

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2010:38

Patienters upplevelser av vakenintubation
En kvalitativ intervjustudie

Caroline Bergius
Johan Edvardsson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Patienters upplevelser av vakenintubation
Författare:	Caroline Bergius & Johan Edvardsson
Ämne:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesijukvård
Handledare:	Anders Jonsson
Examinator:	Margareta Mollberg

Sammanfattning

Fri luftväg är det mest basala inom anestesijuksköterskans kontext. En definitiv metod för att säkerställa fri luftväg är intubering i trachea, normalt görs detta när patienten är sövd. Vakenintubation är relativt ovanligt men förekommer på patienter där man inte är säker på att kunna upprätthålla fri luftväg efter sövning. Man förväntar sig en svår luftväg redan i förväg. Problemet är att det är svårt att hitta kvalitativ forskning där patienternas egna upplevelser av en vakenintubation beskrivs. Tidigare forskning om vakenintubation är inte omvårdnadsbaserade utan mer medicinskt inriktad. Detta gör ämnet mer intressant att studera. Syftet med studien är att beskriva patienters upplevelser i samband med en vakenintubation. Kvalitativ innehållsanalys har använts då de ansågs mest passande när människors upplevelser ska beskrivas. Sex informanter intervjuades och de fick svara på en öppen frågeställning. I analysen framkom två domäner: *Fysiska upplevelser* - samt *Psykiska upplevelser av vakenintubation*. De fysiska upplevelserna delades in i kategorierna *Upplevelsen av smärta och beröring* samt *Sedativa läkemedels inverkan vid vakenintubation*. De psykiska upplevelserna delades in i kategorierna *Obehagliga minnen och erfarenheter*, *Upplevelsen av att känna sig utelämnad*, *Medvetenhet vid vakenintubation* samt *En paradoxal känsla*. Konklusionen blir att vakenintubation är en obehaglig upplevelse. Studien har kommit fram till helt ny kunskap som kan ge bättre förståelse inför omhändertagandet av patienter som ska vakenintuberas. Anestesijuksköterskan har en stor roll i att bemöta patienten på ett professionellt sätt. Detta för att lindra lidande och öka tryggheten för patienten.

Nyckelord: *vakenintubation, fysisk upplevelse, psykisk upplevelse, vårdlidande, obehag, utelämnad, smärta*

INLEDNING	- 1 -
BAKGRUND	- 1 -
Intubationens historia	- 1 -
Säker luftväg	- 1 -
Vakenintubering	- 2 -
Kompetensbeskrivning & vårdvetenskapligt kontext	- 3 -
Tidigare forskning	- 4 -
PROBLEMFÖRMULERING	- 5 -
SYFTE.....	- 6 -
METOD.....	- 6 -
Ansats	- 6 -
Datainsamling.....	- 6 -
Urval.....	- 6 -
Genomförande	- 7 -
Dataanalys	- 7 -
Trovärdighet	- 8 -
Etiska aspekter.....	- 8 -
RESULTAT	- 10 -
Fysiska upplevelser av vakenintubation.....	- 10 -
Upplevelsen av smärta och beröring	- 10 -
Sedativa läkemedels inverkan vid vakenintubation	- 11 -
Psykiska upplevelser av vakenintubation.....	- 11 -
Obehagliga minnen och erfarenheter	- 11 -
Upplevelsen av att känna sig utelämnad	- 12 -
Medvetenhet och tidsuppfattning vid vakenintubation	- 13 -
En paradoxal känsla	- 14 -
DISKUSSION	- 16 -
Metoddiskussion.....	- 16 -
Resultatdiskussion.....	- 18 -
Fysiska upplevelser	- 18 -
Psykiska upplevelser	- 19 -
Konklusion	- 21 -
Praktiska implikationer	- 22 -
Förslag till vidare forskning	- 22 -
REFERENSLISTA.....	- 23 -
BILAGA 1.....	- 25 -
BILAGA 2.....	- 26 -
BILAGA 3.....	- 28 -

INLEDNING

Det normala tillvägagångssättet på dagens operationsavdelningar är att först bli sövd och sedan intuberad inför en operation. Det är den anestesimetod som vanligen används. Intubation i vaket tillstånd tillhör inte den typen av anestesimetod som är förstahandsval vid behov av intubation, utan något som används när en svår luftväg hos patienten är förväntad i förväg. Detta kan bero på olika anledningar, så som förändrad anatomi, skada eller sjukdom. I anesthesisjuksköterskans kompetensbeskrivning står det att sjuksköterskan skall kunna etablera och upprätthålla fria luftvägar hos en patient samt övervaka, assistera och/eller ventilera patienten. Denna kunskap är av största vikt i arbetet som anesthesisjuksköterska. Det står dessutom att sjuksköterskan skall för patienten bidra till lugn, trygghet och förvissa sig om att han eller hon får en säker och professionell anesthesiologisk omvårdnad. (Riksföreningen för anestesi och intensivvård och svensk sjuksköterskeförening – SSF, 2008). Avsikten med denna studie är att få en djupare insikt i hur patienten upplever att vara vaken under intuberingen. Studien hoppas kunna ge ny kunskap som anesthesisjuksköterskor kan använda för ett bättre bemötande och omhändertagande av patienter som ska vara med om denna situation. I fortsättningen av uppsatsen kommer begreppet vakenintubering att användas.

BAKGRUND

Intubationens historia

Roland, Katz & Berci (1979) beskriver i sin studie att Vesalius rapporterade redan år 1543, att en dräktig gris överlevde på grund av att de blåste i trachea på grisen. Detta sägs troligt vara det första exemplet på manuell ventilation genom trachea. Den första intubationen genom larynx och trachea skall ha ägt rum i början av det andra årtusendet. William MacEwan var den första att utföra endotrachealintubation i syftet att genomföra anestesi. Året var 1878 och patienten var vaken. Han förde ner endotrachealtuben med enbart fingrarna som guidning. Edgar Rowbotham och Ivan Magill fick en bredare erfarenhet av endotrachealintubation under andra världskriget och populariserade det med tiden. Under denna tid kom även det hjälpmedel som påtagligt underlättar en intubering; Laryngoskopet & Magills tång (Yatindra & Preethy, 2005).

Säker luftväg

Fri luftväg är det mest prioriterade i omhändertagande av en skadad patient, en svårt sjuk patient eller en patient som ska opereras. Vikten att öppna upp luftvägen för att få fri tillgång till syre är avgörande för patientens överlevnad. När väl luftvägen är säkrad gäller det att få en adekvat syresättning och ventilation genom luftvägen. För att få fri luftväg måste svalget vara fritt, exempelvis trasiga tänder, blod eller smuts vid trauma måste bort. Efter detta kan fri luftväg etableras med hjälp av exempelvis haklyft. Då lyfts underkäken framåt och uppåt. Tungan ska lyfta från epiglottis och på så sätt ge fri passage för syre, ner till lungorna, via bronkerna. Först efter detta är det möjligt att tillgodose god ventilation genom spontanandning alternativt assisterad ventilation genom mask. Om patienten är medvetslös på grund av olika omständigheter, kan denna manöver behöva bibehållas manuellt över tid av anesthesisjuksköterskan. I detta läge underlättare det att ge patienten en endotrachealtub för att anesthesisjuksköterskan ska kunna koncentrera sig mer på ventilationen. En definitiv metod för

att säkerställa fri luftväg är att föra ner en tub i trachea. Detta kan göras både oralt och nasalt med en endotrachealtub (Lenworth & Jacobs, 1988). Vid intuberingen används hjälpmedel som laryngoskop, ledare, Magills tång och ibland även ett fiberoptiskt laryngoskop. Fiberoptiskt laryngoskop innebär en kamera som ser ner i svalget och gör det lättare placera endotrachealtuben rätt. (Yatindra & Preethzy, 2005).

Vid en operation av en patient är endotrachealtuben en av de vanligaste metoderna för att säkerställa fri luftväg under en generell anestesi. Anestesiologen måste vara säker på att maskventilation och intubering med endotrachealtub är möjligt efter att patienten är sövd. Om anestesiologen anser att det finns tvivel på detta, kan vakenintubering under lättare smärtlindring och sedering vara ett alternativ för att möjliggöra anestesi för patienten. Vid vakenintubering används idag främst fiberoptiskt laryngoskop som hjälpmedel (Yatindra & Preethy, 2005).

Vakenintubering

Intubering av patienter är en vanlig teknik vid generell anestesi på dagens operationsavdelningar, detta när det behövs säkerställa en fri luftväg i samband med operation. Det finns flera tillvägagångssätt att välja mellan och ett av dem är intubering medan patienten fortfarande är vaken. Vanligen försätts patienten i sömn med hjälp av hypnotika och analgetika, och blir muskelrelaxerad med läkemedel innan intubationen sker. Men i vissa speciella fall kan det bli aktuellt med vakenintubation. Detta kan ske både oralt och nasalt. (Woodall., Harwood., & Barker., 2008., Langford & Leslie., 2008).

Anledningen till att vissa patienter genomgår vakenintubering är att det redan preoperativt är känt, eller att det finns anledningar att tro att patienten med stor sannolikhet har en svår luftväg. Det vill säga att en förväntan om att det ska bli svårt att intubera finns. Detta kan vara på grund av onormal anatomi, sjukdom eller skada. Exempel på sjukdom kan vara en thyroidea som vuxit sig så stor att den trycker på trachea eller allmän tumörväxt i halsen. Andra sjukdomstillstånd som kan komma att kräva vakenintubering är blödningar i trachea eller esofagus. Även ledgångssjukdomar såsom Mb. Bechtrew där patienten inte har rörligheten som krävs vid ordinär intubering kan skapa problem (Mingo. et.al, 2008., Morris., 1994., Langford & Leslie., 2008). Vid skador och trauma som kräver intubering, är vaken fiberskopsintubering att föredra då patientens huvud och nacke kan stabiliseras i neutral position under intuberingen (Langford & Leslie., 2008).

Vakenintubering som metod är välkänt då även författarna Halldin & Lindahl (2008) tar upp ämnet i sin lärobok om anestesi. Främst är det Öron-Näsa-Hals-specialister som genomför vakenintubering tillsammans med anestesiologen. I genomsnitt genomförs minst en vakenintubering i veckan på ett av det större västsvenska sjukhusen författarna varit i kontakt med (Personlig kontakt, 2010).

När en patient ska genomgå ett operativt ingrepp, är det viktigt att patienten får tydlig och relevant information om vad som ska ske innan start för att kunna förbereda sig själv på vad som ska hända. Patienter som inte tycker sig fått tillräckligt med information preoperativt är mer nervösa, oroliga och rädda när de anländer till operation, än patienter som tycker sig fått tillräcklig information (Garretson, 2004).

Vid genomförandet av vakenintubering kan patienten erhålla lätt sedering i form av intravenösa läkemedel, exempelvis Remifentaniol®, för att uppnå en smärtstillande och lätt

avslappnade effekt. Både Mingo., Ashpole., Irving & Rucklidge (2008) och Langford & Leslie (2008) har i sina forskningar funnit att en liten dos av opiaten Remifentanil®, är ett bra alternativ för sedering vid vakenintubation. Detta för att effekten av läkemedlet är välkänt, det är kortverkande, kan titreras och är reversibelt. Det bidrar även till upprätthållande av stabil cirkulation. Risken med sedering är att höga doser kan leda till hypoventilering hos patienten innan endotrachealtuben hunnit föras ner.

Patienten kan även få lokalbedövning i svalget eller näsan som tillägg till intravenös smärtlindring. Det finns olika administreringsätt, exempelvis används Lidokain® som sprayas ner i halsen eller som inhalation med lokalbedövningsmedel. Anestesiologen kan som kombination till spray och inhalation bedöva direkt på larynx med en injektion lokalbedövning via krikoidmembranet direkt in i luftvägen (Langford & Leslie, 2008). Kombinationen av intravenös sedering och lokalbedövning har visat sig fungera bra. När dessa läkemedel är givna, för anestesiologen ner endotrachealtuben med hjälp av laryngoskop och ledare. Ofta när det handlar om att vakenintubera används med fördel ett fiberlaryngoskop, då anatomin i svalget blir lättare att se (Yatindra & Preethy, 2005). Så fort anestesiologen är säker på att endotrachealtuben ligger i rätt läge så att fri luftväg upprättats sövs patienten med intravenösa läkemedel som injiceras snabbt. Allt för att patientens upplevelse av att ha en endotrachealtub i halsen ska bli så kort som möjligt (Morris, 1994).

Kompetensbeskrivning & vårdvetenskapligt kontext

Arbetet som anestesijuksköterska på en operations- och anestesiavdelning innebär en daglig kontakt med patienter som ska genomgå någon form av operation, i generell eller regional anestesi. Vid en operation är det anestesijuksköterskan som har huvudansvaret för den kontextuella anestesijuksvården. Detta innebär den vård och behandling som ges i anslutning till anestesi och operation, med målet att skapa den optimala vården för patienten. Enligt den kompetensbeskrivning som finns för legitimerade sjuksköterskor med specialistexamen med inriktning mot anestesijuksvård innebär den anestesiologiska omvårdnaden att anestesijuksköterskan ska utforma sina omvårdnadsåtgärder till patienten utifrån en helhetssyn. Anestesijuksköterskan har ansvaret för att leda, prioritera, fördela och samordna det perioperativa arbetet utifrån patientens behov samt kunna planera och utföra den anestesi som är ordinerad från anestesiologen. (Riksföreningen för anestesi och intensivvård och svensk sjuksköterskeförening – SSF, 2008). Att vara anestesijuksköterska innebär också att skapa tillit, lindra patientens oro och rädsla samt visa omsorg och respekt för patientens värdighet och integritet. Genom att arbeta utifrån ett sådant förhållningssätt kan anestesijuksköterskans omvårdnadshandlingar och åtgärder hjälpa patienten att uppnå hälsa. Anestesijuksköterskan ska även ges möjlighet att arbeta utifrån den perioperativa vårdprocessen (Riksföreningen för anestesi och intensivvård och svensk sjuksköterskeförening – SSF, 2008).

Den perioperativa vårdprocessen är för anestesijuksköterskor ett verktyg, som bidrar till att vårdrelationen mellan vårdare och patient stärks. Enligt Lindwall & von Post (2008) är det en patientcentrerad, individuell helhetsvård relaterad till ett anestesi-kontext. Den perioperativa vårdprocessen bygger på totalt tre möten, pre-, intra-, och postoperativt, mellan patient och anestesijuksköterska. Det leder till bättre kontinuitet i vården och anestesijuksköterskan lär känna patienten och skapar ett förtroende. Inför en vakenintubering, som sker i den intraoperativa fasen, är det för anestesijuksköterskan viktigt att kunna skapa trygghet, lugn och ro inför patienten, och på så sätt minska vårdlidande. För att kunna erbjuda en god vård,

lindra lidande och öka välbefinnande för patienterna krävs en fungerande relation mellan patienten och anestesijuksköterskan. I den professionella vårdrelationen krävs en öppenhet och förmåga till reflektion samt att anestesijuksköterskan inte räknar med att själv få ut något av mötet med patienten. Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg (2003) menar att ansvaret för en god vårdrelation alltid ligger hos vårdaren, det vill säga, anestesijuksköterskan. Ansvaret bygger på att skapa en positiv vård och att förhindra att ett vårdlidande uppstår.

Vårdlidande beskrivs av Eriksson (1994) som det lidande som upplevs i relation till själva vårdsituationen. Dahlberg, et.al. (2003) beskriver vårdlidande som det lidande som patienten åsamkas på grund av vårdande eller brist på vård. Varje människa upplever sitt lidande på olika sätt men det kan exempelvis vara kränkning av värdighet och värdet som människa. Maktutövning i en vårdsituation är ett annat sätt att åstadkomma vårdlidande för patienten. Att tvinga en patient till att göra handlingar som denne inte själv valt är också att utöva makt och ett sätt att beröva patienten dess frihet, menar Eriksson (1994). Ytterligare exempel på vårdlidande är att utföra vårdhandlingar som patienten inte förstår, eller varför det måste göras. En förutsättning för att lindra vårdlidandet för patienten i samband med vakenintubering är att patienten känner sig välkommen, respekterad och väl omhändertagen. Detta genom att anestesijuksköterskan har förmåga till att ge tydlig kommunikation och på det sättet inge trygghet för patienten. Dessa uppgifter ligger främst på anestesijuksköterskan att tillgodose, både genom att arbeta enligt den perioperativa vårdprocessen (Lindwall & von Post, 2008) samt att följa den kompetensbeskrivning som finns. (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård och svensk sjuksköterskeförening – SSF, 2008). Målet med vårdandet är att lindra eller förhindra lidande och samtidigt skapa förutsättningar för välbefinnande.

Tidigare forskning

Intubering är något av det fysiskt mest smärtsamma som en människa kan utsättas för, detta är känt inom anesthesiologin. En intubation utlöser host- och svalgreflexer, ger en neuromuskulär aktivitet samt puls- och blodtrycksstegring. Kunskapen finns om att det därför ofta krävs mycket smärtstillande för att kunna genomföra en intubering, även på redan sövda patienter. (Halldin & Lindahl, 2008). Med denna tidigare vetenskap handlar mycket av forskning inom området vakenintubation, om att hitta en för den enskilde patienten optimal smärtlindring och sedering som är väl fungerande för en sådan typ av intubering.

Mingo et.al. (2008) fann i sin undersökning om vakenintubation, att majoriteten av patienterna upplevde obehag när endotrachealtuben fördes ner. De skulle dock kunna göra om en vakenintubation om det skulle bli nödvändigt. I undersökningen fick patienterna sedering med Remifentaniol® och lokalbedövade endast i näsans slemhinna och majoriteten av patienterna hostade till vid intubering. Trots Remifentaniol® användande var det endast tre stycken patienter som sjönk i andningsfrekvens <8, men samtliga av de tre patienterna kunde svara på tilltal och andades på bättre vid uppmaning. Mingo et.al. (2008) fann också att användandet av Remifentaniol® upprätthöll stabil cirkulation och har goda egenskaper för patienter som behöver genomgå en vakenintubation.

Vakenintubering med Remifentaniol® är det fler som har forskat om (Machata, Gonano, Holzer, Andel, Spiss, Zimpfer & Illievich, 2003). I deras studie har tillägg av Midazolam® givits till patienterna som intravenös premedicinering. Deras studie visade också på bättre utgång för patienterna till skillnad från användning av enbart Remifentaniol® och lokalbedövning. Midazolam® ger den extra sederingen som krävs för att uppnå en så bra vakenintubation som möjligt. För att motverka biverkningar orsakade av Remifentaniol®,

adderades även glycopyrrolate (Robinul®) intravenöst som premedicinering för att undvika bradykardi och minska slemproduktionen.

Vidare vad det gäller forskning om tillvägagångssätt vid vakenintubering har Wieczorek, Schrickler, Vinet & Backman (2007) undersökt olika styrkor på lokalbedövning att använda i samband med vakenintubering. I deras studie användes även Fentanyl® som analgetika och Midazolam® som sedering. Alla medverkande fick samma dos Fentanyl® medan dosen Midazolam® minskades till den grupp som fick den starkare lokalbedövningen. Resultatet visade dock inte på någon signifikant skillnad mellan patientgrupperna utan samtliga gick bra att vakenintubera med fiberoptik.

Det har även gjorts försök att vakenintubera med bara lokalbedövning, utan sedering. Detta gjordes på 180 friska patienter som efteråt fick svara på ett frågeformulär gällande eventuell oro, hostning, smärta och andra biverkningar. Det visade sig att enbart lokalbedövning var associerat med komplikationer och luftvägstrauma. Det var väldigt vanligt med näsblödning och huvudvärk hos patienterna. Det sistnämnda kom på grund av den extrema blodtryckstegning som patienterna fick i samband med intubationen, vid något tillfälle hade utgångstrycket varit 120mmHg och stigit till 180mmHg. Vid detta tillfälle sågs även en bradykardi på drygt 38 slag per minut hos en patient. Studien visade att den hemodynamiska stabiliteten försvinner då sedering undviks. Sederingen har alltså en viktig roll vid genomförandet av en vakenintubation med lokalbedövning (Woodall, Harwood & Barker, 2008).

Det har även gjorts studier som undersökte kombinationen av att inhalera lokalbedövning med hjälp av nebulisator samt punktandministra lokalbedövning i sprayform under vakenintubationen. Denna lilla försöksgrupp på 26 personer var inte sederade överhuvudtaget och resultatet blev över förväntan mycket bra. På en 10-gradig skala, där noll var absolut avskryvärt och tio var njutbar, gällande smärta, oro och hosta, blev medelpoängen drygt sex. Tre stycken upplevde det njutbart (Williams, Barker, Harwood & Woodall, 2005).

Den tidigare forskning författarna har funnit som berör ämnet vakenintubering, har främst ett medicinskt fokus. Den mesta forskningen är kvantitativ med statistiska undersökningar som beskriver effekter av olika doser läkemedel, olika kombinationer läkemedel eller olika tekniker vid vakenintubering. Tidigare forskning tar inte upp patientens upplevelse av vakenintubering, utan kvalitativ forskning som berör ämnet har inte gått att hitta.

PROBLEMFORMULERING

Vakenintubation kan innebära ett vårdlidande för patienten. I vissa fall är denna manöver dock nödvändigt på grund av särskilda skäl, detta för att få tillgång till en säker, fri luftväg. Ämnet är intressant för att vakenintubering faktiskt görs oftare än vad som kan anas, och det kan vara helt olika typer av patienter som får vara med om detta. Problemet med vakenintubation är att det kan innebära en traumatisk upplevelse för patienten som i sin tur kanske medför och framkallar ångest, rädsla och oro. Författarna vill göra en fördjupning i detta ämne och med resultatet kunna minimera det eventuella vårdlidandet för patienten.

Inom området vakenintubation finns inte mycket forskning på hur patienterna själva upplevt situationen. Dock finns det en hel del forskning kring valet av läkemedel och tekniker vid vakenintubation. Det finns lite i forskningen som beskriver patientens perspektiv på att vakenintuberas och därför blir detta viktigt att undersöka.

Författarna vill med denna studie belysa det eventuella vårdlidandet som kan skapas hos patienten, hur denne påverkas av känslor och upplevelser som dyker upp i samband med att vakenintuberas. Genom att intervjua patienterna och få reda på deras subjektiva upplevelse av att vakenintuberas, är förhoppningen att anestesijuksköterskor kan ta hjälp av detta resultat för att kunna minska lidandet och ha bättre beredskap i mötet med dessa patienter.

Dessa problemställningar leder fram till följande frågeställningar:

- Hur upplevde patienten att vakenintuberas?
- Fick patienten bra information före ingreppet?
- På vilket sätt kan anestesijuksköterskor utnyttja denna kunskap?

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva patienters upplevelser i samband med att de vakenintuberas.

METOD

Ansats

För att få kunskapen om hur patienter upplever att vakenintuberas har studien en fenomenologisk kvalitativ ansats med öppna intervjuer. Avsikten är att beskriva det aktuella forskningsproblemet utifrån patienters levda erfarenhet. Här finns det utrymme att koncentrera sig på informantens livsvärld och öppenhet för gällande upplevelse, prioriteringar och exakta beskrivningar. Här ska det även göras försök att sätta förkunskapen åt sidan, samt söka efter upplevelser i informanternas beskrivningar. Författarna har aldrig själva varit med under en vakenintubation men genom öppenhet och reflektion kan författarna upptäcka det som framträder hos informanterna, och se mönster i analysenheterna.

Den kvalitativa forskningsintervjun används för denna typ av studie då den försöker förstå den intervjuades synvinkel. Innebörden av informanternas erfarenheter och upplevda livsvärld utvecklas och analyseras av författarna. Målet med den kvalitativa forskningsintervjun är att få nyanserade beskrivningar i informantens livsvärld (Kvale, 1997).

Datansamling

Urval

Inklusionskriterier för studien var att informanterna ska ha genomgått en vakenintubering, oavsett om det skedde nasalt eller oralt, oberoende typ av operationsingrepp, ålder eller kön. Exklusionskriterierna var informanter som inte talade svenska samt att de som var i ett palliativt skede av etiska skäl inte skulle kontaktas. I denna studie ingick totalt sex informanter beroende på det sistnämnda exklusionskriteriet. Av en slump föll det sig att alla sex informanter var män, samtliga i en ålder mellan 30-70 år. Fem av sex informanter hade sjukdomar som påverkade anatomin, och därför fanns även två stycken informanter som hade genomgått vakenintubation flera gånger tidigare. En av informanterna hade varit med om en olycka och hade efter det en skada som blev orsaken till att vakenintubation genomfördes.

Hartman (1998) menar att det vid kvalitativa studier är en viss kunskap som är av intresse och därför eftersöks således informanter som kan bidra med den kunskapen. Om det är svårt att finna informanter som kan ge denna kunskap kan hjälp tas av någon som är insatt i ämnet.

I denna studie kontaktades verksamhetscheferna på Öron-Näsa-Hals-kliniker på två stora sjukhus i västra Götaland (Se Bilaga 1). Efter godkännande av studien kontaktades en sektionsledare respektive en forskningsassistent för fortsatt hjälp att finna informanter. Via statistiska arkiv och journalhandlingar hittades informanter som genomgått en vakenintubation. Ur etisk synpunkt bad författarna även om att klinikerna inte skulle välja ut för svårt sjuka patienter. Kontakterna med informanterna sedan skedde både muntligt och skriftligt. Det skickades ut informationsbrev till alla informanter angående studien och de uppmanades att återkoppla till författarna vid intresse för deltagande (Se Bilaga 2). På det ena sjukhuset kontaktades informanterna enbart med brev, efter att ha fått adresserna av sektionsledaren. Totalt 15 brev skickades ut. Fem informanter valde att svara, varav tre tackade ja till deltagande i studien. Trots att påminnelsebrev skickades till dem som inte svarat resulterade det inte i fler deltagare. På det andra sjukhuset tog forskningsassistenten kontakt med informanterna och skickade därefter ut 10 brev. Detta resulterade i att ytterligare tre stycken informanter tackade ja till deltagande.

Genomförande

Intervjuerna ägde rum på ett, för båda parter, neutralt ställe. Tid och plats valdes med hänsyn till informanternas önskan. Som Kvale (1997) beskriver det fick informanterna en kort beskrivning av genomförandet före och efter intervjun. Informanterna informerades återigen om syftet med studien samt att intervjun skulle spelas in för att kunna analysera svaren på ett adekvat sätt. Därefter fick informanterna svar på eventuella oklarheter vart efter intervjun började.

Inledande fråga i varje intervju var: *"Kan du berätta hur du upplevde att bli vakenintuberad?"* Detta för att informanterna själva skulle få chansen att prata öppet om deras subjektiva upplevelse av vakenintubation utan att bli styrda utav författarna. Med en kvalitativ metod uppmanas författarna till att försöka förstå den intervjuades egna, spontana berättelse. I vissa intervjuer behövde informanterna uppmanas att berätta mer ingående om vad de kände i olika situationer, till exempel; *Kan du utveckla...? Hur kände du då...?*

Varje intervju tog mellan 12 till 20 minuter. Efter varje intervju gavs informanterna åter möjlighet att ställa frågor, som sig bör enligt Kvale (1997). Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades sedan till löpande text.

Dataanalys

Vid kvalitativ innehållsanalys ligger fokus på att beskriva variationer, genom att hitta skillnader och likheter i analysenheterna, det vill säga intervjuerna. Detta kan sedan redovisas i olika domäner och kategorier. (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008).

Författarna läste all text i analysenheterna på var sitt håll till en början. Detta gjordes upprepade gånger för att få en god överblick samt vara väl bekantad med innehållet. Texterna delades sedan upp i meningsbärande enheter som beskrev skillnader och likheter i texterna. Det blev i de flesta fall en till tre meningar, vilket gjorde de lagom stora. Detta gjorde det lättare att hantera dem samt att det inte hamnade fler betydelser i innehållet. Vidare kondenserades dessa meningsenheter för att göra texten än mer kortare och lättläst, men samtidigt bevara det centrala innehållet för att inget väsentligt skulle försvinna. Efter detta abstraherades kondenseringen till koder så att innehållet lyftes till en högre logisk nivå.

Abstraktionens giltighet kontrollerades där på genom att koppla tillbaka innehållet mot meningsenheterna och kondenserad text. De koder som liknade varandra delades upp i domäner, underkategorier och kategorier (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008).

Tabell 1. *Exempel på innehållsanalys.*

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Det är alltså det jag skulle vilja, det är ju att komma bort, att bara segla iväg, att inte minnas någonting för att slippa det här.	Viljan att komma bort, inte minnas för att slippa.	Komma bort, slippa minnas.	En otäck upplevelse	Obehagliga minnen och erfarenheter

Trovärdighet

Syftet vid all forskning är att finna ny kunskap, och vid kvalitativ innehållsanalys tolkas texterna olika av olika människor och det finns ofta mer än en sanning. För att bestämma trovärdigheten hos en studie måste därför hänsyn tas till att forskarens egna förståelse och erfarenhet präglar analysen. För att kunna bedöma trovärdighet används ofta reflekterande och resonerande metoder, exempelvis diskussioner. Inom kvalitativ innehållsanalys används framförallt tre begrepp; *giltighet*, *tillförlitlighet* och *överförbarhet*, för att avgöra studiens trovärdighet. (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008).

Begreppet *giltighet* belyser hur sanna resultaten är. Om de karaktäristiska och typiska för det som var avsatt att beskrivas framhävs tydligt i texten, anses resultatet som giltigt.

För att beskriva studiens *tillförlitlighet* krävs en noggrann beskrivning av analysarbetet. Genom att noggrant läsa samtliga delar av insamlad data samt genomföra analysen under samtidig reflektion och diskussion, ökar tillförlitligheten.

Trovärdigheten av en studie färgas också av hur användbart eller *överförbart* resultatet är. Kan resultatet användas av andra, i annat kontext anses det som överförbart. För att detta ska bli möjligt är en väl beskriven metod av stort värde. (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008).

Etiska aspekter

I enlighet med de riktlinjer som finns vid Högskolan i Borås har ansökan om etiskt tillstånd inte gjorts. Informanterna i studien har enligt Centrala Etikprövningsnämndens föreskrifter (2009) fått information om att studien är frivillig och att de när som helst kan avbryta sitt deltagande.

Studien har godkänts av berörda verksamhetschefer både skriftligt och muntligt. Patienterna har informerats om studien och givit sitt samtycke att delta genom muntligt och skriftligt godkännande. De informerades om att när som helst kunna avbryta sitt deltagande utan förklaring, se bilaga 1. Studien har följt rådande etiska principer som baserats på Helsingforsdeklarationen och internationella riktlinjer (Medicinska forskningsrådet, 1996). Grundläggande etiska principer som gäller i alla relationer mellan människor är Autonomiprincipen, vilket innebär respekt för andra människors förmåga till autonomi och

integritet. Godhetsprincipen innebär att var och en skall sträva efter att göra gott och förebygga eller förhindra skada. Principen att inte skada innebär att inte utsätta någon för skada med utgångspunkt på respekt för försökspersoner och deras integritet och värderingar. Rättviseprincipen innebär att alla människor skall behandlas lika (Olsson & Sörensson, 2001).

Alla personuppgifter har uteslutits i syfte att skydda undersökningsgruppens identitet och integritet. Materialet behandlades på ett konfidentiellt sätt och studiens resultat presenteras på ett sådant sätt att ingen individ kan identifieras. Endast författare och handledare hade tillgång till datainsamlingsmaterialet.

RESULTAT

I resultatet framkom att informanternas upplevelser av vakenintubering var både fysisk och psykisk. Därför redovisas resultatet utifrån två domäner, *Fysiska upplevelser av vakenintubation* samt *Psykiska upplevelser av vakenintubation*. Vidare har varje domän fått flera olika kategorier. En översikt på resultatet med domäner, underkategorier och kategorier återfinns i bilaga 3.

Fysiska upplevelser av vakenintubation

Fysiska upplevelser av vakenintubation har beskrivits av informanterna. Upplevelserna beskrevs på olika sätt och vis, med olika ord såsom visas av citaten.

Upplevelsen av smärta och beröring

Det var få informanter som beskrev vakenintubationen som smärtsam, dock upplevdes lokalbedövningen som administreras i halsen på informanten precis innan som obekvämt. Hos vissa informanter beskrevs lokalbedövningen även som en smärtsam upplevelse. Bedövningen hjälpte dock så pass bra att endast en informant beskrev själva vakenintuberingen, det vill säga nedförandet av endotrachealtuben, med ord som smärta, sveda och irritation.

”Asså, det mest smärtsamma det är ju den där jädra bedövningen dem kör in va. När dem börjar spraya och dem ja...så, det är rätt obehagligt för den svider och den smakar inte riktigt bra alltså”.

Känslan av att endotrachealtuben kom ner i halsen registrerades hos flera av informanterna. De kände hur den grova endotrachealtuben fördes in och upp i näsan, att den kom ner i svalget, och vidare ner i halsen. När anestesi-personalen precis skulle föra ner endotrachealtuben genom stämbanden kändes det riktigt obehagligt, trots att informanterna hade fått lokalbedövning innan.

Hos de informanter som beskrev att de fick en inhalation av lokalbedövning, upplevdes detta inte som några problem. Att däremot få lokalbedövning i form av vätska, som sprutades ner i halsen, har beskrivits som en upplevelse av obehagskänsla hos informanterna. Det kändes starkt och olustigt för informanterna att få lokalbedövning i mun och strupe. Trots lokalbedövning i svalget kände samtliga informanter beröring av endotrachealtuben vid nedförandet. En informant beskrev nedförandet av endotrachealtuben som att det skrapade lite i halsen på vägen ner. Informanterna beskrev det så här:

”Man känner hur de går ner liksom längs flimmerhåren och så där ner i halsen”.

”Ja det var ju inte som hos tandläkaren...att man liksom är helt bortdomnad sådär i munnen, så var det ju inte”.

Sedativa läkemedels inverkan vid vakenintubation

Alla informanterna fick premedicinering inför sin vakenintubation, detta upplevdes på olika sätt. Någon upplevde att den lugnande effekten fanns där, och att få vara lite slö var bara skönt. Men när genomförandet av vakenintubationen sedan startade kändes ändå full sinnesnärvaro och premedicineringen upplevdes inte lika effektiv längre.

”Ja visst var jag slö, det kan jag ju helt klart komma ihåg. Men alltså sen var jag ju fullt med”.

Det fanns flera olika beskrivningar på effekten av de sedativa läkemedlen som administreras vid en vakenintubation. En del informanter beskrev en känsla av att bli lite flummig, omtöcknad eller som att vara i ett mysigt tillstånd med god avslappnade effekt.

”Sen var jag ju rätt avtrubbad för jag fick ju rätt mycket smärtstillande innan. Jag fick ju lite innan i magen. Så jag var ju lite geggig”.

Psykiska upplevelser av vakenintubation

Även psykiska upplevelser av vakenintubation har beskrivits av informanterna som genomgått vakenintubation. Upplevelserna beskrevs på olika sätt och vis, med olika ord såsom visas av citaten.

Obehagliga minnen och erfarenheter

Vakenintubation upplevdes vara en otäck händelse för många utav informanterna i studien. Det framkommer från informanterna att det var väldigt obehagligt att få en tub nedförd i halsen medan de fortfarande var vakna. Det upplevdes vara ruskigt när det knakade i näsan och inne i hela huvudet, precis vid införandet av endotrachealtuben. En vakenintubering upplevdes av informanterna också som något utav det värsta en patient kan vara med om, det beskrevs som både vedervärdigt och fruktansvärt. En informant upplevde det så obehagligt att han inte ens önskade sina ovänner att vara med om detta. En annan informant beskrev det så här:

”Det är, alltså det jag skulle vilja, vilja...det är ju att komma bort. Att bara liksom segla iväg, att inte minnas någonting. För att slippa det här.”

Vakenintuberingen har blivit ett tydligt minne som följer med patienten, detta eftersom starka känslor och tankar uppenbarades för informanterna under förloppet av vakenintuberingen. Informanternas upplevelse av att många små delar i personalens förberedelsearbete, exempelvis insättning av perifer venkateter, uppkopplandet av övervakning på patienten, samt att stora lampor lyser rakt på patienten från taket, med mera, förstärker den obehagliga upplevelsen. Oron kan för en del informanter dessutom börja redan på morgonen i väntan på att vakenintuberingen och operationen ska ske, vilket gör det ännu mer obehagligt.

Också upplevelsen av panik låg nära tillhands för många av informanterna vid genomförandet av vakenintubationen. Paniken upplevdes på flera olika sätt hos informanterna. Det handlade om paniken över att inte kunna prata, samt upplevelsen av att inte kunna andas på grund av endotrachealtuben i munnen.

”När de säger till att säga ”aa” och då gör jag det och så helt plötsligt tystnar allting. Och då får jag inte fram ett ljud och det är väl då, då blir det riktigt obehagligt”.

”Obehaget är att man inte kan andas riktigt. Att man får...öhh...panik av att man inte riktigt...aa...att man inte kan andas”.

Paniken hos informanten upplevs precis vid nedförandet av endotrachealtuben. När den passerade halsen, ner mot stämbanden upplevdes känslan av lufthunger och informanterna hann tänka många tankar. En informant beskrev det som att delar av livet passerade under dessa korta sekunder, och att då se livet passera förstärkte panikkänslan avsevärt. Känslan av att ens talförmågan försvann förstärkte panikkänslan ytterligare. Här uppstod för informanterna även en rädsla för att anestesisjuksköterskan inte skulle förstå hur informanterna kände sig och inte heller skulle hinna uppfatta hur de verkligen upplevde situationen.

Upplevelsen av att känna sig utelämnad

Vakenintubation har visat sig innebära att informanterna var mer eller mindre tvungna att utelämna sig och känna förtroende till anestesi-personalen. Att inte kunna påverka sin egen del i det hela och våga lita på de människor som skulle genomföra vakenintubationen visade sig inte alltid vara lätt. Många informanter har uttryckt en tillit för anestesisjuksköterskan, men eftersom flera av informanterna var väldigt sjuka och hade sådana smärtor av grundsjukdomen var upplevelsen att de inte hade något annat val. Informanterna upplevde därför att de inte hade något utrymme för delaktighet i vården vid vakenintubationen. Informanterna har uttryckt en önskan om att få bli friska. Som ett led i detta också genomgå vakenintubationen så snart som möjligt för att kunna bli bättre i sin sjukdom. De litade på att de fick ett professionellt omhändertagande av anestesisjuksköterskan trots att de kände sig utelämnade i sin situation.

”Jag bara utelämnade mig...det som ska ske, det ska ske”.

Vid själva vakenintubationen upplevde informanterna att de förlorade kontrollen över situationen. Informanterna upplevde att de spontant behövde kämpa emot då det kändes som en onaturlig händelse. Informanterna har till och med beskrivit en upplevelsen av att anestesi-personalen våldförde sig på dennes kropp.

”...det handlar ju om alltså om att någonting händer som jag inte vill ska hända...det är alltså

sbara "detta får inte ske" ...och sen att folk lägger sig på mig, och håller fast mig".

Informanterna var väl medvetna om anestesisjuksköterskans närvaro och arbetsuppgifter. Men när någonting hände med informantens kropp som denne inte kunde styra över, infann sig en känsla av att bli kränkt. Anestesipersonal som under genomförandet av vakenintubationen pratade över huvudet på informanten, kommenterade runt omkring och mycket personal i rummet förstärkte upplevelsen av att inte riktigt hänga med på vad som händer. Upplevelsen av det var rörigt och att informanterna tappade kontrollen över situationen blev total.

Upplevelsen av att inte ses som hel människa, och som en unik individ har uttrycks. Detta berodde inte bara på att informanternas egen delaktighet i vården blev liten, utan också för att informanterna har saknat någon form av uppföljning efter vakenintubationen. Att informanterna inte ens har fått frågan om deras egen upplevelse av att vakenintuberas, menar en informant är anmärkningsvärt. Detta styrks med dessa två citat:

"Sen, sen kan...är ju jag kanske lite förvånad också att ingen har brytt sig efteråt. Överhuvudtaget. Frågat hur det har varit eller behöver jag någon hjälp, eller..."

"...det tycker jag kanske är på sin plats va, för att jag förutsätter ju att det här ligger lite utanför det normala i alla fall".

Medvetenhet och tidsuppfattning vid vakenintubation

De informanter som upplevt sig vara oförberedda på det moment då endotrachealtuben fördes ner, visade sig även ha upplevt större obehag. Trots att informanterna tyckte att det hade fått bra information innan, om vad som skulle ske, och hur det skulle ske, så beskrev det ändå att det blev som en stor överraskning när endotrachealtuben fördes ner i halsen.

"...det var en väldigt stor chock för mig...öhh...trots att de förklarade allting då men, jag är en sån där som, jag pratar gärna mycket och helt plötsligt stoppade de ner en slang i halsen på mig".

Informanternas upplevelse av att inte riktigt vara med på vad som hände med dennes egen kropp, att inte kunna styra över vad som skedde och att plötsligt få en endotrachealtub ner i halsen ledde till nervositet och panikkänslor. Att inte vara beredd, och att någonting totalt överraskande hände skapade rädsla och oro hos de informanter som genomgått en vakenintubation. Oron över att inte kunna påverka situationen kändes tydlig.

En återkommande upplevelse var att vakenintubationen gick snabbt, det vill säga tiden för nedförande av endotrachealtuben. Även om nedförandet av endotrachealtuben kändes och upplevdes obehagligt för informanterna, så blev upplevelsen av att tiden efter att

endotrachealtuben kom på plats minimal för det flesta. Minnet försvann precis efter detta och upplevelsen av att de somnade direkt efter nedsättandet av endotrachealtuben har framkommit.

Obehaget som framträdde under dessa korta sekunder upplevdes av informanterna som en känsla av att bli sparkad ut från ett kyrktorn. Det framkom också att det var först efteråt som de verkligen insett hur fort vakenintubationen hade gått, men att informanterna ändå hade starka minnen av vad som skett. Upplevelsen av tidsuppfattningen från vakenintuberingen har bland annat uttryckts på dessa sätt:

”Aaa...men det går på någon sekund eller två, från det att dem för in den tjockare delen i näsan till det att jag slocknar. Det går på ett ögonblick. Så där, där finns ingen tid för mig att reflektera, utan det bara sker och sedan slocknar jag”.

”Det går säkert jättefort, men upplevelsen kan vara något annat. Första gången kändes det som en halv evighet. Då hann jag bli riktigt panikslagen. Riktigt rädd då”.

En del informanter sa att det gick så fort att de inte hann reflektera medan en andra tyckte att sekunderna kändes som en evighet. Upplevelsen har således visat sig vara väldigt varierande från person till person men något samtliga informanter själva tagit upp och pratat om.

En paradoxal känsla

Precis innan intuberingen, när endotrachealtuben togs fram upplevdes den som stor och grov, och informanterna undrade hur den skulle kunna få plats i deras respektive näsa eller hals. Att endotrachealtuben var för stor för att kunna komma ner i informanternas hals var en känsla som framträdde. Funderingar över hur det skulle gå till att få ner endotrachealtuben ledde till oro och rädsla hos informanterna. En del upplevde endotrachealtuben som en stor mask som attackerade dem.

*”Det är...den känslan jag fick när det började var att...herregud, den här är för stor för min näsa. Men jag har ju aldrig sett mig själv upp i näsan så jag vet ju inte hur stort det är. *skrattar*...Men det kändes ju som – whaa! Hur ska det här gå?! ”.*

”Det känns ju som att ha en morot rätt in i näsan”.

Att vakenintuberas har visat sig ha sådan effekt att en paradoxal känsla infann sig hos patienten. Tanken på att en stor plasttub skulle in genom deras mun eller näsa, vidare ner i deras svalg och hals kändes helt absurd. Ofta sågs endotrachealtubens nerförande som en

omöjlighet att genomföra och många, ibland konstiga tankar kom farande genom huvudet hos informanterna.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studien har en kvalitativ ansats som eftersträvar att hitta likheter och skillnader i informanternas berättelser. De intressanta med denna ansats är att det lättare går att finna ett djup i de fenomen som eftersöks. Öppna intervjuer ger informanterna möjlighet att fritt sväva ut och ger en god inblick i fenomenet som ska undersökas. En kvantitativ ansats med till exempel en enkät, skulle i detta fall tvivelaktigen ge den styrka i ett resultat som en kvalitativ ansats ger. Eftersom det är en upplevelse som önskas beskrivas lämpar sig givetvis en frihet i reflektion, vilket en öppen intervju kan ge. En risk med öppna intervjuer kan vara att intervjuaren söker följdfrågor under tiden informanten berättar om något och på så sätt missar viktigt data. Det är omöjligt att säga om detta hänt under intervjuerna i denna studie. Det upplevs dock inte så. Informanternas spontana berättelser har analyserats, och förståelsen har försatts åt sidan för att inte påverka utfallet i studien.

Informanternas informationsbrev som skickades ut upplevdes av författarna som optimalt tillvägagångssätt för att så snabbt som möjligt ge informanterna information om målet med studien. Informanterna ansågs som pålästa vid intervjutillfället. Vid något tillfälle önskades extra fördjupning och klargörande angående vakenintubationsförfarandet innan intervjun startade. Detta tillgodosågs av författarna. I slutet av informationsbrevet fick informanterna skriva på att de tagit del av informationen samt att de betryggades av att författarna skulle fullfölja sitt åtagande gällande de etiska förpliktelser som fanns med studien. Detta ger ett professionellt och seriöst intryck från författarnas sida.

Intervjuerna genomfördes efter informanternas vilja, både gällande tid och plats, vilket ansågs positivt. De fick då möjlighet att verkligen fundera samt reflektera innan intervjun. De var troligtvis inte stressade eller fick avbryta annan verksamhet för att genomföra intervjun. Intervjuernas längd styrdes i relation till informantens berättelse. När det från författarens sida upplevdes som att informanten berättat allt som fanns att berättas, avslutades intervjun. Då författarna aldrig tidigare har gjort en kvalitativ forskningsintervju kan förkunskapen från författarnas sida ifrågasättas. Dock anser författarna att detta har liten påverkan på resultatet då endast en öppningsfråga användes i intervjun. Författarna själva präglades av öppenhet, följsamhet och satte med största möjliga mån förståelsen åt sidan. Detta för att låta informanterna prata öppet om deras upplevelsen av vakenintubering. Författarna var även väl inlästa på vald metod.

Första intervjun gjordes tillsammans av båda författarna. Efter första intervjun diskuterade och reflekterade författarna över innehållet i intervjun samt om genomförandet av intervjun i sin helhet. De fem resterande intervjuerna gjordes av var och en av författarna men diskuterades på liknande sätt tillsammans mellan författarna för att utveckla intervjutekniken. Båda författarna hjälptes åt med transkribering av materialet och lärde på så sätt känna materialet på bästa sätt.

Antalet informanter skiftar beroende på den tid och de resurser som finns att tillgå. Nödvändigt antal informanter beror också på studiens syfte (Kvale, 1997). Önskan var att få några fler informanter att intervjua för att öka studiens trovärdighet och få fler variationer. Det gick inte att få tag på med de resurser och tid som fanns till förfogande. Det största hindret för att få tag på fler informanter var det etiska ställningstagandet där hänsyn togs till informantens orsak till vakenintubationen. Många som vakenintuberas har svåra cancerdiagnoser och går under behandling med exempelvis cytostatika. Det ansågs inte önskvärt i detta fall att besvara

patienterna med ytterligare påfrestningar. De som däremot blev intervjuade hade åter uppnått god hälsa och var återställda efter operationen då de också blev vakenintuberade. Alla de sex informanterna var slumpmässigt nog män. Skulle resultatet ha varit annorlunda om någon informant var kvinna? Det är mycket möjligt.

Frågan är också om resultatet skulle ha sett annorlunda ut med fler informanter? Som Lundman & Hällgren-Graneheim (2008) säger i sin litteratur finns det alltid mer än en sanning i kvalitativ forskning eftersom det bygger på människors subjektiva upplevelser. I denna studie skulle fler informanter troligen bara förstärka vad som redan framkommit i resultatet, samt hitta fler variationer i upplevelser om vakenintubation. Detta i sin tur skulle i och för sig öka trovärdigheten. Det är alltså svårt att dra några riktiga slutsatser av studien då sex informanter är ett för tunt material att göra någon generalisering utav hur det upplevs att vakenintuberas.

Två utav informanterna i denna studie har genomgått vakenintubering flera gånger och givetvis blev författarna då mer nyfikna på om det kunde beskriva någon skillnad mellan deras vakenintuberingar, från gång till gång. Båda två uttryckte bestämt att det är något som absolut inte går att förbereda sig på, oavsett hur många gånger de hade genomgått samma sak. Enligt dem så spelar mängden information mycket liten roll. Trots att de redan visste mycket om vakenintubation, förbättrade det ändå inte upplevelsen när det åter skulle genomgå samma sak. Alltså kan vakenintubering vara så pass obehagligt att det inte går att vänja sig vid. Det är oklart varför de har varit med om detta vid flera tillfällen, men rimligtvis var de så pass sjuka att de måste intuberas inför nya operationer eller undersökningar. Dessa patienter mår redan psykisk dåligt på grund av sitt sjukdomstillstånd, och förknippar troligen vakenintubering med sin redan tuffa sjukdomsbild.

Vidare kan diskuteras huruvida en utomstående väljer ut informanter till studien, så som här då en forskningsassistent samt en sektionsledare hjälpte till att hitta informanter. Om deras förförståelse och relation till patienterna kan ha präglat urvalet och resultatet kan vara värt en reflektion. Detta ses som mindre troligt då dem inte verkar ha haft någon relation till patienten. Här upplever författarna snarare ett genuint intresse från klinikernas sida att hjälpa till och bidra till att studier i detta ämne genomförs. Författarna anser inte att klinikerna har någon möjlighet att styra studien till att få ett annat resultat än sanningen. Det är just detta Hartman (1998) beskriver. Han ser inget hinder för att finna informanter på detta sätt. Författarna i denna studie ser dessutom svårigheter i att använda ett annat tillvägagångssätt än det som valdes.

Vakenintubering är som nu bekant en metod som används när det är svårigheter att på ett vanligt, konventionellt sätt skapa en säker luftväg med sedvanlig intubering (Yatindra & Preethy, 2005). Att genomgå detta är inget självvalt, och ofta handlar det om att inget annat alternativ finns. Det kan handla om både planerade och mer eller mindre akuta intuberingstillfällen. Denna skillnad var inget författarna tog hänsyn till i denna studie. Givetvis kan då frågan ställas huruvida upplevelsen av vakenintuberingen skulle förändras om det inte genomfördes i en akut situation eller vice versa. Troligen har de som är mer planerade, större chans till personlig, mental förberedelse. Dock har två av informanterna i denna studie, som tidigare nämnts, uttryckt att det är lika obehagligt även om det genomgått vakenintubering tidigare. Dessa informanter var alltså redan förberedda på vad som skulle hända. Om de var planerat eller inte var heller inget som togs hänsyn till i denna studie och var inget som författarna hade vetskap om när intervjuerna genomfördes.

Den kvalitativa innehållsanalysen som användes beskriver variationer genom att hitta skillnader och likheter i meningsenheterna som hittades i intervjuerna. Denna process levde upp till sitt syfte och upplevdes som ett bra verktyg till att finna ett givande resultat för studien. Hela analysprocessen gjorde författarna tillsammans för att inte missa någon liten del som kan ha betydelse. Detta ökar studiens trovärdighet. Något som upplevdes mycket svårt och som kan ha inverkan på resultatet var hur kodningen tolkades. Men eftersom denna process gjordes tillsammans ökar det tillförlitligheten. Vid något tillfälle var det extra svårt att tolka en meningsenhet, men efter längre diskussion än vanlig blev det lättare att enas.

Studiens metod i sin helhet är väl beskrivet som sig bör. Kvalitén på metoden ger studien en hög trovärdighet då de tre begreppen *giltighet*, *tillförlitlighet* och *överförbarhet* genomgående över tiden har beaktats (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Kvalitativ innehållsanalys har lämpat sig bra i denna studie då författarna anser sig har fått svar på sitt syfte, vilket var att beskriva patienters upplevelser om vakenintubation.

Resultatdiskussion

Vakenintubation är ett snabbt ingrepp som är över på några minuter, där just själva införandet av endotrachealtuben endast tar några sekunder. Att beskriva vakenintuberingen på ett mer annorlunda sätt än vad informanterna gjort är nog svårt. Detta resulterade i att informanternas beskrivningar av deras upplevelser inte blev långa. Trots detta har informanterna beskrivit upplevelser från den preoperativa fasen, intraoperativa fasen samt den postoperativa fasen (Lindvall & von Post, 2008). Hur anestesijuksköterskan agerar från och med det preoperativa mötet till och med det postoperativa mötet kan påverka informanternas totala upplevelse av att vakenintuberas.

Fysiska upplevelser

Det beskrivs i resultatet att vakenintubering inte var smärtsam som sådan, men att informanterna kände beröring. Detta är något som är svårt för anestesijuksköterska att påverka. Dock kan informanterna informeras om och förberedas på lokalbedövningens effekter. Det har tidigare i studien beskrivits att lokalbedövning kan administreras på olika sätt, exempelvis som spray eller inhalation (Langford & Leslie, 2008). Det finns också forskning som säger att styrkan på lokalbedövningen spelar mindre roll tillsammans med kombinationen av Fentanyl® och Midazolam® (Wieczorek, Schrickler, Vinet & Backman, 2007). Det är värt att nämna att den forskningen enbart har studerat effekten av lokalbedövningen och inte biverkningarna. Detta är något som är värt att reflektera över som anestesijuksköterska. Dock har tillvägagångssättet för hur lokalbedövningen administreras på, visat sig vara avgörande för biverkningarna. Varken sättet att administrera eller styrkan på lokalbedövningen var något som har tagits hänsyn till i denna studie. Därför har upplevelsen av denna del av vakenintuberingen sett olika ut från informanterna. Huruvida resultatet skulle ha blivit annorlunda om alla informanter fått samma typ av lokalbedövning är svårt att avgöra.

Upplevelsen av att informanterna kände beröring vid endotrachealtubens nerförande i svalget är något som beskrivs i resultatet. Detta är såklart svårt att motverka, eftersom lokalbedövning endast tar bort smärta. Beröringen har också upplevts olika för de informanter som blivit vakenintuberade oralt respektive nasalt.

Då studies syfte enbart var att beskriva patienters upplevelse av vakenintubering togs ingen hänsyn till huruvida vakenintubationen var nasal eller oral. Det flesta informanter blev vakenintuberade nasalt och många beskriver därför att det skrapade och knakade i näsan vid

införandet av endotrachealtuben. Resultatet hade kanske varit annorlunda om merparten av patienterna blivit vakenintuberade oralt. Den delen som handlar om känslan i näsan hade ju försvunnit ur berättelserna. Frågan är om obehaget av endotrachealtuben i svalget hade varit annorlunda för det. Två av informanterna uppgav att det inte hade några problem med att få upp saker som till exempel en ventrikelsond i näsan på grund av att de varit med om det innan. En sa att han inte var så känslig i öron-näsa-halsområdet. Möjligen hade det varit en annan upplevelse för honom att bli vakenintuberad oralt istället. Denna studie ger dock ingen möjlighet att särskilja oral eller nasal upplevelse av vakenintubering eftersom inklusionskriterierna inte innefattar denna avgränsning.

Vid vakenintubering används läkemedel i form av smärtstillande och sedativa medel. Sederingen har hjälpt många informanter så de att kände sig lite mer avslappnade och omtöcknade. Trots detta kunde upplevelsen av själva nedförandet av endotrachealtuben väl beskrivas av informanterna. Troligen var både premedicinering och sedering ändå till god hjälp för att informanterna skulle känna sig lugnare inför omhändertagandet. Detta styrks av att Woodall, Harwood & Barker (2008) som i sin studie påvisat att sedering har en viktig roll vid genomförandet av vakenintubering. Vakenintubering som genomförs utan någon typ av sedering eller smärtstillande ses som orimligt. Det skulle orsaka för mycket lidande för patienten. Som tur är har den forskning som hittats och tagits del av, verkligen betonat vikten av smärtstillande, sedering och lokalbedövning i samband med vakenintubering (Woodall, Harwood & Barker, 2008., Wiczorek, et.al. 2007., Langford & Leslie, 2008).

Psykiska upplevelser

I resultatet framkommer att informanterna fått obehagliga minnen och erfarenheter efter att de genomgått en vakenintubering. Det är starka upplevelser som beskrivits i resultatet och det beskriver verkligen hur informanterna upplevt en vakenintubering. Att det var otäckt när det knackade i huvudet av endotrachealtuben måste givetvis ha varit en hemsk upplevelse. Minnen av att flera små saker samtidigt, till exempel PVK-insättning, EKG-uppkoppling och så vidare, skedde i salen och strax innan vakenintuberingen, har visat sig öka det totala obehaget. Det är därför viktigt att anestesijuksköterskan uppmärksammar sådana ”små saker” och arbetar för att ge den omvårdnad som krävs för att minska vårdlidandet. Vårdlidande är som tidigare nämnts, det lidande patienten känner i en vårdssituation, och som orsakas av vården (Eriksson, 1994). En anestesijuksköterska som har förmågan att uppmärksamma alla dessa detaljer och är medveten om patientens känslor och tankar, har troligen också kunskapen som leder till ett bättre möte med patienten som ska vakenintuberas. Mötet med patienten ställer krav på anestesijuksköterskan att kunna kommunicera och förstå sin patient. Det är detta som även Dahlberg et.al. (2003) menar är innebörden av att ha ett öppet vårdandeperspektiv som anestesijuksköterska. Denna förmåga anses vara av stort värde i mötet med patienter som vakenintuberas. Kommunikation är en viktig del i vårdrelationen. Målet bör vara att minska obehaget och arbeta för att de obehagliga minnena blir så få som möjligt för patienten.

Till skillnad från det som tidigare nämnts om små detaljer som påverkade informanterna, så kan en panikkänsla bli svårare att motverka och troligen svårare för anestesijuksköterskan att behärska. En svår uppgift för anestesijuksköterskan är att få panikkänslorna att försvinna, det kanske till och med är omöjligt? Kan information lindra upplevelsen av panik? Panik är en subjektiv upplevelse som är fruktansvärt obehagligt, i alla avseenden. Det är av stor betydelse att anestesijuksköterskan inger lugn och trygghet för patienter som upplever panik vid en vakenintubation.

Garretson (2004) menar att det är viktigt med tydlig och bra information innan ett operativt ingrepp, de som anländer till operation utan adekvat preoperativ information är mer nervösa, orolig och rädda. Vissa informanter tvivlade på det går att förbereda sig på att vara med om en vakenintubation, oavsett mängd information. Det blir då en utmaning för anestesijuksköterskan att avgöra hur informationen ska utformas till patienter som ska vakenintuberas. Vad anestesijuksköterskan ska ha i åtanke är också att behovet av mängden, och att typen av information är olika för varje individ. För att ge utrymme till information innan en vakenintubering är ett preoperativt samtal ett bra alternativ. Ett preoperativt samtal ingår i den perioperativa vårdprocessen som är utformad för att ge bättre kontinuitet i vården (Lindwall & von Post, 2008). I det preoperativa mötet med anestesijuksköterskan bör även tid finnas för patienten att ställa de frågor denne vill och behöver, och inte bara vara ett informationsamtal. Här finns också utrymmer för anestesijuksköterskan själv att reflektera över sina egna arbetssätt, tankar och värderingar. Detta arbetssätt bör eftersträvas inför något såpass ovanligt som en vakenintubation.

Upplevelsen av att informanterna kände sig totalt utelämnade vid en vakenintubation är något som anestesijuksköterskan bör arbeta för att eliminera hos patienterna. Det krävs en individuell anpassning inför varje patient och anestesijuksköterskan bär det ansvaret. Patienterna ska vara med om en vakenintubering och de behöver lämna sig i personalens händer. För en del informanter har detta visat sig vara svårt, informanterna tappade kontrollen över sin egen kropp och de kunde inte styra över situationen. Skärskilt markant blir detta när informanten varit svårt sjuk och uttryckte en önskan om att få bli frisk, oavsett hur de ska gå tillväga för att uppnå hälsa igen. Det är då ännu viktigare att ge ett professionellt intryck och att anestesijuksköterskan visar sig och finns vid patienternas sida. Informanterna litade på att de fick ett professionellt omhändertagande och det är viktigt att inte svika det förtroendet som givits dem. Här har anestesijuksköterskan återigen ett stort ansvar för att hjälpa patienten i sin situation, och att leva upp till patientens förväntningar då de totalt utelämnar sig till vårdpersonalen.

Att bli bemött med respekt, och få uppleva lugn och trygghet av personalen har visat sig vara minst lika viktigt för patienterna under tiden som efter vakenintuberingen. Detta för att minska upplevelsen av att de kände sig utelämnade. I resultatet framkommer att informanterna saknade uppföljning och till viss del önskade att bara bli sedda som en människa med egna behov och känslor. Detta är något som författarna anser är lätt att eftersträva. Ett arbetssätt som bygger på den perioperativa vårdprocessen skulle främja arbetet och leda till att uppföljning sker. Enligt Lindwall & von Post (2008) ingår där även ett postoperativt samtal där patienten har möjlighet att reflektera och få svar på sina frågor. I den postoperativa fasen finns då möjlighet för uppföljning av patienterna även för anestesijuksköterskan. Där kan hon då få konkreta svar på huruvida den omvårdnad och medicinska vård hon givit har varit tillfreds för patienten. Patienternas upplevelse av att bli professionellt bemött skulle troligen stärkas genom detta. Anestesijuksköterskan bör arbeta för att skapa en bra kommunikation med patienterna, samt sträva efter att uppnå en god dialog för att öka tryggheten hos dem som ska vakenintuberas. På sikt leder en god vårdrelation genom hela förfarandet också till god hälsa.

Vissa informanter upplevde vakenintubationen som att den gick väldigt fort, utav andra som att det tog en evighet. Om detta har något samband med mängden smärtstillande och sedering är något som kan vara intressant att studera. Vissa informanter har hunnit uppfatta mer än andra vid nedförandet av endotrachealtuben, och beskrivit olika upplevelser av tidsuppfattningen. Intressant är att det framkommer så pass mycket känslor, tankar och detaljrika beskrivningar av denna korta sekvens. Dock har författarna inget material som talar

om hur lång eller kort tid respektive vakenintubation egentligen tog. Därför blir det tydligt att upplevelsen är subjektiv och fastän det endast kan ha tagit någon eller några minuter att genomföra vakenintubationen, så upplevde några informanter att det tog betydligt längre tid. Det som är viktigt att ta med sig från detta resultat är också kunskapen om att informanterna faktiskt kände endotrachealtuben, såsom påvisas i resultatet. Det är värt att förtydliga att det därför är av största vikt att söva patienten så snabbt som möjligt efter det att en fri luftväg har säkrats med endotrachealtuben på rätt plats.

Det finns informanter som beskriver vakenintuberingen som en stor chock, eftersom de inte var förberedda på vad som skulle hända. Med att vara dåligt förberedda menas just då endotrachealtuben fördes ner. Dock menar informanterna att de kände att de fick bra information innan om vad som skulle ske. En reflektion blir då att upplevelsen av själva nedförandet av en endotrachealtub är oerhört svårt att förbereda sig på. Vet en patient ens vad han ska vänta sig? Att få en endotrachealtub nerförd i halsen innan sövning är troligen mycket svårt att förbereda sig på. Återigen är troligen information, lugn och trygghet från anestesijuksköterskan av stor betydelse för att förebygga denna chock.

Det som kan diskuteras är om mer eller bättre information i samband med vakenintubationen skulle minska chocken som framkom hos vissa informanter. Finns det ett klart samband mellan information och upplevelsen av vakenintubationen eller handlar det om när, och hur informationen bör ges? Kanske är det så att patienten inte är mottaglig för information precis innan vakenintubationen ska ske. Vid dessa tillfällen kanske det återigen är extra viktigt att få ett preoperativt samtal, som Lindwall & von Post (2008) menar främjar även resten av den perioperativa vårdprocessen. På detta sätt finns det tid och utrymme för att patienten att ta in informationen och hinna förbereda sig.

En paradoxal känsla gällande endotrachealtuben har framkommit från informanterna i resultatet. Självlärt kan författarna med dessa beskrivningar och upplevelser förstå att en vakenintubering kan kännas absurd. Att visa endotrachealtuben innan kan vara något som kan lindra detta. Det framkommer inte i intervjuerna hur detaljerad information de fick, och det var inte heller någon intervjufråga från författarna. En annan reflektion är givetvis att alla kanske inte vill se endotrachealtuben innan, utan mår bäst av att inte veta alla detaljer. Det kan troligen lika gärna skrämja mer än att hjälpa och återigen är kommunikation och samverkan viktigt. Anestesijuksköterskan har ansvar för att läsa av patienten och dennes behov.

Konklusion

Resultatet har visat att det finns många olika uttryck för patienternas upplevelser av att vakenintuberas. Det framgår att det är oerhört viktigt att förstå att det är obehagligt att genomgå en vakenintubation. En vakenintubering framkallar obehagskänslor, medför minnen, och paradoxala känslor uppstår. Det framkommer också att informanterna känner endotrachealtuben och är väl medvetna om vad som sker trots smärtlindring och sedering. Denna nya kunskap ger anestesijuksköterskan möjlighet till en bättre förståelse i omhändertagandet av patienter som ska vakenintuberas. Det bör även leda till att anestesijuksköterskan själv reflekterar över sitt eget agerande inför, och efter, mötet med patienter som genomgår en vakenintubation. Författarna har diskuterat fram att det troligtvis kan komma att hjälpa anestesijuksköterskor i deras möte med dessa patienter, som i sin tur kan öka tryggheten och välbefinnandet för patienterna. Det innebär att

anestesisjuksköterskans roll blir att visa sig för patienten och inge förtroende. Kärnan är att inte glömma att det även finns en unik människa bakom varje patient.

Praktiska implikationer

- Anestesisjuksköterskan bör reflektera över sitt eget agerande och sitt sätt att utforma omvårdnad vid en vakenintubation.
- Studiens resultatet bör nå ut till verksamheter så att anestesisjuksköterskor kan få en ökad förståelse för hur patienter kan uppleva en vakenintubering.
- Studiens resultatet kan leda till att verksamheter kan utveckla PM för vakenintubering som inkluderar vårdvetenskap och omvårdnad.
- Verksamheterna bör utforma en utvärdering för patienterna efter genomgången vakenintubation. Leder till ökad kunskap och förståelse.
- Olika personalkategorier och vårdavdelningar bör ta hjälp av varandra. Patienternas utvärderingar av vakenintubationen kan då komma att användas genom hela vårdkedjan.

Förslag till vidare forskning

För att gå ännu djupare i forskningen om hur det är att vakenintuberas krävs givetvis ytterligare intervjuer med fler patienter. Fler informanter skulle leda till ett starkare resultat som kan användas för att forska vidare om rätt omhändertagande vid vakenintubation. Sex informanters upplevelse går självklart inte att generalisera.

Det skulle vara intressant om det går att hitta skillnader mellan kvinnor och mäns upplevelser av vakenintubation. Som i mycket annat är skillnader mellan kön en fråga som ofta dyker upp och som många är nyfikna på. Vidare känns det också intressant att göra en studie som söker skillnaden i upplevelse att vakenintuberas oralt och nasalt.

Tanken väcks om det också skulle finnas skillnader och/eller likheter mellan olika kulturer vad gäller upplevelsorna av en vakenintubation. Återigen handlar det om att ge bästa möjliga vård oavsett typ av människa.

En annan intressant frågeställning är vad informationen har för betydelse för patienten innan en vakenintubation. Hur mycket vill en patient egentligen veta om hur en vakenintubering går till? Skulle mer detaljerad information minska obehaget?

Det finns alltså en del intressanta förslag till fortsatt omvårdnadsforskning inom ämnet vakenintubation. Författarna tycker att det tydligt visar att det inte finns tillräckligt med forskning inom detta ämne, och tror att fler studier skulle kunna vara till nytta. Framförallt skulle det vara intressant läsning som i framtiden skulle gynna både anestesisjuksköterskan, anesthesiologen samt patientkategorin.

REFERENSLISTA

Centrala Etikprövningsnämnden (2009). *Personuppgifter i forskningen – vilka regler gäller?*
Hämtad från: <http://www.epn.se/media/9422/personuppgifter%20i%20forskningen.pdf>

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber Utbildning.

Garretson, S. (2004). *Benefits of pre-operative information programmes*. Nursing Standard. 18(47). s.33-7.

Halldin, M. & Lindahl, S. (2008) *Anestesi*. Liber AB.

Langford, R. A. & Leslie. K. (2008). *Awake fiberoptic intubation in neurosurgery*. Journal of Clinical Neuroscience.16. s.366-372.

Lenworth, M. & Jacobs, M.D. (1988). *The importance of airway management in trauma*. Journal of the national medical association. 80(8). s.873-9.

Lindwall, L & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård – den perioperativa vårdprocessen*. Studentlitteratur: Lund.

Lundmann, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Ingår i Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. s.159- 172. Studentlitteratur: Ungern.

Machata, A-M., Gonano, C., Holzer, A., Andel, D., Spiss, C.K., Zimpfer, M., & Illievich, M. (2003). *Awake Nasotracheal Fiberoptic Intubation: Patient Comfort, Intubating Conditions, and Hemodynamic Stability During Conscious Sedation with Remifentanyl*. Anesthesia & Analgesia. (97). s.904-8.

Medicinska Forskningsrådet. (1996). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning - Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. (MRF-rapport nr 2). Uppsala: Vetenskapsrådet.

Mingo, O. H., Ashpole, K. J., Irving C. J & Rucklidge M. W. M. (2008). *Remifentanyl sedation for awake fiberoptic intubation with limited application of local anaesthetic in patients for elective head and neck surgery*. Journal of the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. (63). s.1065-9.

Morris, I. R. (1994). *Fiberoptic Intubation*. Canadian Journal of Anaesthesia. 41(10). s.996-1008.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2004). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och Kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Personlig kontakt, N.N. (2010-02-01.) ÖNH-kliniken, SU/Sahlgrenska.

Riksföreningen för anestesi och intensivvård och svensk sjuksköterskeförening – SSF. (2008) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård*. Hämtad från:
http://www.aniva.se/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=93

Roland, L., Katz, M.D., & Berci, G. (1979). *The Optical Stylet -A New Intubation Technique for Adults and Children with Specific Reference to teaching*. *Anesthesiology*. (51). s.251-4.

Yatindra, K.B & Preethy, M.J. (2005). *Airway management with endotracheal intubation (Including awake intubation and blind intubation)*. *Indian J. Anaesth.* 49(4). s.263-8.

Woodall, N. M., Harwood, R. J, & Barker, G. I. (2008). *Complications of awake fiberoptic intubation without sedation in 200 healthy anaesthetists attending a training course*. *British Journal of Anaesthesia*. 100(6). s.850-5.

Wieczorek, P. M, Schricker, T, Vinet, B, & Backman S.B. (2007). *Airway topicalisation in morbidly obese patients using atomised lidocaine: 2% compared with 4%*. *Anaesthesia*, 62. s. 984-8.

BILAGA 1.



Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesijukvård, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete (magisteruppsats) där vårt syfte är att beskriva patienters upplevelse av att bli vakenintuberade. Detta för att vi som sjuksköterskor ska kunna bli bättre förberedda i mötet med dessa patienter.

Kunskapen om vad anestesijukvårdssköterskor vet om hur dessa patienter upplever detta moment är sparsam. Tanken med vårt examensarbete är att få fördjupad kunskap om vad som är den mest framträdande upplevelsen och kunna utnyttja den vetskapen i vår fortsatta omvårdnad av dessa patienter. Metoden i examensarbetet är kvalitativ intervju med 6-8 patienter som har genomgått en vakenintubation i samband med operation.

Intervjuerna kommer att göras av undertecknade studenter under februari – mars 2010 på lämplig plats i xxxxx. Deltagarna informeras både muntligt och skriftligt om examensarbetets syfte och intervjuernas genomförande. Efter deltagarnas informerade samtycke genomförs intervjuerna på en plats som bestäms av den deltagande. Intervjuerna spelas in och skrivs ut ordagrant. Uppgifter som kan identifiera deltagare tas bort. Ingen obehörig har tillgång till inspelat material eller utskrifter. Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring.

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Handledare

Anders Jonsson
Universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås
E-post: anders.jonsson@hb.se
Tfn [REDACTED]

Med varma hälsningar

Caroline Bergius

E-post: [REDACTED]
Tfn: [REDACTED]

Johan Edvardsson

E-post: [REDACTED]
Tfn: [REDACTED]

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Caroline Bergius och Johan Edvardsson genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

xxxxx / 2010

[REDACTED]
Verksamhetschef, ÖNH-kliniken [REDACTED], Västra Gotalandsregionen

BILAGA 2.



Deltagande i studie om upplevelse av att intuberas vaket

Du har varit med om att intuberas vaket och du är därför inbjuden att delta i denna studie, som kommer att kunna ge möjlighet till en förbättrad omvårdnad för patienter vid vakenintubering.

Vi ber dig svara med Ja eller/Nej om deltagande i studien i bifogat formulär. Vänligen returnera i bifogat frankerat kuvert så snart som möjligt då vi planerar att starta intervjuerna under v.7.

Tveka inte att kontakta oss om du har några frågor. Vi ser fram emot ditt svar.

Med vänliga hälsningar

Caroline Bergius och Johan Edvardsson

Anestesisjuksköterskestuderande vid Högskolan i Borås

Vad är vakenintubering?

När en patient av någon anledning inte kan andas själv exempelvis fått sövningssläkemedel, krävs åtgärder så som intubering. Att sätta ner en tub i halsen för att säkerställa en god andning görs i normalfallet på patienter med nedsatt medvetandegrad. I samband med operation sövs normalt patienten innan man sätter ner tuben.

När man förväntar sig svårigheter att intubera en patient efter sövning, intuberas patienten vaket. Med lokalbedövning i halsen och lugnande medicin görs detta regelbundet på många operationsavdelningar.

Tanken med vårt examensarbete är att få fördjupad kunskap om vad som är den mest framträdande upplevelsen och kunna utnyttja den vetenskapen i vår fortsatta omvårdnad av dessa patienter. Vad i omhändertagandet kan göras bättre? Vad är mest smärtsamt? Vad kan jag göra/säga för att patienten skall må bättre, bli tryggare i sin situation?

Syfte/ändamål: Syftet med studien är att beskriva patientens upplevelse i samband med att intuberas vaket.

Ditt deltagande: I studien kommer patienter som har intuberats vaket att delta. Dina svar är en del av underlaget som kommer att utgöra resultat i vårt examensarbete.

Intervjun: Vi önskar att intervjua dig angående din upplevelse av att intuberas vaket. Vi är intresserade av alla typer av erfarenheter du kan ha tänkts uppleva. Uppskattningsvis tar intervjun drygt 45 minuter.

Deltagande: Du är inbjuden att delta i denna studie. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta utan förklaring. Din inspelade intervju kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att det du svarar kommer att förvaras oåtkomligt för obehöriga och endast tillgänglig för författare och handledare.

Resultat: Examensarbetet bedöms vara färdigställt i maj 2010 och kan erhållas från författarna. Forskningen kan användas för vetenskaplig publikation.

Ansvariga och ytterligare information

Anestesisjuksköterskestuderande vid Högskolan i Borås

Johan Edvardsson



Caroline Bergius



Universitetslektor

Anders Jonsson



Deltagande i studie om upplevelse av att intuberas vaket

- Jag vill bidra med mina erfarenheter och bli kontaktad.
- Jag vill inte bidra med mina erfarenheter.

Vänligen returnera ditt svar till oss i bifogat frankerat kuvert så snart som möjligt då vi planerar att börja med intervjuerna under v.7.

Ditt namn: _____

Din signatur: _____

Telefon: _____

Bakgrund till inbjudan:

Du har varit med om att vaken intuberas och du är inbjuden att delta i denna studie.

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och haft tillfälle att i lugn och ro läsa igenom informationen och ställa frågor. Jag har också fått en kopia på den skriftliga informationen.

Genom min underskrift samtycker jag till att: delta i en intervju som spelas in på band och att den får användas för vetenskaplig publikation.

Jag är medveten om att deltagandet är frivilligt, samt att jag när som helst och utan att ange orsak kan avbryta mitt deltagande.

BILAGA 3.

<u>Domän</u>	<u>Underkategori</u>	<u>Kategori</u>
Fysisk upplevelse	Smärta	Upplevelsen av smärta och beröring
	Tube känns	
	Slö	Sedativa läkemedels inverkan vid vakenintubation
	Avtrubbad	
Psykisk upplevelse	En otäck upplevelse	Obehagliga minnen och erfarenheter
	Upplevelsen av panik	
	Tillit	Upplevelsen av att känna sig utelämnad
	Ofrivillig händelse	
	Ingen bryr sig	
	Att vara oförberedd	Medvetenhet vid vakenintubation
	Gick fort	
	Gick långsamt	
	Förstor tub	Paradoxal känsla
	Något konstigt in i näsan	