktighet i vården.

Lidandet

Utöver kommunikation, var lidandet ett vanligt förekommande fenomen i studerade artiklar. Lidandet kunde uttryckas i form av påverkan på normala kroppsfunktioner, som exempelvis förmågan att föra samtal med andra individer och diverse smärtor samt påverkan på den egna självbilden förstärkte lidandet markant. Enligt Dybwik (2011) är de psykiska känslomässiga upplevelserna det som påverkar patienterna mer än de fysiska upplevelserna med en trakeostomi. Wiklund Gustin (2011) påpekar att patienter som har en förändrad självbild och upplever sig främmande i sig själva och sin kropp har en stark koppling till lidande. I resultatet framgår det att flera patienter upplevde en påverkan på deras integritet och självbild, som ofta berodde på att rösten förlorades och skapade en förändrad självuppfattning. Vissa upplevde trakeostomin som ett motbjudande objekt som hade en negativ inverkan på deras utseende.

Trakeostomi visade sig vara en stor omställning utifrån kommunikationen och hur väl patienten kunde hantera och anpassa sig till den nya situationen. Wiklund Gustin (2014) belyser att ett exempel på lidande kan bestå av smärta men även att en stor eller plötslig händelse i livet som tar en annan vändning kan vara en bidragande faktor till uppkommet lidande. Lidandet är en del av det kommunikativa samspelet mellan människor, då patienten med hjälp av kommunikation förmedlar sitt lidande till andra i sin omgivning. Vilket exempelvis kan ske genom samtal. I de fall där lidandet inte kan förmedlas naturligt, t.ex. när kommunikationssvårigheter föreligger, kan det vara svårt att förstå vad patienten upplever och vill säga (Baggens & Sandén, 2014). Eftersom trakeostomin rent anatomiskt medför kommunikationssvårigheter i olika grader med tanke på tubens placering i luftstrupen, kan sjuksköterskor inte hindra de svårigheterna från att uppkomma. Enligt Hedelin, Jornfeldt och Svedberg (2014) har sjuksköterskor fyra grundläggande ansvarsområden; förebygga sjukdom, främja hälsa, återställa hälsa och den viktigaste punkten sett utifrån denna studie; att minska lidandet. Därmed är det av vikt att aktivt söka olika sätt för fungerande kommunikation hos den enskilde individen. Vårdpersonal bör kunna anpassa och lägga tid för patienten för att kunna hitta nya strategier för att underlätta kommunikationen och önskemål för hur den ska ske. Sjuksköterskan har också en betydande roll i att förbättra den negativt påverkade självbilden som uppkom till följd av bland annat kommunikationssvårigheter, det skulle kunna ske genom några av de copingstrategier som resultatet redovisar. Exempelvis genom

samtal som kan avdramatisera trakeostomin för omgivningen, att sjuksköterskan ger tillräckligt med information om nödvändigheten med att ha en trakeostomi samt att se sig själv i ett större sammanhang. Det är viktigt att lyssna på patientens lidande och vara närvarande, att patienten får bekräftelse för sitt lidande och blir sedd. Patienten ska få utrymme för sina tankar och vården ska anpassas efter patientens ork. Det motiverar att det allra mest betydande för att motverka försämrade självbild är att vårdpersonal förmedlar trygghet och är närvarande för patienten, när situationen känns svårhanterlig.

Förbättringsförslag i praktiken

Vårdpersonal bör finna nya strategier och alternativa metoder till förbättrad kommunikation för patienter med trakeostomi. Genom att överlag optimera kommunikationsutbytet mellan patient och vårdare bidrar det inte bara till att patientens självkänsla blir högre, utan också till mer delaktighet och att patientens lidande lindras och blir hanterbart. Det finns flera olika sätt att förmedla god kommunikation när den inte är verbal, för att främja patientens förståelse, ett exempel är att använda sig utav informationsblad eller bok, där patienten får informationen gällande trakeostomi skriftligen utöver det muntliga. Anledningen till att ett sådant blad skulle vara till en fördel, är för att patienten när som helst kan välja att ta in informationen och läsa i lugn och ro när utrymme finns. Istället för att vårdpersonal ska behöva repetera kommunikationen av olika anledningar, vilket kan frambringa frustration och ångest hos patienten, får patienten det skriftligen där all information och frågor gällande trakeostomin ingår. Ett annat förslag som kan vara betydelsefullt är att använda sig utav visuella bilder och demonstrationer för att förklara trakeostomin. Demonstrationer som visar vad en trakeostomi är, hur trakealkanylen ser ut, samt hur skötseln kring stomin ska vara, kan bidra till ökad förståelse och minska osäkerheten hos patienten. Sjuksköterskor bör visa att de försöker nå kontakt med patienten, genom att skapa en vårdrelation och ge stöd när behov finns. Det finns även implikationer att vårdpersonal behöver involvera närstående eftersom de har en betydande roll i processen, och att vid utskrivning behöver även sjuksköterskan informera de grundligt och tydligt vad trakeostomi är. Någon typ av bedömningsunderlag för sjuksköterskan om hur kommunikationen fungerar kan också utgöra ett förbättringsförslag i vården. Självskattningsformulär där patienten subjektivt får bedöma sitt tillstånd kan vara ett stort hjälpmedel för vårdpersonal i bemötandet.

Slutsats

Kunskapen kring trakeostomerade patienter under sjuksköterskeprogrammet på vår institution är bristande och behöver belysas. Patienters upplevelser av trakeostomi visar att det förekommer både fysiska och psykosociala komplikationer, efter ingreppet där kommunikationssvårigheterna är det mest uttalade, vilket påverkade patienterna i flera aspekter. Smärta och påverkan på kroppsfunktioner innebar stora bekymmer för patienterna och på grund av kommunikationssvårigheter försämrades förmågan att förmedla sig vilket också upplevdes mycket frustrerande. Med minskad kommunikativ förmåga äventyrades både delaktigheten och självbilden, vilket kan ge upphov till lidande. Även självbilden påverkades negativt och patienternas sociala liv blev lidande. De copingstrategier (humor, distraktionstekniker, kroppsspråk, information och trygghet) som patienterna berättade om visade sig vara underlättande och gjorde situationen med en trakeostomi mer hanterbar. Det ingår i sjuksköterskans roll att lära känna och vårda den enskilde individen och anpassa omvårdnaden, så som kommunikationen och bemötandet efter patientens individuella behov. Att förmedla trygghet genom att vara närvarande, lyssna, ha ögonkontakt och ge grundligt med information kan minska lidandet hos dessa patienter.

Förslag till vidare forskning

Vid sökning av relevant information gällande trakeostomi framkom det att lite forskning hade genomförts hos denna patientgrupp. Även det faktum att trakeotomi är ett ingrepp som kräver stor kunskap, avancerad skötsel och att patienter har svårt att överleva utan den, medför att det uppkommer en undermedveten rädsla i att möta och hantera denna patientgrupp. En annan orsak till att fler studier behöver göras inom denna patientgrupp är för att i aktuell studie visade sig att lidande var ett stort ämne som inverkade på patientens liv och att svårigheter uppkom i bemötandet. Det motiverar därmed till att mer forskning behöver göras för att främja och styrka vårdkvaliteten hos den här patientgruppen. Att leva i tysthet och göra gruppen försumbar utgör skäl till att det krävs en större förståelse och mer praktiska strategier över hur bemötandet av dessa patienter ska ske. Detta kan göras framförallt genom att mer studera patientens subjektiva upplevelser av trakeostomi. På grund av omtalade svårigheter i kommunikativa förmågan skulle kvalitativa studier med hjälp av exempelvis dagböcker kunna användas.

Referenslista

- Baggens, C., & Sandén, I. (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt*. (s. 508-537). Lund: Studentlitteratur AB.
- Carroll, S. (2007). Silent, slow lifeworld: the communication experience of non vocal ventilated patients. *Qualitative health research*, 17(9), 1165-1177. doi: 10.1177/1049732307307334
- Carlsson, E., & Björk- Brämberg, E. (2014). Kommunikationssvårigheter. I A- K. Edberg & H. Wijk. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. (s. 447-472). Lund: Studentlitteratur AB.
- Dawson, D. (2014). Essential principles: tracheostomy care in the adult patient. *Nursing in critical care*, 19(2), 63-72. doi: 10.1111/nicc.12076
- Donnelly, F., & Weichula, R. (2005). The lived experience of a tracheostomy tube change: a phenomenological study. *Journal of clinical nursing*, 15, 1115-1122. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01384.x
- Dybwik, K. (2011). Avancerade behandlingsåtgärder vid svår andningssvikt. I H. Almås., D-G. Stubberud., R. Grönseth (Red.), *Klinisk omvårdnad*. (s.164-185). Stockholm: Liber AB.
- Dyrstad, D., Hansen, B., & Gundersen, E. (2012). Factors that influence user satisfaction: Tracheotomised home mechanical ventilation users' experiences. *Journal of clinical nursing*, 22, 331-338. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04304.x
- Eldh, A-C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. J. Öhlén& F. Friberg (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 485-498). Lund: Studentlitteratur AB.
- Everitt, E. (2016). Care of patient with permanent tracheostomi. *Nursingtimes*, 112(21), 20-22.

- Flinterud, S- I., & Andershed, B. (2015). Transitions in the communication experiences of tracheostomised patients in intensive care: a qualitative descriptive study. *Journal of clinical nursing*, 24, 2295-2304. doi:10.1111/jocn.12826
- Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation- samtal och bemötande i vården*. (s. 25-50). Lund: Studentlitteratur AB.
- Foster, A. (2009). More than nothing: The lived experience of tracheostomy while acutely ill. *Intensive and critical care nursing*, 26, 33-43. doi: 10.1016/j.iccn.2009.09.004
- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg. Hälsobegreppet- synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 362-385). Lund: Studentlitteratur AB.
- Karlsson, E-K. (2015), Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 96-113). Lund: Studentlitteratur AB.
- Karlsson, V., Lindahl, B., & Bergbom, I. (2011). Patients' statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: a prospective video- recorded study. *Nursing inquiry*, 19(3), 247-258. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00576.x
- Kuylentierna, R., Lindestad, P-Ä., Björck, G., Bengtsson, O. (2012). Larynx/Trakea. I M. Anniko (Red.), *Öron-, näs- och halssjukdomar, huvud- och halskirurgi*. (s. 223 – 264). Stockholm: Liber AB.
- Larsson, I., Sahlsten, M., Segersten, K., & Plos, K. (2011). Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25, 575-582. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00866.x
- Lindestad, P-Å. (2010). Larynx. I J. Friis-Liby & A. Groth (Red.), *ÖNH-handboken*. (s. 226-248). Lund: Studentlitteratur

- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Persson- Thunqvist, D., Sandén, I., & Bülow, P. (2012). Kommunikation som praktik. I P. Bülow, D. Persson- Thunqvist & I. Sandén (Red.), *Delaktighetens praktik: det professionella samtalets villkor och möjligheter*. (s. 17-29). Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Rogers, S-N., Russell, L., & Lowe, D. (2016). Patients' experience of temporary tracheostomy after microvascular reconstruction for cancer of the head and neck. *British journal of oral and maxillofacial surgery*, 55, 10-16.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Vårdhanboken. (2017). *Trakeostomi*. Hämtad 2017-02-28, från <http://www.varldhandboken.se/Texter/Trakeostomi/Trakealkanyler-och-rengoring/>
- Sherlock, Z., Wilson, J., & Exley, C. (2009). Tracheostomy in the acute setting: Patient experience and information needs. *Journal of critical care*, 24, 501-507. doi: 10.1016/j.jcrc.2008.10.007
- Socialstyrelsen. (2017). *Statistikdatabas för operationer i slutenvård*. Hämtad 2017-04-28, från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/operationerislutenvard>
- Spratling, R. (2012). The experiences of medically fragile adolescents who require respiratory assistance. *Journal of advanced nursing* 68(12), 2740– 2749. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05979.x
- Spratling, R., Minick, P., & Carmon, M. (2012). The experiences of school-age children with a tracheostomy, *Journal of pediatric healthcare*, 26, 118-125. doi: 10.1016/j.pedhc.2010.07.005

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska koder för sjuksköterskor*. Hämtad 2017-04-28, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Wiklund Gustin, L. (2014). Lidande - en del av människans liv. I J. Öhlén & F. Friberg (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 277-279). Lund: Studentlitteratur AB.

Willman, A., Bahtsevani, C, Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur AB.

Bild, figur 1: Hämtad 2017-02-28, från

https://www.google.se/search?q=tracheostomy&source=lnms&tbm=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwj3s2v3cnSAhVLDZoKHfEnBMcQ_AUIBigB&biw=1536&bih=723#q=tracheostomy&tbm=isch&tbs=sur:fmc*&imgcr=7f6uywuYyMuBZM:

Bilagor

Bilaga 1

Datum Databas	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevant a abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2017-02-23 Cinahl	Tracheostomy AND Experience*	Peer reviewed 2004-2017	168	35	9	Foster, A. (2009) Flinterud, S- I., & Andershed, B. (2015) Donnelly, F., & Weichula, R. (2005) Sherlock, Z., Wilson, J., Exley, C. (2009). Spratling, R. (2012) Carroll, S. (2007) Dyrstad, D., Hansen, B., & Gundersen, E. (2012).
2017-02-23 Cinahl	Tracheostomy AND Experience* AND Communication*	Peer reviewed Full text 2004-2017	9	5	0	0
2017-02-23 Cinahl	Tracheostomy AND Perception*	Peer reviewed 2004-2017	5	2	1	Spratling, R., Minick, P., & Carmon, M. (2012)

2017-02-24 Cinahl	Tracheostomy AND Mechanically ventilated	Peer reviewed Full text 2004-2017	11	2	0	
2017-02-24 Cinahl	Tracheostomy AND Head and neck cancer AND Experience	Peer reviewed Full text 2004-2017	3	1	0	
2017-02-24 Pubmed	Tracheostomy, Head and neck cancer, Patients Experience	Full text 10 years	52	3	1	Rogers, S-N., Russel, L., & Lowe, D. (2016).
Cinahl 2017-02-28	Tracheostomy AND Mechanical Ventilation AND Statement	Peer Reviewed Full text	2	1	1	Karlsson, V., Lindahl, B., & Bergbom, I. (2012).

Författare Publiceringsår Tidskrift Land Kvalitet	Syfte	Metod	Huvudsakligt resultat	Styrkor och svagheter
--	--------------	--------------	----------------------------------	----------------------------------

<p>Sherlock, Z., Wilson, J., & Exley, C.</p> <p>2009</p> <p>Journal of Critical Care</p> <p>Storbritannien</p> <p>Hög kvalitet</p>	<p>Studera patienters upplevelse av tillfällig trakeostomi med fokus på hur de upplever informationsutbytet och dess relevans.</p>	<p>Kvalitativ. Semi-strukturerade intervjuer med åtta deltagare.</p>	<p>Fysiska känslor ang främmande objekt i kroppen.</p> <p>Förståelse av behovet av sin trakeostomi.</p> <p>Informationsbehov ang trakeostomi.</p> <p>Upplevelser efter borttagande.</p>	<p>Svaghet: Snävt urval av deltagare på grund av exklusion av de som inte kunde artikulera ord.</p> <p>Styrka: Resultatet svarar mot syftet.</p> <p>Etisk godkänd. åtta deltagande. En extern granskare med expertis inom kvalitativa metoder.</p>
<p>Foster, A.</p> <p>2009</p> <p>Intensive and Critical care nursing</p> <p>Storbritannien</p> <p>Medelhög kvalitet</p>	<p>Beskriva den levda upplevelsen av trakeostomi hos en patientgrupp som fått trakeostomituben insatt vid en akut sjukdom.</p>	<p>Kvalitativ. Semi-strukturerade intervjuer (öppna frågor) med tre deltagare.</p>	<p>Sex teman:</p> <p>Behov av kommunikation, Anpassning till det nya normala, psykosocial oro och obehag, smärtsamt ingrepp, rädsla för det okända och relationen med personal.</p>	<p>Svagheter: Svårt att skilja resultat från diskussion. Endast tre deltagare.</p> <p>Styrkor: Etiskt godkänd och tydlig etisk reflektion. Rekommendationer för det kliniska arbetet.</p>
<p>Spratling, R.</p> <p>2012</p> <p>Journal of advanced nursing</p> <p>USA</p> <p>Hög kvalitet</p>	<p>Syftet var att studera upplevelser hos medicinsk sköra ungdomar som är i behov av respiratoriskt stöd.</p>	<p>Kvalitativ Videoinspelade Semi-strukturerade intervjuer med 11 ungdomar mellan 13-18 år.</p>	<p>Lär känna personen bakom sjukdomen/trakeostomin.</p> <p>Socialt stöd, införstådda av vikten av att teknologin hjälper de i livet och viljan av självständighet.</p>	<p>Svaghet: Exklusion av deltagare som inte kunde artikulera sin erfarenhet.</p> <p>Geografisk plats.</p> <p>Styrkor: Etisk godkänd. Resultatet svarar mot syftet. Strukturerad formalia.</p>
<p>Flinterud, S-I., & Andershed, B.</p> <p>2015</p> <p>Journal of clinical nursing</p> <p>Norge</p> <p>Hög kvalitet</p>	<p>Beskriva patienter med trakeostomi upplevelser av övergångar inom kommunikation på intensiv.</p>	<p>Kvalitativ. Semi-strukturerade intervjuer med 11 deltagare.</p>	<p>Ett övergripande tema som var upplevelser av förståelse och omtänksamhet, trots relaterade till kommunikationssvårigheter.</p> <p>Temat innefattade tre kategorier som belyste känslor och hantering av trakeostomi.</p>	<p>Svaghet: Intervjuer varade 3-18 månader efter sjukhusvistelse.</p> <p>Styrkor: Etisk godkänd. Resultatet besvarar syftet. Tydlig formalia.</p>

<p>Spratling, R., Minick, P., & Carmon, M.</p> <p>2012</p> <p>Journal of pediatric healthcare</p> <p>USA</p> <p>Hög kvalitet</p>	<p>Undersöka vad barn i skolåldern har för synsätt på att leva med sin trakeostomi.</p>	<p>Kvalitativ. Intervjuer med fem deltagare i åldrarna mellan 7-11 år.</p>	<p>Tre teman: Att kunna berätta för andra om sin trakeostomi hjälpte den egna uppfattningen. Socialt stöd av vänner är av stor betydelse. Upplevelser av isolering och ensamhet över sin trakeostomi.</p>	<p>Svagheter: Huvudforskaren hade en tidigare relation med några av deltagarna i studien. Närvaron av föräldrar i vissa av intervjuerna kan ha varit ett hinder.</p> <p>Styrkor: Etisk godkänd. Tydlig, strukturerad formalia. Föräldrarna fick inte svara på några av barnens frågor.</p>
<p>Donnally, F., & Weichula, R.</p> <p>2005</p> <p>Journal of clinical nursing</p> <p>Australien</p> <p>Hög kvalitet</p>	<p>Att undersöka patienters levda erfarenheter av att genomgå ett byte av trakeostomi.</p>	<p>Kvalitativ Icke-strukturerade intervjuer som filmades med videokamera. Fyra deltagare</p>	<p>Fyra teman. Första temat handlade om den fysiska upplevelsen av bytet. Andra att förbereda sig mentalt inför proceduren, tredje temat handlade om vikten av tillit och kompetens hos vårdpersonal för att förmedla trygghet och sista temat handlade om kommunikationens betydelse.</p>	<p>Svaghet: Otydlig formalia.</p> <p>Styrka: Etisk godkänd. Resultatet svarade väl mot syftet.</p>
<p>Dyrstad, D., Hansen, B., & Gundersen</p> <p>2012</p> <p>Journal of clinical nursing</p> <p>Norge</p> <p>Hög kvalitet</p>	<p>Att beskriva den upplevda livssituationen hos patienter som är beroende av trakeostomi i ventilatorvård i hemmet och finna de faktorer som är associerade med tillfredsställning kring detta.</p>	<p>Kvalitativ Enmans intervjuer. Sex deltagare.</p>	<p>Tre teman: Skräddarsydd information anpassat till individen var viktigt. Att känna delaktighet i besluten so tas kring vård i hemmet av trakeostomi. Tillit och förtroende byggs upp mellan patient och vårdare.</p>	<p>Svaghet: Skör patientgrupp bidrog till svårigheter i intervjuer.</p> <p>Styrka: Etisk godkänd. Bred patientgrupp. Resultatet svarar mot syftet. Strukturerad formalia.</p>

<p>Karlsson, V., Lindahl, B., & Bergbom, I.</p> <p>2011</p> <p>Nursing inquiry</p> <p>Sverige</p> <p>Medelhög kvalitet</p>	<p>Att beskriva patienters påstenden och upplevelser av att erhålla en mekanisk ventilation.</p>	<p>Kvalitativ Observationsstudie med videoinspelade intervjuer.</p> <p>14 deltagare</p>	<p>Patienter med mekanisk ventilation via trakeostomi upplevde smärta och obehag. Panikkänslor vid sugning av luftväg. Frustration över kommunikationssvårigheter. Vikten av närvarande anhöriga och personal.</p>	<p>Svaghet: Sju deltagare av 14 har inte trakeostomi. Vårdpersonal närvarande vid intervju.</p> <p>Styrkor: Etisk godkänd.</p>
<p>Rogers, S-N., Russel, L., & Lowe, D.</p> <p>2016</p> <p>British Journal of oral och maxillofacial surgery</p> <p>Storbritannien</p> <p>Medelhög kvalitet</p>	<p>Att undersöka patienters upplevelser av temporär trakeostomi vid mikrovaskulär rekonstruktion vid huvud-halscancer.</p>	<p>Kvalitativ och kvantitativ</p> <p>Intervju med 15 deltagare</p> <p>Enkätundersökning</p> <p>Postenkät.</p>	<p>Samtliga patienter hade negativa upplevelser av trakeostomi. Den huvudsakliga upplevelsen var problem kring rädsla, kommunikation, obehag och brist på information.</p>	<p>Svaghet: Komprimerad metod och text. Kort etisk reflektion.</p> <p>Styrkor: Etisk godkänd. Mycket information gällande patienters upplevelser i resultatet. Mycket implikationer till klinisk praktik.</p>
<p>Carroll, S.</p> <p>2007</p> <p>Qualitative health research</p> <p>USA</p> <p>Hög kvalitet</p>	<p>Att undersöka upplevelser av kommunikation hos icke-verbalt talande patienter med ventilator och hur de upplever verkligheten utan röst.</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>Intervjuer med 19 deltagare</p>	<p>Uppdelat i underrubriker.</p> <p>Upplevelser av att inte ha någon röst var frustrerande, hämmande, känsla av ofullständighet utan sin röst och hur de påverkade deras känsla av ett en del av deras personlighet förlorades.</p> <p>Uttryckte copingstrategier i form av ihållande och tillförlitlig sjuksköterskevård.</p>	<p>Svagheter: Endast engelsktalande kunde delta i studien, stort bortfall.</p> <p>Styrkor: Etisk godkänd. Jämnt könsfördelat med antalet deltagare. Uppföljning med intervjuer av deltagare efter studien för att försäkra tillförlitlighet. Resultat svarar mot syftet. Djup resultat och diskussion.</p>

