

# ATT VÄNTA PÅ OPERATION - patienternas upplevelser

<b>FÖRFATTARE</b>	Ida Andersson Madeleine Bernhard
<b>PROGRAM/KURS</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete  HT 2007
<b>OMFATTNING</b>	15 Högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Kristina Andersson
<b>EXAMINATOR</b>	Åsa Axelsson

<b>Titel:</b> (svensk)	Att vänta på operation
<b>Titel:</b> (engelsk)	Waiting on surgery
<b>Arbetets art:</b>	Eget arbete, fördjupningsnivå I
<b>Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete/OM2240/SPN8
<b>Arbetets omfattning:</b>	15 Högskolepoäng
<b>Sidantal:</b>	18
<b>Författare:</b>	Ida Andersson & Madeleine Bernhard
<b>Handledare:</b>	Kristina Andersson
<b>Examinator:</b>	Åsa Axelsson

## SAMMANFATTNING

Det kan föreligga en risk idag att sjuksköterskor inte hinner tillgodose patienternas behov som tidigare eftersom att vårdtiderna är kortare och att arbetsbelastningen inte har blivit mindre. Patientens preoperativa skede börjar när han/hon känner att något inte står rätt till med hans/hennes kropp. Det är ett stressfyllt moment att genomgå en operation både fysiskt och psykiskt. Många patienter kan uppleva ångest, otrygghet och maktlöshet eftersom man inte har någon kontroll över sin kropp under operationen. Vård är ett samspel mellan patient och vårdare. Vården ska bestämmas utifrån patientens behov. Syftet med fördjupningsarbetet var att identifiera vuxna patienters upplevelser av det preoperativa skedet samt att identifiera vad sjuksköterskan kan göra för att lindra i det preoperativa skedet. Fördjupningsarbetet är en litteraturstudie som baseras på 11 vetenskapliga artiklar sökta via databaserna Pub Med, Cinahl och i tidskriften Vård i Norden. Artiklarna är skrivna under åren 1992-2007 och behandlar patienternas upplevelser preoperativt. Det framkom i resultatet att många patienter upplevde rädsla för att dö eller att något skulle gå fel under operationen, att de skulle ha ont eller att obehagliga komplikationer skulle uppstå efter operationen. Många patienter beskrev hur de lämnade över sin kropp i goda händer, att de kunde förlita sig på personalens kunskap och kompetens. I flera av artiklarna framkom det att patienterna såg samtalet med sjuksköterskan som en viktig del i det preoperativa skedet. Det framkom också att kontinuitet var viktigt för patienterna, för att de skulle kunna uppleva trygghet.

**Sökord:** *preoperativ omsorg, oro, rädsla, känslor, preopera\*, patient, akut, dialog.*  
**Keywords:** *preoperative care, anxiety, fear, feelings, preopera\*, patient, emergency, dialogue.*

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Inledning	1
Preoperativa skedet	1-2
Teoretisk referensram	3
Stress	3-5
Trygghet	5-6
Kommunikation	6-7
SYFTE	7
METOD	7-8
RESULTAT	9
Tillfredsställelse	9-10
Hopp	10
Oro/rädsla	10-12
Behov av stöd	12
Vad sjuksköterskan kunde göra för att lindra i det preoperativa skedet	13
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13-15
Resultatdiskussion	15-17
SLUTSATS	17-18
REFERENSLISTA	
ARTIKELBILAGA	

## BAKGRUND

### Inledning

Samtidigt som det blir mer och mer som ska göras under kortare tid så kräver patienterna och verksamheten mer kvalitet på den vård som ges idag. Sjuksköterskan ska kunna tillgodose de behov patienten har, anhörigas förväntningar och de förberedelser patienten behöver fysiskt och psykiskt inför operationen. Man mäter ofta kvalitet på vården i patienternas tillfredsställelse med vårdtillfället (1). Om patienten har bristande kunskap om och bristande kontroll över sin situation kan han/hon uppleva en känsla av maktlöshet och otrygghet. Under operationen tvingas patienten att överlämna sin kropp i personalens händer och förlita sig på deras kunskap och kompetens. Detta skapar ett beroendetillstånd av emotionellt stöd från personalen och från anhöriga. Att drabbas av en allvarlig sjukdom kan väcka många frågor hos patienten t.ex. Varför skulle detta drabba mig? Vad är det för fel på mig? Vad kan jag göra åt min situation (2)? Eftersom akutsjukvård och kirurgi är områden vi båda är intresserade av ville vi undersöka vad patienten upplever precis innan operationen. Vi tror att det är viktigt att ha kunskap om detta för att kunna förmedla en god kommunikation till patienten och för att kunna utföra god omvårdnad.

### Preoperativa skedet

Inom kirurgin delar man in behandlingarna i tre skeden: det *pre-, per- och post-operativa skedet*. Detta fördjupningsarbete kommer att handla om det preoperativa skedet, vilket innebär tiden från att patienten fattat ett beslut om att genomgå operation till dess att han/hon ligger på operationsbordet (3). Ibland säger man *perioperativ* vård om tiden närmast före, under och efter operationen. Det innebär att det är en och samma sjuksköterska som finns med och förbereder i det preoperativa skedet, är med peroperativt och som finns där under det postoperativa skedet. Det är sjuksköterskan som är kontinuiteten i den perioperativa vården (4).

En operation kan antingen vara *elektiv* eller *akut* beroende på om operationen är planerad i förväg eller inte. Om man kan sätta en viss operationsdag och den inte är absolut nödvändig kallas den för elektiv operation. Däremot om den behöver utföras direkt kallas den för akut operation. Operationen kan göras antingen *polikliniskt* eller *inneliggande*. Om patienten kan gå hem direkt efter ingreppet kallas det att operationen görs polikliniskt. Det innebär att patienten kommer till avdelningen på morgonen samma dag och att patienten observeras ett par timmar efter operationen för att sedan kunna gå hem. Inneliggande operation innebär att patienten kommer till avdelningen dagen före eller samma dag som operationen ska genomföras och att patienten behöver mobiliseras på avdelningen efter ingreppet. Därför behöver patienten stanna på avdelningen tills han/hon är redo att åka hem. Tiden kan variera mycket beroende på typ av operation, eventuella komplikationer och på hur patienten rehabiliteras efter operationen (5). På senare tid har sjukvården förändrats från att utföra alla operationer inneliggande till att göra fler operationer polikliniskt. Detta har medfört mer avancerade åtgärder utanför sjukhusen (1, 6). År 2005 opererades 461 702 patienter i Sverige, varav 59 % var kvinnor. Varje år ökar antalet genomförda operationer. År 1998 opererades 375 441 patienter, sedan dess har antalet genomförda operationer ökat med 23 % (7).

Patientens preoperativa skede börjar när han/hon känner att något inte står rätt till med sin kropp. Patienten behöver då genomgå de undersökningar och förberedelser som krävs i det preoperativa skedet. De undersökningar som skall genomföras är beroende av vilken diagnos patienten har. Det preoperativa skedet kan vara i bara några minuter, om det är ett akut insjuknande, till att vara i flera månader om patienten blir placerad i väntelista inför operationen. Patienter som inkommer för en akut operation får till viss del en annan preoperativ behandling. De förbereds för operationen på ungefär samma sätt som patienter som kommer in elektivt, men personalen har tiden emot sig på att samla in data om patienten och måste därför vara specifik och lägga vikten på det mest centrala och utesluta andra mindre viktiga delar (3).

Patienter som ska genomgå en elektiv operation ska få ett brev hem med skriftlig information så att han/hon hinner låta informationen sjunka in innan det är dags för operationen. Alla patienter som genomgår en allvarlig operation ges någon form av anestesi. Patienten behöver då ha ett bra somatiskt status för att klara sig igenom anestesi och operationen. Det är ett stressfyllt moment att genomgå en operation. Många patienter kan uppleva ångest, otrygghet och maktlöshet eftersom de inte har någon kontroll över sin kropp under operationen. Det är sjuksköterskans ansvar att förbereda patienten både fysiskt och psykiskt i det preoperativa skedet. Det kan innebära att undervisa patienten om operationen, skapa en trygg relation till patienten och att genomföra de fysiska undersökningarna som ingår i det preoperativa skedet (3).

Operationen upplevs olika mellan olika patienter beroende på sjukdomens karaktär och uppkomst t.ex. om den har uppkommit plötsligt eller utvecklats över en längre tid. Beroende av uppkomsten till sjukdomen kan olika patienter vara mer eller mindre förberedda på vad som kommer att hända inom den närmsta tiden (2). Vissa patienter kan redan efter några minuter till timmar från det att de skrivits in, få beskedet att de skall genomgå en operation, medan andra kan ha fått vänta flera dagar eller månader innan operationen genomförs. Möjligheterna till att förbereda sig kan ha stor betydelse för operationen. På grund av att patienterna kastas in i en ny situation, ny miljö och att de är ovetande om vad som ska komma kan många olika känslor uppkomma. Beroende på var sjukdomen är lokaliserad kan känslorna förstärkas eller dämpas. Då sjukdomen berör huden, ansiktet, huvudet, genitalierna eller bröstet förstärks känslorna därför att dessa områden oftast värderas högt av patienterna (2, 8).

När en operation blir livsavgörande upplever vissa patienter det som en krissituation vilken kan göra det svårt för patienterna att acceptera sitt sjukdomstillstånd. Situationen tvingar patienterna att fatta snabba, svåra och livsavgörande beslut och de kan då försättas i en passiv roll. Patienterna kan då bli egocentriska och hypokondriska mer än vanligt på grund av sänkt toleransutveckling. Detta gör att patienterna begränsar sitt tidigare egenvårdsbehov och sin kapacitet. Patienterna kan hamna i ett hjälplöst tillstånd som leder till att initiativförmågan minskar, vilket gör att det emotionella beroendet ökar. Beroendet av andra ökar för att kunna tillgodose sina egna behov vilket medför ambivalens. Patienterna kan älska sin vårdare samtidigt som de retar sig på vårdaren. Det är därför viktigt som vårdare att ha denna ambivalens i bakhuvudet och att snabbt identifiera den hos patienterna (8). Det preoperativa skedet ger möjlighet för sjuksköterskan att utveckla goda vårdrelationer till patienterna. Det är sjuksköterskans ansvar att utveckla en sådan relation. Patienterna ska känna att de blir sedda och att de får det utrymme de behöver för att uttrycka sina aktuella problem, behov, begär och önskningar (4).

## **Teoretisk referensram**

*”Vårdande innebär att genom olika former av ansning, lekande och lärande åstadkomma ett tillstånd av tillit, tillfredsställelse, kroppsligt och andligt välbefinnande samt en känsla av att vara i utveckling i syfte att förändra hälsoprocesserna” (9, s.9).*

Varje människa har en längtan efter att betyda något för någon annan och ett behov av delaktighet och förening med andra. Vårdaren måste veta sin patients begär för att kunna förstå människan bakom patienten. Det är viktigt med kontinuitet i vårdrelationen. Därför har man på många vårdavdelningar organiserat det så att en sjuksköterska har huvudansvaret för ett visst antal patienter (10).

Eriksson (9-11) menar att vårdandet alltid har funnits, att det uppstår i relationen till någon annan. Hon säger att det har sin grund i relationen mellan modern och dess avkomma och att det är något naturligt och mänskligt. Vårdandet innehåller kärlek och omtanke vilka är ett uttryck för det sant mänskliga. Det är något som bekräftar människan som människa. En människa är en helhet till kropp, själ och ande. För att uppleva en inre frihet och för att uppnå hälsa måste en människa kunna uppleva tro, hopp och kärlek. Kärleken förmedlas genom närhet, ömhet och ansning. Ansning är ett uttryck för vänskap, att man vill den andra väl. Kärlek hänger ihop med tron och hoppet. Tro är det man litar på, en grund för tillit. Hoppet kan ses som en rörelse mellan hopp och hopplöshet. Hon menar att i varje hopplöshet finns det ett hopp. Hoppet ger hälsan riktning (9-11). Kärlek, glädje, tro och hopp är känslor som ökar livslusten. Det kan finnas hinder hos människan för att kunna tro. Det kan bl.a. vara hinder som fruktan, ångest och melankoli. Tron kan ses som en resurs för hälsa eftersom den hjälper människan att uppleva helhet och försoning med tillvaron. Trons egenskaper karakteriseras som något utöver sig själv, en tillitsfull tro, ett hopp eller ett uttryck för kärlek. Hjälpa, stöd och trygghet skriver Eriksson och Barbosa da Silva (12) är de kategorier som mest beskriver sambandet mellan tro och hälsa. Tron uttrycks som en kraft, en inre styrka, ett sammanhang och en mening. Hälsa uttrycks som någonting helt och ett tillstånd där människan är hälsa. Eriksson (10) menar att människan måste leka för att få hälsa och att leken är vägen till att uppleva hälsa. Vad vi än gör så ska vårdandets kärna, att ge näring, liv och kraft genomsyra vår uppgift som vårdare.

Förr såg man omvårdnad som en rad olika handlingar som utfördes på rutin. Omvårdnaden utfördes bara beroende på vilken sjukdom patienten hade, inte utifrån den enskilda patientens behov. Man såg inte patienten som en unik människa utan alla behandlades likadant. Även idag kan man se verksamheter som tenderar till att se ut så. Eriksson (10) betonar att vård är ett samspel mellan vårdare och patient och att vården bestäms utifrån patientens behov av vård. Vården bygger på en tilltro till människans egna möjligheter till utveckling. En levande människa har livsvilja, hopp, önskningar, fantasier, tankar, känslor, tro och drömmar. Erikssons vårdprocess handlar om att låta människan vara med och planera och vara delaktig i vården.

## **Stress**

Folkhälsan i Sverige har förbättrats de senaste 20 åren. Samtidigt anser sig många människor ha en dålig hälsa och då är det stressrelaterade besvär som är de mest framträdande. Exempel på stressrelaterade besvär är trötthet, depression, oro, ångest,

stress och utbrändhet. Währborg (13) skriver att detta beror på informationssamhällets speciella påfrestningar. På senare tid har det varit en snabb förändringstakt och vi behöver anpassa oss till nya levnadsvanor. Om man ska ge ett exempel kan vi ju nämna mobiltelefonerna som har bidragit till att gränsen mellan arbete och fritid har suddats ut och att man alltid ska vara tillgänglig. Man måste se människan i sitt sammanhang, det handlar om människor som präglas i relation till sociala och kulturella perspektiv.

Det finns två händelser som verkar ha högt inflytande över vårt utvecklande av stress. Dessa är separation och förlust. Förlust av relationer som spelar stor roll för en människa är den mest inflytelserika händelsen. Relationer har en central roll för vårt välbefinnande, att då ofrivilligt förlora en sådan relation ger upphov till stress (13).

Währborg (13) skriver att stress, ur ett vardagligt vetenskapligt perspektiv, kan definieras som:

*”vilket som helst stimulus eller påverkan på organismen som resulterar i kroppsliga funktionsförändringar”* (13, s. 38).

Hur människan upplever stress påverkar kvalitet och intensitet i den fysiologiska reaktionen på ett mycket betydelsefullt sätt. Man kan gå ännu längre och säga att det är i samspelet mellan stressfaktorn och människan som de fysiologiska reaktionerna på stress uppkommer. Enligt Währborg definieras stress som:

*”de psykologiska och fysiologiska reaktioner som uppträder vid yttre eller inre påfrestningar och som till följd av det ger upphov till funktionsförändringar av potentiellt patologisk natur”* (13, s. 41).

Han menar att samma reaktion kan vara antingen positiv under en kortare period eller negativ och ge upphov till sjukdom om man utsätts för det under en längre tid. Den positiva reaktionen kallar han funktionell medan den stress som ger upphov till sjukdom kallas dysfunktionell stress.

Stress är ett tydligt framträdande beteende hos människan som kan förekomma i mindre eller högre grad beroende på bakomliggande orsak. Beroende på stressnivån, kan beteendet påvisas olika mellan olika människor. Stress kan hos en människa framträda i form av irritation och fientlighet medan det hos en annan kan framträda i form av uppgivenhet. Dessa känslor är de mest karaktäristiska dragen av stress. Man ser ofta att det är initiativlösheten som dominerar i mildare fall av stress. I svårare fall kan man se okänslighet, passivitet, trötthet, nedstämdhet och förändring i sömn-, mat och sexvanor. Uppgivenhet är utmärkande i långvariga och allvarliga stresstillstånd (14). Stress är något som utvecklas stegvis (13).

Det finns ingen bestämd situation eller någon bestämd handling (stimuli) som framkallar stress. Det är människans tidigare erfarenheter som avgör om personen upplever en situation som farlig, hotfull, lockande eller krävande. Människor brukar reagera på det som upplevs osäkert och främmande. De stimuli som uppfattas på detta sätt brukar upplevas påfrestande. En händelse som kognitivt och känslomässigt upplevs obehaglig brukar betecknas som ”stress” (14).

Stress är en subjektiv upplevelse och kan innebära stora individuella skillnader. Det finns olika sätt att hantera stress. Man brukar prata om bemästringsstrategier och det finns två olika typer. Den första syftar på hur man löser ett problem, och den andra syftar på tron på sin egen förmåga att hantera problemet. Vilken strategi man väljer är mindre viktigt. Genom att patienterna själva tror på strategin minskar de sin egen ohälsa genom att stressreaktionerna försvagas. Om patienterna inte tycker bemästringsstrategin fungerar eller om strategin har uteblivit finns risk att stressreaktionerna blir starka och inverkar negativt på patienternas hälsa. Detta händer ofta när patienterna upplever hjälplöshet eller hopplöshet. Hjälplösheten framträder när patienterna upplever att det inte finns något samband mellan vad de gör och det som sker. Hopplöshet framträder när patienterna upplever ett samband mellan det de gör och det som sker men att det som sker utvecklas i ett negativt förlopp. Patienterna har då kontroll, men kontrollen leder till dåliga resultat. Hopplösheten är typisk när det gäller skuld känslor och depressiva tillstånd. Människor som tidigare varit utsatta för många påfrestningar utvecklar motståndskraft mot stress. De klarar påfrestningarna bättre i framtiden om de redan utsatts för dem (14). Stressreaktioner utlöses när människor riskerar att mista kontrollen över sin situation och när de behöver kämpa för att behålla den (15). Människor med hög grad av kontroll och som har få krav på sig själva har stor chans till att uppleva god hälsa. Människor med många krav och en låg kontroll över sin situation utvecklar ofta stress eller till och med sjukdom (14).

## Trygghet

Sjuksköterskan bör ha som krav att tillgodose patienternas behov av trygghet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården som bedrivs vara av god kvalitet och att patienternas behov av trygghet i vård och behandling tillgodoses (16). Trygghet är ett centralt begrepp som har stor betydelse inom hälso- och sjukvård. Alla människor har behov av att uppleva trygghet. När patienterna blir bekräftade i tid, rum, person och situation innebär det trygghet. Socialstyrelsen säger att en av förutsättningarna för att patienternas hälsa inte skall riskeras är att patienterna upplever tillit och trygghet inför det personalen förmedlar (17).

Andersson (18) beskriver trygghet som ”att känna sig trygg”. Förutsättningen för trygghet är tillit. Trygghet och tillit är kärnan för ett samspel mellan människor. Trygghet är en subjektiv känsla som utvecklas och förmedlas utifrån den uppväxt, de normer och de värderingar man har. De olika förhållandena gör att människor därför inte upplever trygghet på samma sätt. Trygghet förmedlas i form av olika budskap och handlingar. Enligt Andersson kan känslan av trygghet delas in i termer som balans, värme, glädje, lycka, frid, lugn, harmoni, själsfrid, fotfäste, tillit, vila, ro och energifrigörelse. Hon menar att upplevd trygghet är beroende av både inre och yttre faktorer. De inre faktorerna är starkt sammankopplade till de upplevelser man har haft under sin uppväxt. Förutsättningarna för utveckling av den inre tryggheten är att man har upplevt gemenskap, tillhörighet, tillåtenhet ihop med ansvar, normer och ideal under sin uppväxt. Men hon menar också på att man kan utveckla denna trygghet i vuxen ålder genom erfarenheter, positiva upplevelser och att själv bearbeta livets alla kriser. Den yttre tryggheten är beroende av ifall människorna upplever sin omgivning som trygg eller inte (trygghet till omvärlden), ifall de upplever sig ha kontroll över sin situation (situationstrygghet), ifall de vet vad som gäller (kontrolltrygghet) och vilken relation de har till sig själva och till andra (relationstrygghet). Relationstryggheten innebär att familj, vänner och släktingar finns där och ställer upp när människan



behöver det. En trygg relation bygger på en öppenhet, närhet, respektfullhet, ömsesidighet, tillitsfullhet gentemot varandra. Kontrolltryggheten handlar om att se en lösning på de problem som uppstår, att människan vet hur han/hon ska hantera och lösa situationen.

## **Kommunikation**

*”Sjuksköterskan skall ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt, i dialog med patient och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling” (19, s. 11).*

Kommunikation betyder ”att göra något tillsammans”. Det är något vi alla kan, något som vi gjort sedan vi var spädbarn. Vi kommunicerar antingen med ord eller med kroppsspråk. Det kallas verbal (ord) och ickeverbal (t.ex. ansiktsuttryck, ögonkontakt, kroppshållning och tonfall) kommunikation. De elementära byggstenarna i kommunikationen är initiativ och respons. Det krävs nämligen att någon tar ett initiativ till dialog och för att det ska bli en dialog krävs att en någon annan responderar på det som har uttryckts. Det kan vara en dialog med verbal eller ickeverbal kommunikation (20).

Grundelementen i kommunikation är en sändare, ett budskap och en mottagare. Budskapet är inte alltid så tydligt och måste därför tolkas av mottagaren. Ju bättre man känner den andra individen ju lättare är det att tolka budskapen. Känner man varandra vet man ungefär vad en gest eller ett uttryck brukar betyda. Det är oftast inte bara ord som sänds fram och tillbaka utan det innehåller också något personligt som t.ex. känslor, makt, tillit, respekt eller ömsesidig förståelse (20, 21).

Sjuksköterskans professionella kommunikation är annorlunda, den bör stödja patienterna. Sjuksköterskan ska inte tillgodose sina egna önskningar om att bli sedd och förstådd utan koncentrerar sig på patienterna (20-22). Det responderande har en viktig funktion i det professionella samtalet. Det bidrar till att patienterna upplever sig sedda, hörda och förstådda och det skapar kontakt och trygghet. För att få patienterna att uppleva sig förstådda krävs det att sjuksköterskan har en förmåga att känna empati, vilket betyder en förmåga att sätta sig in i och känna sig in emotionellt med den man kommunicerar med. Det är viktigt med ett empatiskt klimat under det stödjande samtalet. Sjuksköterskan har en förpliktelse att göra sitt bästa för att nå målen för omvårdnad och möta patienternas behov, främja jämlikhet och respektera och bidra till att patienterna kan använda sina resurser på ett bättre sätt. Sjuksköterskan måste ha en förmåga att se patienterna och styra samtalen enligt deras behov. Detta kan sjuksköterskan uppnå genom att träna på samtalsmetodik. Alla patienter är olika och det finns inget recept på hur man ska leda ett stödjande samtal. En god teknik är grunden till att få en bra relation till patienterna. Då kommunikationen är dålig eller ofullkomlig finns det risk för fel. God kommunikation är alltså en kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvård. Sjuksköterskan behöver ha teoretisk kunskap för att sen kunna träna sin teori praktiskt. Träningen går ut på att bekräfta patienterna verbalt och icke-verbalt, att utmana patienterna till att tänka efter, att ställa frågor av olika slag, att strukturera samtalen och hur man förmedlar patienterna dåliga nyheter (20, 22).

Det professionella samtalet skiljer sig från ett vanligt samtal genom att det har en början, ett förlopp, en avslutning och ett syfte som kan vara t.ex. att ge stöd, hantera problem, skapa delaktighet, fördela ansvar, utvärdera, tillrättavisa eller förmedla dåliga nyheter. Sjuksköterskan använder sig själv som redskap för patienternas skull. Det bästa är om patienterna själva kommer på lösningen på sina egna problem fast med sjuksköterskans hjälp, istället för att de får lösningen serverat på ett fat. Ansvaret för problemet och att det blir löst ska ligga kvar hos patienterna. Det blir lätt så att sjuksköterskan tar över ansvaret från patienterna, men detta gynnar inte dem. Patienterna kan uppleva en lättnad till en början men de själva måste vara beslutsamma att lösa sina egna problem. Sjuksköterskan ska hjälpa till att klargöra problemet och bistå med lösningar men inte lösa det åt patienterna (21).

Den mest grundläggande och mest komplexa tekniken i professionell kommunikation är aktivt lyssnande. Då visar sjuksköterskan med sin kropp och sitt ansiktsuttryck att han/hon är intresserad av vad patienterna pratar om. Det kan göras genom små verbala uppmuntringar som visar att han/hon följer med i det patienterna förmedlar. Bra sätt att visa att man är intresserad av vad som sägs är t.ex. att humma, nicka och att hålla ögonkontakt. Sjuksköterskan ska omformulera och förklara det patienterna säger under samtalet. Det är viktigt att sjuksköterskan ställer frågor till patienten, inte bara när han/hon har förstått utan även när han/hon tror sig ha förstått, för att försäkra sig om att tolkningen är rätt (20-23).

## **SYFTE**

Syftet med fördjupningsarbetet var att identifiera vuxna patienters upplevelser av det preoperativa skedet samt att identifiera vad sjuksköterskan kan göra för att lindra i det preoperativa skedet.

## **METOD**

Metoden är en induktiv litteraturstudie som grundar sig på sju kvalitativa och fyra kvantitativa artiklar. Bakgrundsmaterialet hämtade vi ur litteratur från Biomedicinska biblioteket samt institutionens bibliotek vid Göteborgs Universitet. Sökningen efter artiklarna utfördes i databaserna Pub Med och Cinahl. Vi utförde även manuella sökningar via referenser från olika artiklar och via tidskriften *Vård i Norden*. Kriterierna var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska, att de var skrivna under åren 1992-2007 och att de skulle handla om preoperativ vård. Anledningen till att vi breddade sökningarna till 15 år var att vi ville få ett så brett resultat som möjligt. De flesta utvalda artiklar var dock skrivna under 2000- talet.

De sökord som användes var: *preoperative care, anxiety, fear, feelings, preopera\*, patient, emergency, dialogue*.

Artiklarna valdes ut efter titel och sen läste vi sammanfattningen och resultatet för att försäkra oss om att artiklarna stämde för vårt område. Många artiklar valdes bort på grund av att de inte utgick från patientens perspektiv eller att de inte utgick från det preoperativa skedet. Detta gjorde att de inte passade för vårt syfte. Tillslut valdes 11 artiklar ut som granskades enligt checklistan som är utarbetad vid Institutionen för Omvårdnad (24). Som bakgrund i vår analys har vi använt oss av Forsberg och Wengströms (25) bok om hur en litteraturstudie bör genomföras.

Vi analyserade artiklarnas resultat utifrån hur patienterna upplevde det preoperativa skedet. Detta gjordes genom att ta ut alla ord i artiklarnas resultat som innefattade en känsla eller upplevelse för patienterna. Dessa subkategorier delade vi in i fem huvudkategorier. Patienternas upplevelser delades in i fyra kategorier och sjuksköterskans bemötande i en kategori.

<i>Datum</i>	<i>Databas</i>	<i>Sökord</i>	<i>Begränsningar</i>	<i>Träffar</i>	<i>Utvalda artiklar</i>
07-08-29	PubMed	Emergency Anxiety	Abstract Engelska	19 st	(34)
07-08-29	Cinahl	Preopera* Patient Feelings	Abstract Engelska	21 st	(29, 32)
07-08-31	Cinahl	Dialogue Preopera*	Abstract Engelska	9 st	(31)
07-09-13	PubMed	Preoperative Anxiety	1997-2007 Titel/Abstract Engelska All adult 19+	43 st	(36)
07-09-18	Cinahl	Preoperative Fear	Abstract Engelska	45 st	(30)

<i>Datum</i>	<i>Sökning</i>	<i>Källa</i>	<i>Utvalda artiklar</i>
07-09-18	Manuell sökning	Referens nr 10 i "Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients" (26)	(35)
07-09-24	Manuell sökning	Vård i Norden 2006/1 Vol.26	(27)
07-09-24	Manuell sökning	Referens nr 16 i "Preoperative anxiety in woman" (31)	(33)
07-09-26	Manuell sökning	Referens nr 30 i "Patients existential situation prior to colorectal surgery" (32)	(28)
07-09-26	Manuell sökning	Referens nr 11 i "Patients existential situation prior to colorectal surgery" (32)	(26)

## RESULTAT

Efter analysen av studierna delade vi in patienternas upplevelser i fyra kategorier: *tillfredsställelse*, *hopp*, *rädsla/oro* och *behov av stöd* och sjuksköterskans bemötande i en kategori: *vad sjuksköterskan kunde göra för att lindra i det preoperativa skedet*.

### Tillfredsställelse

I Haas (26) studie tyckte patienterna att personliga egenskaper och erfarenheter var de viktigaste faktorerna när det gällde sitt beslutsfattande angående sin vård. Personliga egenskaper kunde vara t.ex. att ha bra självförtroende, att vara lugn eller att lätt kunna fatta beslut oberoende av tidigare erfarenheter (26). Tidigare erfarenheter av vård hade betydelse för vad patienterna hade för förväntningar inför operationen (26, 27). Haas skrev om hur en patient hade goda erfarenheter från ett tidigare vårdtillfälle, hon blev vänligt bemött. Patienten beskrev att doktorn var diskret och att behandlingen blev genomförd på ett underbart sätt. Detta medförde att patienten kunde känna tillfredsställelse och att hon kunde slappna av under det preoperativa skedet. De flesta kvinnorna i samma studie tyckte att det fanns tillräckligt med tid när de fick ställa frågor och när de blev erbjudna ytterligare tid till att ställa frågor ifall det kändes nödvändigt (26). I en tyst och avslappnad miljö kunde patienterna koncentrera sin energi på att hantera den stress som de upplevde inför operationen (28).

En patient beskrev i Haas (26) studie hur hon alltid hade varit frisk och aldrig hade behövt ta stora beslut tidigare. Hon tog emot vilka råd hon än blev given för beslutet var så allvarligt vad gällde operationen. Patienterna var glada över att låta vårdpersonalen vara ledare och fatta de allvarligaste besluten (26). Vissa patienter i Vargas, Maia och Dantas (29) studie beskrev hur de kände sig lättade över att faktiskt vara tvungna att genomgå operationen för att överleva. De kände tillfredsställelse över att få genomgå operationen eftersom de annars skulle ha fått lida resten av sina liv eller kanske dött (29).

Enligt Wiens (30) beskrev en patient hur hon förväntade sig det värsta innan operation så att nyheterna bara kunde bli bättre. Många patienter upplevde tillfredsställelse och blev mindre gråtfyllda när de fick samtala med någon, antingen personal eller med intervjuaren för studien (30). En patient i Lindwall, Post och Bergholms (31) studie beskrev att hon lärde sig mycket efter dialogen med sjuksköterskan. Genom den preoperativa dialogen etablerades en vårdrelation mellan patienten och sjuksköterskan. Några patienter beskrev hur de upplevde tillfredsställelse av att känna igen sjuksköterskan genom hela det preoperativa skedet (31).

Rådström och Jonsén (27) beskrev hur väntan på carotis-operation upplevdes normal och kontrollerbar av patienterna. Patienterna i studien kände att de hade förmåga att påverka sin situation. Många patienter beskrev hur de lämnade över sin kropp i goda händer, att de kunde förlita sig på personalens kompetens (31, 32). De kände ett lugn eftersom de snart skulle få tillbaka kontrollen över sin kropp (32). I Rådström och Jonséns (27) studie uttryckte patienterna stor tilltro både till sjukvården och till alla yrkesutövare de träffat under vårdtillfället.

Några faktorer som patienterna i Haas (26) studie uttryckte som viktiga aspekter inom sjukvården var att de skulle få tillräckligt med tid för att förstå sin situation, att någon

visade omsorg, att de blev behandlade på ett lägligt sätt, att de fick information och att de fick ha ett ord med i beslutsprocessen. I Lindwall, Post och Bergholms (31) studie uttryckte patienterna sina förväntningar inför anestesi och operationen. Sjuksköterskan kunde här förmedla sin kunskap om den faktiska anestesi och om operationen samt vad som faktiskt skulle hända med patienten i operationssalen. Detta gav patienterna trygghet att få veta vad som faktiskt skulle hända. Det fanns en variation i hur kvinnorna i Haas (26) studie upplevde att de fått mer eller mindre information före operationen. Vissa kvinnor var glada över den verbala informationen de fått och andra uttryckte tillfredsställelse över att ha fått ytterligare skriftlig information. En del kvinnor menade att det fanns en uppfattning i samhället att man i modern sjukvård får adekvat smärtlindring så smärtan var inget de var oroliga för. De flesta kvinnorna förväntade sig att personalen skulle ge råd om när de kunde återgå till normala aktiviteter igen. Kvinnorna i studien förväntade sig att personalen skulle ge dem den praktiska informationen och de råd som de önskade inför hemgång. En patient säger att det var underbart att komma hem välinformerad om vilka resultat som var möjliga, vilka svårigheter som fanns med operationen och vilket det värsta scenariot kunde bli.

## Hopp

Patienter i flera studier beskrev hopp inför möjligheten att bli botad (26-32). I Rådström och Jonséns (27) studie beskrev patienterna hur de upplevde lättnad, glädje och hopp när de väl bestämt sig för att genomgå operation. En del patienter sa att de upplevde det som ett glädjebesked att få opereras, att de fått en andra chans i livet. De kände ett ökat hopp för framtiden med minskad risk för nytt insjuknande i stroke. Detta innebar en framtidstro, att våga planera och fundera på framtiden t.ex. att kunna fortsätta arbeta. Några patienter beskrev hur de hade träffat någon som genomgått samma operation och som klarat det och hur detta gav dem styrka i att fatta beslutet om att genomgå sin operation (27). I Moene, Bergholm och Scotts (32) studie beskrev en patient hopp om ett ökat socialt liv, att kunna resa mer och att inte behöva tänka över vart närmaste toalett finns. Denna patient hade stomi och hade en förväntan om att kunna återgå till ett normalt liv vilket betydde frihet för henne. Många andra patienter i samma studie beskrev också ett hopp om att få återgå till ett normalt liv igen efter operationen. Patienterna kände förtroende för att kroppen skulle klara av operationen (32). Många patienter i Vargas, Maia och Dantas (29) studie kände sig säkra eftersom andra som genomgått operationen har klarat sig bra. En patient i studien hoppades att hon skulle bli gladare och att hon skulle klara av att arbeta lite mer, att i alla fall ha roligt. Många patienter i studien sökte styrka och hopp i en religiös tro genom att de hade en tro på Gud och/eller tro på att allt skulle ordna sig (29). I Lindwall, Post och Bergholms (31) studie beskrev en patient hur bra det kändes att få information om vad som skulle hända innan operationen skulle genomföras, detta gav ett hopp om att operationen skulle gå bra. Patienten beskrev också hur sjuksköterskan lyssnade på henne när hon pratade om framtiden med sitt nya konstgjorda knä. Patienterna i Moene, Bergholm och Scotts (32) studie beskrev hur frågor och tankar om möjliga resultat uppkom redan när datum för operation var bestämt. Kvinnorna i Haas (26) studie uttryckte att de förväntade sig att få resultatet förklarat av någon personal efter operationen. De hoppades på att möjligheten till rehabilitering skulle finnas tillgänglig på avdelningen efter operationen. Kvinnorna strävade efter att bli självständiga så fort som möjligt (26). Patienter i flera studier beskrev hopp inför möjligheten att bli rehabiliterad (26, 27, 29, 31, 32).

## Oro/rädsla

I flera studier uttryckte patienterna att de upplevde rädsla i det preoperativa skedet. Exempel på vad patienterna upplevde rädsla inför var att operationen inte skulle fungera (27, 29, 30, 33), att de skulle vara vakna under operationen (33), att de skulle dö under operationen/anestesi (27, 29, 30, 32, 33), att de skulle ha väldigt ont efter operationen (26, 33), att de skulle behöva lång rehabilitering efter operationen (26, 27, 33), att de skulle behöva vara bekymrade för familjen, att de skulle behöva blodtransfusion, att doktorn eller sjuksköterskan skulle göra något fel som patienterna får lida för senare, att de skulle få svåra skador t.ex. hjärnskada, att de skulle återgå med normal hälsa (33) eller att de skulle få obehagliga komplikationer efter operationen t.ex. illamående (27, 30, 32, 33).

Patienter i flera studier beskrev existentiella funderingar eftersom operationen kunde innebära död eller risk för handikapp (27, 32). Några patienter i Rådström och Jonséns (27) studie fattade beslutet om operationen snabbt, medan andra såg det som något påfrestande där anhöriga blev väldigt involverade. I Vargas, Maia och Dantas (29) studie accepterade patienterna gradvis tanken på att behöva opereras. Riskerna med operationen vägdes fram och tillbaka (27).

För de flesta av patienterna i flera av studierna var rädsla den vanligaste känslan i ögonblicket då patienterna fick information om att en operation var nödvändig (29, 30, 32, 34, 35). En patient i Vargas, Maia och Dantas (29) studie beskrev hur hon fick ett sammanbrott och att hon upplevde rädsla för att öppna upp sitt bröst under operationen. En annan patient i samma studie sa att hon inte blev rädd men lite orolig och en annan patient beskrev att hon var rädd och orolig för att genomgå operationen men att hon var tvungen att genomgå den (29). Patienterna i Wiens (30) studie upplevde rädsla och nervositet och beskrev hur detta visade sig genom fysiska symtom som t.ex. kallsvettighet, yrsel på grund av hyperventilation, halsbränna och illamående. Alla patienterna i studien uttryckte någon grad av nervositet innan operation. En patient i studien pratade om hennes oförmåga att koncentrera sig dagen innan operationen (30). I Lindwall, Post och Bergholms (31) studie beskrev en patient oro över att förlora sitt bröst och en annan patient i samma studie upplevde oro inför att få kateter i vaket tillstånd (31). Oro inför anestesi var lägre om patienten genomgått det tidigare och för dem som inte hade en så allvarlig diagnos visades i Shafer, Fish, Gregg, Seavello och Koseks (33) studie. Patienterna i studien upplevde högre oro inför operation jämfört med inför anestesi. Många patienter i Wiens (30) studie upplevde en generell rädsla eller oro.

Patienterna som skulle genomgå en akut operation upplevde en tillfällig oro innan operationen och det framkom att kvinnorna i studierna upplevde högre tillfällig oro jämfört med männen (34, 35). Både männen och kvinnorna i Karanci och Diriks (34) studie upplevde högre långvarig oro jämfört med den tillfälliga oron. Att vara kvinna och att vänta på magsårs operation visade sig vara faktorer för att uppleva tillfällig oro. Att uppleva hjälplöshet och att lägga skulden på sig själv visade sig vara faktorer som påverkade den långvariga oron (34). Kiyohara, Kayano, Oliveira, Yamamoto, Inagaki, Ogawas et al. (36) studie visade på att det inte fanns någon skillnad på den tillfälliga oron mellan kvinnor och män, men att kvinnor upplevde en högre långvarig oro inför operationen. Patienterna som inte kunde så mycket om operationsproceduren hade högre tillfällig oro och patienterna som inte kunde så mycket om sin diagnos, men som

kunde mycket om operationsproceduren hade lägre tillfällig oro (36). I Caumo, Schmidt, Schneider, Bergmann, Iwamoto, Bandejas et al. (35) studie fram kom att den tillfälliga oron var associerad med: kvinnligt kön, mer än 12 år i skolan, medelstor operation, tidigare cancer, tidigare rökning och ASA kategori 3 (ASA, American Society of Anesthesiologists, delar in patientens fysiska status i fem kategorier där fem är sämst och ett är bäst). I studien framkom att om patienten genomgått operation tidigare kände han/hon mindre tillfällig oro inför operationen. Den preoperativa oron var associerad med: medel till svåra smärtor, mild psykiatrisk störning, negativ uppfattning om framtiden och medel till svåra depressiva symtom. I studien framkom det att hos de patienter som deltog hade 79,56 % genomgått en operation tidigare i livet. Hög tillfällig oro upplevde 23,99 % av patienterna. Medel till svåra depressiva symtom av något slag visades hos 23,47 % av patienterna. Mild psykiatrisk störning fanns hos 15,88 % av patienterna. En negativ uppfattning om framtiden hade 6,59 % av patienterna. Medel till svår smärta fanns hos 9,46 % av patienterna. Tidigare cancersjukdom fanns hos 22,80 % av patienterna.

Alla kvinnorna i Wiens (30) studie nämnde cancer någon gång under vårdtillfället, antingen att de upplevde rädsla inför att ha det eller att de inte upplevde rädsla för det. Många av kvinnorna nämnde någon typ av dödserfarenhet. Några dödsfall hade skett nyligen och andra långt tillbaka i tiden.

I flera studier framkom det att de patienter som behövde vänta länge på sin operation upplevde både frustration, oro och förlust av eller minskad frihet (27, 30, 31). Motivationen att fortsätta med sin hobby försvann hos patienterna och svårigheter att ta itu med sina vardagliga sysslor var markant i Rådström och Jonséns (27) studie. Patienterna i Moene, Bergholm och Scotts (32) studie med malign diagnos beskrev att väntan var fylld med oro. De kände att det var nödvändigt med distans från operationen (32). Patienterna i Kiyohara, Kayano, Oliviera, Yamamoto, Inagaki, Ogawas et al. (36) studie med en cancer diagnos visade sig inte ha högre oro än de som hade andra diagnoser. Patienterna i Haas (26) studie med cancer kände att de behövde ha lägre förväntningar på processen och resultatet av vården eftersom det är allvarigare och svårare att bota cancer.

I Wiens (30) studie framkom det att tidigare negativa, obehagliga och smärtfyllda upplevelser från sjukvården gav patienterna en grund för att känna sig både emotionellt och fysiskt hotade på grund av den tidigare kirurgiska upplevelsen. En patient i studien beskrev brist på tillit till vårdgivarna för att hon trodde att de höll inne med information. Några patienter i Haas (26) studie sa att de inte vågade uttrycka några förväntningar för att de var rädda att bli besvikna. Andra patienter i studien upplevde att de inte kunde ha några förväntningar eftersom de inte hade så stor erfarenhet och/eller kunskap om sjukhus, medicinska undersökningar eller annan specifik teknik.

I Rådström och Jonséns (27) studie upplevde en del patienter rädsla över att drabbas av en ny stroke och vågade därför inte utföra tyngre uppgifter och lastade därmed över uppgifterna på anhöriga vilket gav skuld känslor hos patienterna.

I Wiens (30) studie blev patienterna tillfrågade när de var som mest sårbara under sjukhusvistelsen, då svarade endast två patienter att det var innan operationen. Många patienter använde sig av personliga resurser så som religion eller annan tro för att handskas med sin oro.

## **Behov av stöd**

I Haas (26) studie kände några patienter att de behövde ytterligare information som dom själva letade upp. De tog sitt beslut efter att ha tagit till sig informationen. Andra behövde fler frågor besvarade av kunnig personal. Några patienter i studien förväntade sig att doktorn, med expertis och avancerade kunskaper, skulle vara ledaren för dem och de kände sig fria till att fråga om det de tyckte var oklart innan operationen.

I flera studier berättade patienterna att förutom att personalen fanns där och att de fick den behandling de skulle få, spelade anhöriga en viktig roll (27, 30, 32). Alla patienter i Rådström och Jonséns (27) studie beskrev att stödet från anhöriga var lika viktigt som stödet från grannar, vänner och arbetskamrater. Detta stöd hjälpte dem att leva sitt liv som tidigare (27). Ett sätt att förbereda sig själv inför sjukhusvistelsen var att ofta diskutera sin situation med familj och vänner (26, 32). Nästan alla kvinnorna i Wiens (30) studie hade med sig någon familjemedlem innan de skulle genomgå sin operation. I Vargas, Maia och Dantas (29) studie beskrev en del patienter hur de fick stöd och kraft genom att prata med rumskamraterna som redan genomgått samma operation på avdelningen och när de sett och hört att det gått bra för dem.

## **Vad sjuksköterskan kunde göra för att lindra i det preoperativa skedet**

Patienter i flera studier berättade hur viktigt det var att de blev behandlade som en unik individ och hur viktigt det var att goda relationer främjades av personalen genom att de visade sympati. Detta kunde göras genom snälla ord, vänlighet och entusiasm (28, 32). En enkel, men viktig, detalj som många patienter påpekade var att sjuksköterskan tilltalade dem vid förnamn. Många patienter påpekade också vikten av kontinuitet, att det fanns någon att relatera till när de kom på plats, då kändes det inte lika obekvämt (31,32). I Lindwall, Post och Bergholms (31) studie beskrevs kontinuitet som en nödvändighet för att patienterna skulle kunna känna sjuksköterskans kunskap och skicklighet och för att kunna diskutera planeringen. Detta gav en god vårdrelation. Fanns kontinuiteten behövde inte patienten ha full kontroll över situationen, utan han/hon kunde känna förtroende för den perioperativa sjuksköterskan (31).

I flera av studierna påpekade patienterna hur viktigt det var att de kände sig trygga. Det kunde de göra genom att personalen lyssnade, svarade på frågor och besvarade deras tankar på ett tillförlitligt sätt (28, 31, 32). Patienterna i Moene, Bergholm och Scotts (32) studie beskrev att orden inte var det viktigaste utan det som fanns bakom orden. På det sättet kände sig patienterna lugna och sedda. I samband med kontinuitet var det viktigt att det inte var för mycket personal kring patienten, utan att han/hon kunde känna igen personalen runt sig (32). Vissa patienter i Lindwall, Post och Bergholms (31) studie tyckte att sjuksköterskan var väldigt skicklig och kompetent när han/hon förstod hur oroade och stressade patienterna var. Patienterna i studien ansåg att sjuksköterskan skulle visa respekt för deras preoperativa rädsla, då kände patienterna tillit till sjuksköterskan i operationssalen.

I Haas (26) studie ansåg patienterna att hög standard förekom när personalen var artig, förutsåg deras behov, var varsam och när de kommunicerade väl. Dessa faktorer tog bort patientens rädsla. Enligt patienterna i Parsons, Kee och Greys (28) studie var sjuksköterskans viktigaste beteenden vad gällde omvårdnad att han/hon visste vad han/hon gjorde, var omtänksam, uppmuntrade patienten, kollade patientens tillstånd



noggrant, gjorde så att patienten kände att någon fanns där när han/hon behövde det, gjorde det han/hon sagt, gav full uppmärksamhet till patienten, var försiktig, var glad och entusiastisk och visste hur den tekniska utrustningen skulle hanteras.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Syftet med fördjupningsarbetet var från början att identifiera patienters upplevelser innan en akut operation. Med detta menade vi att patienten kunde ha fått beskedet om att behöva genomgå en operation bara några dagar eller timmar innan operationen skulle genomföras. Efter sökningar i databaserna Pub Med och Cinahl och i tidskriften Vård i Norden fann vi att det var svårt att hitta artiklar om just upplevelser i det akuta skedet. Många artiklar handlade om hur patienterna upplevde att vänta på operation, därför breddade vi vårt syfte till att inkludera inte bara det akuta skedet utan generellt vad patienterna upplevde tiden innan operation. Vi valde att inte begränsa sökningarna till någon specifik operation eftersom ingen av oss hade någon önskan om detta.

Det var svårt att hitta de bästa sökorden. När vi sökte fick vi fram för många eller för få resultat och började därför kombinera olika sökord i Pub Med och Cinahl. I Pub Med använde vi oss av MeSh. Vi lyckades inte hitta de flesta av våra utvalda artiklar under en och samma sökning utan vi fick använda oss av olika kombinationer av sökorden. Samma artiklar återkom när vi använde oss av de olika kombinationerna, detta är ett bevis på att vi ringat in vårt område. De sökord vi använt har varit relevanta för urvalet av artiklarna. När vi sökte artiklar i databaserna ville vi kunna läsa abstract men vi behövde inte kunna länka till pdf-fil. Hade vi bara valt att få med träffar på artiklar som länkade till pdf-fil hade vi inte fått med de artiklar som går att beställa eller de som bara finns i tryckt material. Artikel (29) beställde vi och artikel (28) fanns bara i tryckt format. Den tryckta artikeln hittade vi på Biomedicinska biblioteket. En bra källa har varit artiklarnas referenslistor, där vi hittade fem av våra utvalda artiklar (26-28, 33, 35).

Vi ville inkludera artiklar som var så aktuella som möjligt och de skulle vara skrivna i Norden för att lättare kunna jämföra med svenska förhållanden. Det är möjligt att om vi haft mer tid på oss hade vi kunnat hitta dessa artiklar, men med så kort tid var det inte möjligt. Vi valde därför att söka internationella artiklar och att ta med artiklar längre tillbaka i tiden. Äldsta artikeln är 14 år gammal (28). Denna artikel är aktuell än idag och stämmer bra överens med nyare artiklar. Detta visar på att vi fått fram ett trovärdigt resultat. Sju av artiklarna är gjorda på 2000-talet (27, 29, 31, 32, 34-36). Vi granskade artiklarna enligt institutionens checklista (24) och enligt Forsberg och Wengström (25) och fann då vissa otydligheter i artiklarna. Vissa saknade utförlig beskrivning av urval till studien, andra saknade utförlig beskrivning av den valda metoden och vissa saknade metoddiskussion. Men eftersom alla artiklarna var väsentliga för vårt syfte och de var peer-reviewed så kunde vi inkludera dem i vår uppsats. Vi har båda läst alla artiklarna noggrant vilket försäkrar oss om att vi båda tycker de är relevanta. Vi bedömde att artiklarna tillförde vårt resultat viktiga aspekter, då de berör patienternas upplevelser i det preoperativa skedet.

Tre av artiklarna är gjorda i Sverige (27, 31, 32), tre i USA (28, 30, 33), tre i Brasilien (29, 35, 36), en i Turkiet (34) och en i Australien (26). Genom att läsa artiklar från flera delar av världen, både kvalitativa och kvantitativa, har vi kunnat få en bred översikt

över hur patienterna upplevde det preoperativa skedet. Detta är fördelen med att göra en litteraturstudie. I fördjupningsarbetet ingår sju kvalitativa artiklar (26-32). Det kändes viktigt med kvalitativa artiklar eftersom vårt syfte handlar om upplevelser och känslor. Vi inkluderade även fyra kvantitativa artiklar (33-36). I två av artiklarna studerades endast kvinnor (26, 30) och i en artikel studerades endast män (29). I flertalet av våra kvantitativa artiklar användes mätinstrument som mäter patienters subjektiva upplevelse. Tre av artiklarna använder sig av State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (34-36). STAI är ett definierat mätinstrument för att mäta oro. Den skiljer på en tillfällig oro ”*state anxiety*” och en mer generell och långvarig oro ”*trait anxiety*”. Instrumentet berör känslor som fruktan, spänning och nervositet.

Hade vi gjort om uppsatsen idag hade vi valt ett mer specificerat område. Vi hade valt att undersöka patienter som skulle genomgå en viss typ av operation. Upplevelserna är så olika beroende på vilken operation patienterna skall genomgå. Det kunde vara bra att koncentrera sig på en viss operation för att veta precis vilka procedurer och undersökningar patienten måste gå igenom innan själva operationen.

Vi vill även beröra den etiska aspekten vad gäller Wiens (30) exklusionskriterier. Inga patienter som var funktionellt beroende av någon eller något, var svart eller hade en årsinkomst under 15 000\$ eller över 172 000\$ fick vara med i studien. Ingen argumentation fanns med varför de patienterna valdes bort. I artikeln av Kiyohara, Kayano, Oliviera, Yamamoto, Inagaki, Ogawa et al. (36) fick inga gravida, transplanterade eller någon med neurologisk sjukdom vara med i artikeln. Inte heller i den här artikeln fanns det med någon argumentation för varför just de patienterna exkluderades.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med fördjupningsarbetet var att identifiera vuxna patienters upplevelser av det preoperativa skedet samt att identifiera vad sjuksköterskan kan göra för att lindra i det preoperativa skedet. Resultat visade på att patienterna var ambivalenta inför sin operation. Det preoperativa skedet innehöll både oro och lättnad för patienterna. Vi delade in patienternas upplevelser i fyra kategorier och en kategori handlade om sjuksköterskans bemötande.

Då en patient hade fått beskedet om att han/hon kommer att behöva genomgå en operation, som kan resultera i att patienten kan komma att återgå till ett normalt liv igen utan att behöva anpassa sig efter sin sjukdom längre, kunde han/hon uppleva tillfredsställelse över att han/hon ska få genomgå operationen. Om operationen inte genomförs kanske han/hon skulle ha fått lida resten av sitt liv eller kanske dött beroende på vilken typ av operation det gällde (29). Samtidigt kunde patienten uppleva rädsla inför att behöva genomgå operationen eftersom det finns risk för allvarliga komplikationer. Patienter kunde uppleva rädsla inför att dö under anestesi eller under operationen (27, 30, 32, 33). Rädsla var den vanligast förekommande känslan i ögonblicket då patienten fått informationen om att operation var nödvändig (29, 30, 32, 34, 35). Patienterna upplevde ambivalens inför att genomgå operationen. Om patienterna blev garanterade att utgången på operationen skulle bli positiv och att inga komplikationer skulle uppstå kanske de inte skulle uppleva lika stor rädsla. Patienterna skulle då kanske uppleva högre rädsla för att få ärr efter operationen eller inför att förlora en kroppsdel t.ex. sitt bröst.

För att kunna fatta beslutet om att genomgå operation krävdes det att patienterna fick den tid de behövde för att sätta sig in i den nya situationen (26, 27). Patienterna tyckte att deras personliga egenskaper var viktigast vad gällde att ta själva beslutet. De personliga egenskaperna kunde vara att han/hon var lugn som person eller att han/hon hade lätt att fatta beslut oberoende av tidigare erfarenheter. Patienterna tyckte att det var tillfredsställande när personalen var ledande och tog de allvarliga besluten. Men det var viktigt att patienterna fick vara delaktiga (26). Enligt Eriksson (10) har varje människa ett behov av att vara delaktig och att vara i samspel med andra människor. Sjuksköterskan måste veta sin patients begär för att kunna förstå människan bakom patienten. Vi anser efter att ha analyserat resultatet kopplat till bakgrunden att det är viktigt som sjuksköterska att vara en duktig människokännare, att vara observant och lyhörd när patienten behöver mer eller mindre stöd från sjuksköterskan.

Eriksson (6) menar att när patienterna läggs in på sjukhus ställs de inför en ny miljö och många nya situationer. Patienterna kan då uppleva psykologisk stress på grund av att de är ovetande om vad som kommer att hända den närmsta tiden (6). Individer hanterar stress på olika sätt och det finns olika bemästringsstrategier. En handlar om att man ska tro på sin egen förmåga att hantera problemet man står inför. Det spelar egentligen ingen roll vilken strategi patienterna väljer, utan det viktiga är att de själva tror på den (14). Många patienter trodde att de skulle bli botade och de upplevde tillit till att kroppen skulle klara av operationen. De beskrev hur de trodde sig kunna återgå till ett normalt liv igen (26, 27, 29, 31, 32). Patienterna såg positivt på framtiden och använde denna bemästringsstrategi för att de skulle få hälsa och för att de skulle klara sig igenom det preoperativa skedet (14). Eriksson (9-11) menar att en patient måste kunna uppleva tro, hopp och kärlek för att uppnå hälsa och för att uppleva en inre frihet. Vi anser att det är viktigt som personal att motivera och stärka patienten för att denna ska kunna ha ett positivt tänkande. Detta kan vi göra genom att ta tid till, finnas där, lyssna och bekräfta patienten (28, 31, 32).

Många patienter upplevde lättnad, glädje och hopp när de väl bestämt sig för att genomgå operationen, då vågade de tro på en god framtid igen. Några patienter berättade om hur de träffat rumskamrater på avdelningen som redan genomgått operationen och som det gått bra för. Detta gav dem ett hopp om att operationen skulle gå bra även för honom/henne (27, 29). Alla patienter som ska genomgå en allvarlig operation upplever någon form av oro (27, 29-36). Eftersom patienterna upplevde hopp när de fick samtala med andra i samma situation är det därför viktigt med patientgrupper. Sådana grupper finns redan på många sjukhus, men vi anser efter analysen av resultatet att de behövs i större utbredning.

I det preoperativa skedet riskerar patienterna att förlora kontrollen över sin situation och detta kan upplevas som stress (15). Patienterna måste då förlita sig på personalens erfarenhet och kompetens (2). Detta kan försätta patienterna i en maktlös position eftersom de måste genomgå operationen för att få ökad livskvalitet. Patienter med låg kontroll över sin situation och många yttre krav utvecklar ofta stress (14). Patienter som ska genomgå en allvarlig operation kan uppleva höga krav på sig att återgå till ett normalt liv så snabbt och enkelt som möjligt. Dessutom har dessa patienter ingen kontroll över sin situation under operationen. Detta medför att de flesta patienterna upplever stress inför operationen (15).

Oro förekom nästan bland alla patienter i det preoperativa skedet (27, 29-36). Den tillfälliga oron innan operationen var högre bland både män och kvinnor jämfört med den långvariga oron, alltså att patienterna upplevde mer oro precis innan operationen än vad de upplevt tidigare under det preoperativa skedet. (34, 36). En intressant skillnad i resultatet var att kvinnor upplevde högre långvarig oro än män (34). Ett annat resultat visade på att kvinnor upplevde högre oro inför operationen jämfört med inför anestesi (36). Eftersom vår bakgrundssökning avslöjade att oro var vanligt förekommande preoperativt, var oro något som vi hade förväntat oss att hitta i resultatet. Men det var intressant att hitta skillnader mellan män och kvinnor i artiklarna. Kiyohara, Kayano, Oliviera, Yamamoto, Inagaki, Ogawa et al. (36) diskuterade hur detta kunde bero på att kvinnor har en högre benägenhet till att uppleva oro eller att kvinnor och män självuppskattar sin oro olika.

För att ha någon att relatera till under det preoperativa skedet var det viktigt för patienterna med kontinuitet. Patienterna ville ha så få personal som möjligt omkring sig. Detta kunde möjliggöra att patienten öppnade sig och kunde ställa de frågor han/hon önskade (31, 32). Många patienter upplevde tillfredsställelse och blev mindre gråtfyllda när de fick samtala med någon. Genom att patienterna fick samtala med en sjuksköterska innan operationen upplevde de att de lärde sig mycket och att relationen blev djupare eftersom sjuksköterskan då kände till patientens historia (30, 31). Patienterna menade att när personalen kommunicerade väl tog detta bort deras rädsla (28). För patienterna var inte orden i dialogen det viktigaste utan budskapet bakom orden (31, 32). Budskapet behöver tolkas av den som lyssnar. I professionell kommunikation kan detta vara svårt eftersom patienten och sjuksköterskan inte känner varandra sen tidigare. Ju bättre man känner varandra i en dialog ju lättare är det att tolka budskapet. Budskap innehåller mer än ord t.ex. känslor, respekt eller förståelse (20-23). I vissa kulturer lyssnar man lika mycket med ögonen som man gör med öronen, det icke-verbala är minst lika viktigt som det verbala. Att inte hålla ögonkontakt tolkar vissa människor som ointresse och andra kan tolka det som brist på respekt från den man samtalar med. En del människor kommunicerar väldigt lite och det kan uppfattas som ligkiltighet i vissa kulturer. Detta kan skapa missförstånd mellan olika kulturer. Som sjuksköterska är det viktigt att ha kulturella skillnader i åtanke för att försöka minska missförstånden (21). I professionell kommunikation är det viktigt att sjuksköterskan inte tar förgivet att budskapet tolkats korrekt. Därför är det viktigt med respons, att sjuksköterskan försäkras sig om att patienten har förstått informationen för att minimera risken för missförstånd (20-23).

Det var viktigt att patienterna upplevde sig trygga i det preoperativa skedet. Genom att sjuksköterskan lyssnade, svarade på frågor och besvarade patienternas tankar på ett tillförlitligt sätt kunde patienterna uppleva sig trygga (28, 31, 32). Sjuksköterskans viktigaste beteenden var att hon var omtänksam, glad, entusiastisk och uppmuntrade patienten (28). I det preoperativa skedet är patienten i en maktlös position och det är viktigt att sjuksköterskan visar empati och har förmåga att behandla patienten som en hel människa och inte bara en sjuk patient eller ett objekt som ska opereras.

Hur individer kan uppleva trygghet och tillit är förknippat med vad de haft för förhållanden under uppväxten och även vad de haft för tidigare erfarenheter. Man behöver inte lägga grunden för att kunna uppleva trygghet i barndomen utan kan även utveckla trygghet i vuxen ålder genom erfarenheter, positiva upplevelser och att själv bearbeta livets kriser (18). Patienterna kan ha både positiva och negativa upplevelser

från tidigare vårdtillfällen med sig i bagaget. En patient som tidigare blivit dåligt bemött kan man som sjuksköterska behöva anstränga sig lite extra för att skapa en trygg vårdrelation till. Patienten kan då ha en grund både känslomässigt och fysiskt som kan göra att de upplever sig hotade. Om patienterna tidigare har upplevt att de inte fått tillräckligt med information kan de uppleva att personalen håller inne med viktig information även detta vårdtillfälle. Om patienterna tidigare upplevt att deras behov inte blivit tillgodosedda kan de uppleva att de tränger sig på när de ber personalen om något (30). Man kan tycka att mötet med patienten är kort och att det inte har någon betydelse om sjuksköterskan visar empati och engagemang eller inte. Men vi anser att patientens nuvarande vårdtillfälle har betydelse för hur patienten kommer att uppleva nästa vårdtillfälle. Om personalen lyckas göra patienten lugn och trygg kommer patienten förvänta sig samma goda bemötande till nästa vårdtillfälle.

## **SLUTSATS**

När en patient skall förberedas inför en operation krävs det att sjuksköterskan tar hänsyn till många olika faktorer. Patientens behov måste tillgodoses så långt det är möjligt. Patienten ska förses med adekvat information och undervisning och de ska få det stöd som behövs för att hantera den nya situationen. Om sjuksköterskan tillgodoser dessa faktorer möjliggör det för patienten att uppleva sig trygg i att överlämna sig i någon annans händer. Patienten ska känna sig bekräftad i tid, rum, person och situation. Fokus ska ligga på patienten och inte på operationsingreppet och patienten ska bli behandlad som en människa och inte som ett objekt. Det är viktigt att sjuksköterskan är lyhörd och observant på hur patienten upplever situationen samt hur han/hon försöker förmedla sina känslor. Sjuksköterskan måste finnas där med en hjälpande hand och ge patienten den tid han/hon behöver. Sjuksköterskan måste därför avsätta den tid som krävs för att patienten skall uppleva sig tillfredsställd.

Fördjupningsarbetet har tillfört ny kunskap genom att resultatet lyfter fram den ambivalens patienterna upplever i det preoperativa skedet. Samtidigt som beskedet om att en operation kommer att genomföras kan upplevas som ett glädjebesked, kan patienten uppleva oro, rädsla och otrygghet. Det är viktigt för personalen som arbetar med patienter preoperativt att vara medvetna om att patienterna kan uppleva dessa ambivalenta känslor. Tack vare att vi inte valde en viss typ av operation utan tittade på olika operationer fann vi generella upplevelser som patienterna kan uppleva i det preoperativa skedet oberoende av vilken typ av operation de skulle genomgå.

Vidare forskningsområde kan vara att skapa ett tillvägagångssätt för hur sjuksköterskor ska hinna tillgodose patientens både fysiska och psykiska behov i det preoperativa skedet samt att skapa ett adekvat tillvägagångssätt för det preoperativa samtalet. Vidare forskning behöver även göras på skillnaden mellan kvinnor och män med tanke på de skillnader som påträffades i några av artiklarna. Vad ligger bakom denna skillnad?

## REFERENSER

1. Gardner T, Nnadozie M, Davis B, Kirk S. Patient anxiety and patient satisfaction in hospital-based and freestanding ambulatory surgery centers. *J Nurs Care Qual* 2005; 20 (3): 238-243.
2. Fagermoen M S. Patientundervisning. I: Almås H (red). *Klinisk omvårdnad del 1*. Stockholm: Liber AB; 2002.
3. Holm S, Hansen E. *Pre-och postoperativ omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
4. Lindwall L, von Post I. *Perioperativ vård – den perioperativa vårdprocessen*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
5. Järhult J, Offenbarti K. *Kirurgi boken*. 3 uppl. Stockholm: Liber AB; 2002.
6. Mitchell M. Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. *J Clin Nurs* 2003; 12: 806-815.
7. Socialstyrelsen. The national board of health and welfare.  
<http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistikdatabas/> Tillgänglig 070926.
8. Eriksson K, Koort P. *Sjukvårdspedagogik*. Helsingfors: Svenska sjukvårdsinstitutet; 1973.
9. Eriksson K. *Vårdandets idé*. Stockholm: Nordstedts Förlag AB; 1987.
10. Eriksson K. *Vårdprocessen*. 4 uppl. Göteborg: Almqvist & Wiksell; 1995.
11. Eriksson K. *Hälsans idé*. Stockholm: Nordstedts Förlag AB; 1984.
12. Eriksson K, Barbosa da Silva A. *Vårdteologi*. Institutionen för vårdvetenskap, Pedagogiska fakulteten, Åbo Akademi. Vasa; 1991.
13. Währborg P. *Stress – och den nya ohälsan*. Falkenberg: Natur och kultur; 2002.
14. Eriksen H E, Ursin H. *Kognitiv stressteori*. I: Ekman R, Arnetz B (red). *Stress. Individens – samhället – organisationen – molekylerna*. 2 uppl. Stockholm: Liber AB; 2005.)
15. Lundberg U. *Samspelet individ, samhälle, livsstil och biologi*. I: Ekman R, Arnetz B (red). *Stress. Individens – samhället – organisationen – molekylerna*. 2 uppl. Stockholm: Liber AB; 2005.
16. Svensk författningssamling (SFS). *Hälso-och sjukvårdslag*. 1982:763.
17. Statens Offentliga Utredningar (SOU). *Mål och medel för hälso-och sjukvården*. 1979:78.

18. Andersson K M. Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet. Arlöv: Esselte Studium; 1984.
19. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor 2005.  
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf> Tillgänglig 070926.
20. Eide T, Eide H. Kommunikation i praktiken – relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg. Malmö: Liber AB; 2006.
21. Nilsson B, Waldemarson A-K. Kommunikation. Samspel mellan människor. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2007.
22. Damgaard I, Nørrelykke H. Det personliga samtalet en introduktion. Stockholm: Liber AB; 2000.
23. Nelson-Jones R. Grundläggande samtalsmetodik – en handbok för hjälpare. Lund: Studentlitteratur; 2005.
24. Checklista utarbetad vid Institutionen för Omvårdnad. Göteborgs universitet; 2004.
25. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
26. Haas M B. The relationship between expectations and satisfaction: a qualitative study of patients' experiences of surgery for gynaecological cancer. *Blackwell Science* 1998; 2: 51-60.
27. Rådström E, Jonsén E. Att vänta på operation av carotisstenos – ett patientperspektiv. *Vård i Norden* 2006; 26 (1): 25-29.
28. Parsons E C, Kee C C, Gray P D. Preoperative nurse caring behaviors. *AORN J* 1993; 57 (5): 1106-1114.
29. Vargas TVP, Maia EM, Dantas RAS. Patient feelings during the period for cardiac surgery. *Latino-am Enfermagem* 2006; 14 (3): 383-388.
30. Wiens A G. Preoperative anxiety in woman. *AORN J* 1998; 68 (1): 74-88.
31. Lindwall L, Von Post I, Bergholm I. Patient's and nurses' experience of perioperative dialogues. *J Adv Nurs* 2003; 43 (3): 246-253.
32. Moene M, Bergholm I, Scott C. Patients' existential situation prior to colorectal surgery. *J Adv Nurs* 2006; 54 (2): 199-207.
33. Shafer A, Fish P M, Gregg K M, Seavello J, Kosek P. Preoperative anxiety and fear: a comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents. *Anesth Analog* 1996; 83: 1285-1291.

34. Karanci A N, Dirik G. Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *J Psychosom Res* 2002; 55: 363-369.
35. Caumo W, Schmidt A P, Schneider C N, Bergmann J, Iwamoto C W, Bandeira D, Ferreira M B C. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45: 298-307.
36. Kiyohara L Y, Kayano L K, Oliviera L M, Yamamoto M U, Inagaki M M, Ogawa N Y, Gonzales E S M, Mandelbaum R, Okubo S T, Watanuki T, Vieira J E. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo* 2004; 59 (2): 51-56.



## ARTIKELBILAGA

**Referens nr:** 26

**Titel:** Relationship between expectations and satisfaction: a qualitative study of patients' experiences of surgery for gynaecological cancer.

**Författare:** Haas M

**Tidskrift:** Blackwell Science

**Syfte:** Att undersöka närvaron eller frånvaron av förväntningar innan vårdtillfället och relationen mellan förväntningar, tillfredställelse och missnöje i en grupp av kvinnor som skulle genomgå operation på ett stort universitets sjukhus.

**Metod:** Kvalitativ intervju studie. Intervju före och efter operation.

**Urval/population:** 19 patienter. Patienterna blev slumpmässigt utvalda under fem dagar under två och en halv vecka. Inklusionkriterier: kvinnor mellan 44 och 89 år, att de hade gynekologisk cancer och att de inkom till sjukhuset för rådgivning mellan jan och juni månad 2007.

**Referenser:** 13 st

**Land:** Australien

---

**Referens nr:** 27

**Titel:** Att vänta på operation av carotisstenos – ett patientperspektiv.

**Författare:** Rådström E, Jonsén E

**Tidskrift:** Vård i Norden

**Syfte:** Att identifiera och belysa patienters erfarenheter och upplevelse av att vänta på operation av carotisstenos.

**Metod:** Kvalitativ intervju studie. Halvstrukturerade frågor. Samtliga intervjuades på sjukhuset dagen före operation. Intervjun spelades in på band och skrevs ut så ordagrant som möjligt. Koder kategoriserades in i två teman.

**Urval/population:** 10 patienter. Konsekutivt urval. Inklusionkriterier: uppsatta på väntelista för operation av carotisstenos mellan mars-maj månad 2003, inga talsvårigheter och behärska svenska språket.

**Referenser:** 29 st

**Land:** Sverige

---

**Referens nr:** 28

**Titel:** Preoperative nurse caring behaviors.

**Författare:** Parsons E C, Kee C C, Gray P D

**Tidskrift:** AORN J

**Syfte:** Att identifiera vilka beteenden hos operationsjuksköterskan som uppfattades som omsorgsfulla av de utvalda operations-patienterna och att fastställa ifall några av de identifierade beteendena uppfattades som mer viktiga än andra.

**Metod:** Kvalitativ intervju studie. Mätinstrumentet CBA användes.

**Urval/population:** 19 patienter. Patienterna blev slumpmässigt utvalda under fem dagar under två och en halv vecka. Inklusionkriterier: över 18 år, att de skulle genomgå operations- eller diagnostisk procedur och poliklinisk operation och att det var planerat att de skulle ligga inne under 24 timmar.

**Referenser:** 11 st

**Land:** USA

**Referens nr:** 29

**Titel:** Patient feelings during the preoperative period for cardiac surgery.

**Författare:** Vargas TVP, Maia EM, Dantas RAS

**Tidsskrift:** Latino-am Enfermagem

**Tryckår:** 2006

**Syfte:** Att identifiera patienters känslor när de fått beskedet om att en hjärtoperation är nödvändig.

**Metod:** Kvalitativ intervju studie. Data analyserades i olika steg: läste all insamlad information sen organiserades väsentligt material i koder.

**Urval/population:** 20 manliga patienter. Inklusionkriterier: män över 21 år, inlagd på sjukhus pga. hjärtoperation, ingen psykiatrisk sjukdom, orienterad till rum och tid och att inte ha varit med om hjärtoperation tidigare.

**Referenser:** 16 st

**Land:** Brasilien

---

**Referens nr:** 30

**Titel:** Preoperative anxiety in woman.

**Författare:** Wiens A G

**Tidsskrift:** AORN J

**Syfte:** Att utforska och beskriva hur preoperativ oro visar sig hos kvinnor.

**Metod:** Kvalitativ observations studie. Fältstudie med hermeneutiskt och fenomenologiskt perspektiv. Patienterna observerades medan de väntade på att få gå in till sjuksköterskan och precis innan operation.

**Urval/population:** 14 patienter. Inklusionkriterier: funktionellt oberoende, vit kvinna, mellan 32 och 84 år, årsinkomst mellan 15 000\$ och 172 000\$ och att de skulle genomgå en buk- eller bäckenoperation.

**Referenser:** 32 st

**Land:** USA

---

**Referens nr:** 31

**Titel:** Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues.

**Författare:** Lindwall L, von Post I. och Bergholm I

**Tidsskrift:** J Adv Nurs

**Tryckår:** 2003

**Syfte:** Att beskriva och tolka meningen av omvårdnad upplevt av patienterna och anestesijuksköterskor eller operationssjuksköterskor genom pre-, intra- och postoperativa dialoger.

**Metod:** Kvalitativ intervju studie. Hermeneutisk analys. Öppna intervjuer spelades in på band efter operationen. Sjuksköterskor skrev ner sina upplevelser efter att ha hållit i den pre-, intra- och postoperativa dialogen. De inspelade intervjuerna transkriberades ord för ord. Två huvudkategorier framkom samt fyra underrubriker.

**Urval/Population:** 10 patienter och 10 sjuksköterskor. Inklusionskriterier för patienterna: mellan 36-76 år, utvalda från en lista över patienter som skulle opereras år 1999-2000.

**Referenser:** 30 st.

**Land:** Sverige

**Referens nr:** 32

**Titel:** Patients' existential situation prior to colorectal surgery.

**Författare:** Moene M, Bergholm I, Scott C

**Tidsskrift:** J Adv Nurs

**Tryckår:** 2006

**Syfte:** Att presentera en hermeneutisk fenomenologisk studie som belyser patientens existentiella situation före de ska genomgå en kolorektal operation. Intentionen var också att utforska värdet av mötet mellan patient och sjuksköterska.

**Metod:** Kvalitativ intervju studie. Hermeneutiskt och fenomenologiskt perspektiv. Öppna intervjuer spelades in på band en vecka före operationen. De bandinspelade intervjuerna analyserades utifrån van Manen's fyra existentiella teman.

**Urval/Population:** 28 patienter. Inklusionskriterier: vuxna som skulle genomgå kolorektal operation och kunna kommunicera på svenska.

**Referenser:** 40 st

**Land:** Sverige

---

**Referens nr:** 33

**Titel:** Preoperative anxiety and fear: a comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents.

**Författare:** Shafer A, Fish P M, Gregg M K, Seavello J, Kosek P

**Tidsskrift:** Anesth Analog

**Syfte:** Att jämföra självskattningar av preoperativa orosnivåer och urval av de värsta rädsorna för kirurgiska patienter.

**Metod:** Kvantitativ enkät studie. Patienterna fyllde i den enligt sina upplevelser. Personalen fyllde i den utifrån vad de trodde patienten kände. Enkäten innehöll en VAS-skala och även en lista på 17 olika rädslor. Statistiska analyser inkluderade Wilcoxon's analyser med ranknings test och rankningssumma test. All statistik var genomförd med S-PLUS. En Kruskal-Wallis ranksumma test användes för att fastställa om VAS-skala poängen skiljde sig från de olika faktorerna i tabell nr 1.

**Urval/Population:** 145 patienter och personal kring dessa. Exklusionskriterier för patienterna: oförmåga att genomföra frågeformuläret eller om patienten redan varit med i studien fem gånger.

**Referenser:** 36 st

**Land:** USA

---

**Referens nr:** 34

**Titel:** Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients.

**Författare:** Karanci A N, Dirik G

**Tidsskrift:** J Psychsom Res

**Tryckår:** 2002

**Syfte:** Att hitta de variabler som spelar in på pre- och postoperativ oro hos akuta operations patienter.

**Metod:** Kvantitativ enkät studie. Mätinstrumenten STAI-A, ASSQ, WCI och MSPSS användes både före och efter operationen.

**Urval/population:** 146 patienter. Inklusionskriterier: mellan 18 och 65 år, genomgått blindtarms-, cholecystectomi- eller magsårsoperation.

**Referenser:** 28 st

**Land:** Turkiet

**Referens nr:** 35

**Titel:** Risk factors for preoperative anxiety in adults.

**Författare:** Caumo W, Schmidt A P, Schneider C N, Bergmann J, Iwamoto C W, Bandeira D och Ferreira M B C

**Tidsskrift:** Acta Anaesthesiol Scand

**Syfte:** Att identifiera och kvantifiera effekten av riskfaktorer för att känna oro inför operation bl.a.nd vuxna.

**Metod:** Kvantitativ enkät studie. Alla patienterna skulle få anestesi eller neurologisk blockad. De fick fylla i VAS-skalan efter hur mycket smärta de kände, de använde STAI, MADRS, SRQ och FSPQ. Associationer mellan preoperativ oro och oberoende variabler analyserades med Pearson's chisquare och Mantel-Haenszel metoden.

**Urval/Population:** 592 patienter. Inklusionskriterier: mellan 18-60 år, att de skulle genomgå elektiv operation med anestesi eller nervblockad. Exklusionskriterier: organisk skada i hjärnan, mental utvecklingsstörning, att de inte pratade portugisiska, svårigheter att förstå verbala uppmaningar, att de hade använt premedicinering innan författarnas bedömning eller att de var oftalmologiskt- eller hjärtopererade.

**Referenser:** 67 st

**Land:** Brasilien

---

**Referens nr:** 36

**Titel:** Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period.

**Författare:** Kiyohara L Y, Kayano L K, Oliviera L M, Yamamoto M U, Inagaki M M, Ogawa N Y, Gonzales E S M, Mandelbaum R, Okubo S T, Watanuki T, Vieira J E.

**Tidsskrift:** Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo

**Tryckår:** 2004

**Syfte:** Att utvärdera patientens oros-nivå dagen innan operation relaterat till den information som patienten fått angående sjukdom, operations tillvägagångssätt eller anestesi.

**Metod:** Kvantitativ enkät studie. Mätinstrumentet STAI-A användes.

**Urval/population:** 120 patienter valdes slumpmässigt ut från en lista. Exklusionkriterier: under 18 och över 80 år, gravida, transplanterade och de med neurologisk sjukdom.

**Referenser:** 18 st

**Land:** Brasilien