



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

MAGISTERUPPSATS

Specialisering inom ögonsjukvård-oftalmologisk omvårdnad, 60 hp



Patientens upplevelse av
synfältundersökningstillfället

Annika Bengtsson, Ann-Katrin Johansson och Linda
Moberg

Oftalmologisk omvårdnad, 15 hp

Halmstad 2014-06-06

Patientens upplevelse av synfältsundersökningstillfället

Annika Bengtsson
Ann-Katrin Johansson
Linda Moberg

Specialisering inom ögonsjukvård - oftalmologisk omvårdnad 60 hp
Examensarbete inom omvårdnad - inriktning ögonsjukvård 15 hp
Vt 2014

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Box 823
301 18 Halmstad

The patients experience of the visual field examination

Annika Bengtsson
Ann-Katrin Johansson
Linda Moberg

Nursing Thesis, 15 credits
Spring 201

School of Social and Health Sciences
P.O 823
S-301 18 Halmstad

Titel	Patientens upplevelse av synfältsundersökningstillfället
Författare	Annika Bengtsson, Ann-Katrin Johansson och Linda Moberg
Sektion	Sektionen för hälsa och samhälle
Handledare	Marie Lydell, Universitetslektor, Med Dr
Examinator	Susann Arvidsson, Universitetslektor, Fil Dr
Tid	Vt 2014
Sidantal	22
Nyckelord	glaukom, information, medverkan, patienters upplevelse, perimetri, synfält
Sammanfattning	<p>Synfältsundersökningen är den viktigaste metoden för att diagnostisera och identifiera progression av glaukom. Att genomföra synfältsundersökningen är en vanligt förekommande arbetsuppgift för ögonsjuksköterskan. Studier visar att patienter har svårigheter vid genomförandet av undersökningen, men studier på hur patienten själv upplever synfältsundersökningstillfället saknas. Syftet med pilotstudien var att undersöka patientens upplevelse av synfältsundersökningstillfället. Pilotstudien genomfördes med en kvalitativ metod och data samlades in genom semistrukturerade intervjuer av åtta patienter. Materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Analysen ledde till fem kategorier: upplevelse av rädsla och oro, svårt med fokusering, upplevelse av information, känsla av trygghet, och kroppsligt obehag. Att inte prestera bra och att eventuellt blivit försämrade i sjukdomen var det som främst skapade rädsla och oro. Fokusering krävde mycket koncentration och var ansträngande för ögonen. Informationen upplevdes som både bra och bristfällig. Patienterna kände en trygghet då de hade gjort undersökningen tidigare och att de träffade samma personal. Majoriteten av patienterna upplevde att de satt obekvämt och inte patientvänligt. Fortsatt utveckling och utbildning om hur patienter upplever synfältsundersökningstillfället rekommenderas för att förbättra hur personalen bemöter och informerar patienten, men även för hur ögonsjuksköterskan kan underlätta undersökningen för patienten. Då denna studie utfördes som en pilotstudie behövs vidare forskning och en</p>

fullskalig studie för att resultatet ska kunna anses vara tillförlitligt.

Titel	The patients experience of the visual field examination
Authors	Annika Bengtsson, Ann-Katrin Johansson and Linda Moberg
Department	School of Social and Health Science
Supervisor	Marie Lydell, Senior Lecturer, Med Dr
Examiner	Susann Arvidsson, Senior Lecturer, PhD
Period	Spring 2014
Pages	22
Keywords	cooperate, glaucoma, information, patients´ experience, perimetry, visual field
Abstract	<p>Visual field examination is the most important method to diagnose and identify the progression of glaucoma. Conducting visual field examination is a common task for the ophthalmic nurse. Studies show that patients have difficulty in carrying out the visual field examination, but studies on how the patient experiences the visual field examination are scarce. The aim of the pilot study was to examine the patient's experience of the visual field examination. The pilot study was conducted using a qualitative approach and data was collected through semi-structured interviews of eight patients. The material was analyzed using content analysis. The analysis resulted in five categories: experience of fear and anxiety, difficulty with focusing, experience of information, sense of security, and bodily discomfort. Failing to perform well and to possibly become impaired in their disease were major concerns that created fear and anxiety. Focusing demanded a lot of concentration and was straining on the eye. The information was perceived as both good and flawed. Patients felt a sense of security since they had done the examination before and that they met the same staff. The majority of patients felt they sat uncomfortably and that it was not patient friendly. Continued development and training on how patients experience visual field examination is recommended to improve the way the staff treats and informs the patient, but also how the ophthalmic nurse can facilitate the examination of the patient. Since this study was conducted as a pilot study further research and a full-scale study is needed for the results to be considered reliable.</p>

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Okulär hypertension	1
Glaukom	2
Synfältsundersökning	2
Att leva med kronisk sjukdom	3
Glaukom och livskvalitet	4
Ögonsjuksköterskans kompetens	4
Teoretisk referensram	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Design	6
Urval	7
Datainsamling	7
Databearbetning	8
Forskningsetiska överväganden	9
Resultat	10
Upplevelse av rädsla och oro	10
Svårt med fokusering	11
Upplevelse av information	12
Känsla av trygghet	13
Kroppsligt obehag	14
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Konklusion	21

Referenser

Bilaga A

Informationsbrev

Bilaga B

Samtyckesformulär

Bilaga C

Frågeguide

Inledning

Synfältsundersökning är den viktigaste metoden för att diagnostisera och identifiera progression av glaukom (Bengtsson & Heijl, 2000), men är även ofta användbar vid diagnostisering och behandling av neurologiska och retinala sjukdomar (Heijl & Patella, 2002). Förlust av en individs visuella funktion är sammankopplat med nedsatt livskvalitet. Personer med synnedsättning kan dock leva ett bra liv och uppleva att de har en god livskvalitet (Ivanoff & Sonn, 2005; Moore & Miller, 2003) men för detta krävs att de får stöd och hjälpmedel att klara sitt dagliga liv (ibid.). Det är därför av stor vikt att undersöka storleken av en synfältsförlust (European Glaucoma Society, 2008).

Synfältsundersökningen utförs av perimetrissen och inte av perimetriapparaten (Sample et al., 2011). Att genomföra synfältsundersökningar är en vanligt förekommande arbetsuppgift för ögonsjuksköterskan och kräver kunskap och erfarenhet. Det är viktigt att patienten övervakas genom hela undersökningen och att korrigering, pauser, upprepning av instruktioner och uppmuntran kan ges om behov finns. Det är viktigt att ögonsjuksköterskan även noterar patientens medverkan och uppmärksamhet under undersökningens gång, då till exempel trötthet hos patienten kan sänka koncentrationsnivån och ge ett sämre resultat än vad patienten egentligen har vilket bör tas i beaktande (ibid.).

Patienter som genomgår synfältsundersökning upplevs ofta ha svårigheter att genomföra undersökningen (Bengtsson & Heijl, 2000; Sherafat, Spry, Waldock, Sparrow & Diamond, 2003). Detta kan leda till otillförlitliga resultat och upprepade undersökningar (Sheraf et al., 2003). Det är av vikt att kartlägga och identifiera hur patienten upplever undersökningen. En bättre förståelse för de eventuella svårigheter patienten upplever kan förbättra hur personal inom ögonsjukvården bemöter och informerar patienten under synfältsundersökningen. Kunskap om vad patienten upplever och vad perimetrissen kan göra för att underlätta undersökningen kan ge ett mer tillförlitligt resultat (Kutzko, Brito & Wall, 2000; Sample et al., 2011). Enligt Kutzko et al. (2000) har det framtagits rekommenderade instruktioner vid synfältsundersökning, men trots detta finns det en stor variation av hur dessa används.

Bakgrund

Okulär hypertension

Hos en individ med ett ögontryck (IOP) över 21 mmHg kan ögonen vara friska och funktionella. Individen har då inte glaukom, utan vad som kallas okulär hypertension. Denna term används när en individ uppmäter ett IOP högre än 21 mmHg men har inga skador på synfält, papill eller nervfiberlagret (Casson, Chidlow, Wood, Crowston & Goldberg, 2012; Heijl et al., 2011). I en population har 5-9 % av individer över 40 år ett IOP högre än 21 mmHg och i Sverige är okulär hypertension dubbelt så vanligt som glaukom (ibid.). Det generella rådet är att individer med en lätt förhöjning av IOP inte bör behandlas utan istället följas upp med tryckkontroller och synfältsundersökningar och/eller avbildning av synnervspapillen. När IOP ligger närmare 30 mmHg bör det behandlas med trycksänkande ögondroppar då risk för att utveckla glaukomsador ökar med stigande IOP (European Glaucoma Society, 2008; Heijl et al., 2011). När väl behandling satts in är det vanligt att behandlingen fortsätter livet ut och då den

medicinska behandlingen kan ha många biverkningar är det viktigt att insättande av behandling noga övervägs på patienter med okulär hypertension (ibid.).

Glaukom

Glaukom är ett samlingsnamn för en grupp sjukdomar i ögat där det för ögat leder till ett skadligt IOP, vilket i sin tur, med ett långsamt och smygande förlopp, leder till synpåverkan (Casson et al., 2012; European Glaucoma Society, 2008; Heijl et al., 2011). Detta sker då nervfibrerna i synnerven successivt förtvinar på grund av ögontrycket. Glaukom är ofta förknippat med förhöjt IOP men även patienter som anses ha ett normalt IOP (11-21 mmHg) kan få degeneration i synnerven vilket leder till synnedläggning. Mätning av IOP är ofta ett första steg i diagnostisering av glaukom men bör alltid följas upp med kontroll av bland annat synfält, detta eftersom glaukomsador kan uppkomma hos patienter med normalt IOP (ibid.).

Glaukom är den huvudsakliga orsaken till blindhet i Europa (Casson et al., 2012; European Glaucoma Society, 2008). Vid behandling av glaukom är målet att förhindra synhandikapp och förlust av livskvalitet. År 2010 var 60 miljoner människor i världen över 40 år drabbade av glaukom (Heijl et al., 2011; Quigley, 2011). Med ökande ålder finns det således ökad risk att insjukna i glaukom. Det är oklart om det förekommer könsskillnader. I Sverige har 5 % av personer över 75 år glaukom (Heijl et al., 2011). Glaukom är i sitt inledningsskede oftast en asymtomatisk sjukdom och de synfältsdefekter som successivt utvecklas är sällan symmetriska varför det binokulära synfältet är intakt. Detta ger en bibehållen synskärpa långt fram i sjukdomsförloppet vilket resulterar i att många patienter inte är medvetna om sin sjukdom (SBU, 2008). Synförlust på grund av glaukom kan inte åtgärdas. Det enda sättet att behandla glaukom är att sänka IOP (Casson et al., 2012) och den vanligaste behandlingsformen är att ge ögondroppar som sänker IOP (Quigley, 2011).

Synfältsundersökning

Synfältsundersökningen (perimetri) är en metod för att utvärdera synfältet genom att testa känsligheten för ljusstimuli inom olika områden (Heijl et al., 2011; Sample et al., 2011). Detta gör att gränsen mellan synliga och osynliga stimuli kan kartläggas och genom upprepade undersökningar kan eventuell progression följas (ibid.). De två vanligaste sätten att mäta synfältet med är den äldre, manuella, kinetiska Goldmann-perimetri och den nyare, statiska, datoriserade Humphrey-perimetrin. Riktlinjerna för glaukomsjukvård rekommenderar Humphrey-perimetri vid alla frågeställningar där det är nödvändigt med upprepade undersökningar i uppföljningssyfte, till skillnad från förr då Goldmann-perimetri användes (Heijl et al., 2011). Detta på grund av att det med kinetisk perimetri föreligger större risk att tidiga skador på synfältet och mindre defekter missas (European Glaucoma Society, 2008).

En undersökning av synfältet innebär att känsligheten för ljus, kontrast, rörelse och upplösningsförmågan testas i ett antal lokalisationer i synfältet. Tröskelvärdet definieras som det minsta, ljussvagaste objekt som kan uppfattas av patienten. Hos en frisk individ är tröskelvärdets känslighet starkast i fovea och minskar successivt mot periferin

(Sample et al., 2011). Enligt Kutzko et al. (2000) är tröskelvärden som erhållits under synfältsundersökningen inte beroende enbart av apparaturen utan även av psykologiska och kognitiva faktorer hos patienten. Patientens uppmärksamhet, motivation, trötthet och fördomar/kunskap kan påverka resultatet (ibid.). Det är av största vikt att patienten får en utförlig förklaring av vad en synfältsundersökning innebär (Sample et al., 2011). Patienten måste få förståelse för vad avsikten med undersökningen är och hur den kommer att gå till. Ett otillförlitligt resultat på en synfältsundersökning kan bero på bristande information till patienten vilket är en orsak som lätt kan förbises (ibid.).

För att säkerställa diagnos, uppföljning och behandling är det viktigt att perimetrissen ser till att variabiliteten blir så liten som möjligt. Undersökningsvariabiliteten kan påverkas av olika faktorer som exempelvis ålder, allmäntillstånd, medverkan, motivation, uttrötthet, stress hos undersökaren, information, störningar i rummet, tidsåtgång och fixationskontroll. Att patienten känner sig lugn, trygg och välinformerad om undersökningen är en förutsättning för ett gott samarbete mellan perimetriss och patient (Kutzko et al., 2000).

Att leva med kronisk sjukdom

Glaukom definieras som "en progressiv sjukdom som ger upphov till typiska skador i synnervspapillen, nervfiberlagret och synfältet" (Heijl et al., 2011) och det finns inget botemedel, bara behandling för att sakta ner progressionen (Casson et al., 2012). Enligt Dowrick, Dixon-Woods, Holman och Weinman (2005) kan en kronisk sjukdom definieras som långvarig, läker inte spontant och går inte att bota. Då många kroniska sjukdomar har ett oförutsägbart och ojämnt symtomförlopp måste individen konstant anpassa sig själv till den rådande situationen (Telford, Kralik & Koch, 2006; Wu, Guo, Xia, Lu & Xi, 2010). En kronisk sjukdom kan påverka en individs liv genom att orsaka smärta, funktionsnedsättning och/eller förändring i den sociala rollen och identiteten (Audulv, Asplund & Nordbergh, 2012). Beroende på hur den kroniska sjukdomen påverkar individen kan livsstilsförändringar behöva göras för att kunna hantera påverkan av sjukdomen (De Guzman et al., 2012). Dessa förändringar kan vara begränsningar i dagliga aktiviteter och att klara av att följa en medicinsk behandling. Den kroniska sjukdomen kan begränsa individens förmåga att jobba, utöva fritidsaktiviteter och att självständigt klara av aktiviteter i det dagliga livet (ibid.). Genom att göra förändringar som integrerar sjukdomen i individens liv anpassas livet utefter den nya situationen (Telford et al., 2006).

Självständighet är viktigt i människors liv och ofta en del av självidentiteten (De Guzman et al., 2012; Telford et al., 2006). Att ständigt behöva finna sätt att hantera den kroniska sjukdomens påverkan gör att känslor som frustration, meningslöshet, svaghet, hopplöshet kan påverka självbilden och identiteten (ibid.). Trots att dessa känslor kan uppkomma är det viktigt att hitta ett "flyt" i det vardagliga livet och lära sig hantera nya situationer, än att sträva efter hur livet var före sjukdomen (Årestedt, Persson & Benzein, 2013).

Den prognostiska osäkerheten är en del av glaukomdiagnosen då den involverar både förbättring och försämring av förloppet, och att det faktiskt inte finns något botemedel (Wu et al., 2010). Känslan av osäkerhet påverkar därigenom patientens

sjukdomsupplevelse genom hela förloppet. Detta bör tas i beaktande av sjukvårdspersonal då känslor kring framtidens ovisshet kan uppkomma hos patienter med glaukom (ibid.).

Glaukom och livskvalitet

Symtomen på glaukom är en gradvis förlust av det perifera seendet (Spaeth, Walt & Keener, 2006). Att synnedläggning på grund av glaukom påverkar patientens vardag och därmed patientens livskvalitet är välkänt. Allvarliga konsekvenser av nedsatt syn omfattar personskador, till exempel fallolyckor (oftast hos äldre patienter) och bilolyckor (ibid.). Att drabbas av synförlust kan leda till en minskad förmåga att klara av vardagliga aktiviteter som kan leda till ett dåligt självförtroende och att undvika vissa aktiviteter (Glen, Crabb & Garway-Heath, 2011). Vikten av självständighet är central för många patienter och där kan olika hjälpmedel underlätta (Moore & Miller, 2003). Att hänvisa patienter redan tidigt i deras sjukdomsförlopp till syncentralen och hjälpmedelscentralen är viktigt, de blir då vana vid att använda olika hjälpmedel i det dagliga livet och kan därmed behålla sin självständighet så länge det är möjligt (ibid.).

Enligt Brown, Brown, Sanjay, Stein, Roth, Campanella och Beauchamp (2005) värderar patienter med synnedläggning sin syn högre än vad vårdpersonalen inser och att den kliniska diagnosen av synnedläggning inte återspeglas i patientens egen bedömning av synnedläggningen. Det är därför viktigt att uppmärksamma patientens egen upplevelse av synnedläggningen (ibid.). Patienten tar ofta upp sin oro spontant vid rutinmässiga besök hos en sjuksköterska, det är då viktigt att sjuksköterskan tar patientens oro på allvar (Sheldon & Ellington, 2008). Sjuksköterskans kommunikation med patienten påverkar patientens upplevelse av oro, följsamhet till behandling och hur tillfredsställd patienten är med hälso- och sjukvården (ibid.).

Sjuksköterskans och ögonsjuksköterskans kompetens

Den legitimerade sjuksköterskans arbete ska oavsett verksamhet och vårdform präglas av ett etiskt förhållningssätt och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utföras i enlighet med gällande författningar och andra riktlinjer (Socialstyrelsen, 2005). Då det pågår en ständig kunskapsutveckling inom hälso- och sjukvården krävs det att sjuksköterskan ständigt utvecklas för att säkerställa den yrkeskunnighet och kompetens som behövs för att möta dagens såväl som framtidens behov (ibid.).

Riksföreningen för ögonsjukvård har i samarbete med svensk sjuksköterskeförening (SSF) skapat en kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor med inriktning mot ögonsjukvård (Riksföreningen för ögonsjukvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2009). Ögonsjuksköterskans arbete utförs främst på mottagning men även på operation och vårdavdelning. På mottagningen ansvarar ögonsjuksköterskan för egna utförda undersökningar, undervisar patienter och ger råd samt information om egenvård och medicinsk behandling. Undersökningar såsom funktionstest av synskärpan, mätning av IOP, synfältsundersökning samt fotografering av ögonbotten ingår i ögonsjuksköterskans dagliga arbetsuppgifter. Ögonsjuksköterskan ska kunna identifiera och bedöma behovet av medicinteknisk apparatur och utrustning samt med hjälp av den

självständigt utföra och medverka i undersökningar inom ögonsjukvården som behövs som underlag för diagnostik (ibid.).

En sjuksköterska med specialisering inom ögonsjukvård skall med utgångspunkt från särskilda behov och ibland komplicerade sjukdomstillstånd hos patienter inom specialområdet kunna ansvara för omvårdnad som motsvarar vad som anges i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Riksföreningen för ögonsjukvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2009). Därutöver ska ögonsjuksköterskan bland annat ha fördjupad kunskap inom organisering och planering av självständiga mottagningar samt ta beslut för fortsatt omhändertagande av patienter. Genom empati och lyhördhet skall ögonsjuksköterskan även kunna erbjuda stöd, samtal och närhet som inger trygghet, tröst och hopp till patient och närstående. Det är ögonsjuksköterskans uppgift att förbereda patienter för undersökningar och behandlingar samt att stödja patienten i samband med ögonundersökningar och behandlingar inom ögonsjukvård (ibid.).

Vid synfältsundersökningen är det viktigt med tydliga instruktioner, korrekt refraktionering och att optimala förhållanden säkerställs av ögonsjuksköterskan så att det bidrar till tillförlitliga resultat (Montolio, Weeselink, Gordijn & Jansonius, 2012). Forskning visar att det finns svårigheter med utförandet av synfältsundersökning, då det är många faktorer som spelar in för att få ett tillförlitligt resultat (Kutzko et al., 2000; Montolio et al., 2012; Sample et al., 2011).

Teoretisk referensram

Begreppet salutogenes skapades av Aron Antonovsky (1923-1994), professor i medicinsk sociologi. Till skillnad från ett patologiskt synsätt som vill förklara varför människor blir sjuka, så fokuseras det utifrån ett salutogent synsätt på hälsans ursprung (Antonovsky, 2005). Begreppet "känsla av sammanhang" (KASAM) är ett viktigt begrepp inom salutogenesen. Det engelska begreppet är Sense of Coherence, (SOC). Antonovsky menar att en människa inte har hälsa eller ohälsa utan hon befinner sig på en flytande skala någonstans mellan de två polerna (ibid.).

Begreppet KASAM innefattar tre centrala komponenter: begriplighet, hanterbarhet, meningsfullhet (Antonovsky, 2005). Begriplighet syftar till att kunna hantera olika händelser och uppleva dem som förutsägbara, hanterbara och möjliga att förstå. Hanterbarhet definieras som i vilken utsträckning resurser finns till förfogande för individen att använda för att klara av motgångar i tillvaron. Meningsfullhet beskrivs som en känsla av att utmaningar är värda att investera energi och engagemang i och därmed hitta en mening i att ställas inför utmaningar i livet (ibid.).

Tillsammans med KASAM grundas det salutogena synsättet även på generella motståndsresurser (GMR) vilket är allt som kan ge individen kraft att klara av stress och motgångar (Antonovsky, 2005). Resurserna kan till exempel bestå av materiella tillgångar, socialt nätverk, kunskap och jagstyrka. Ett salutogent synsätt på omvårdnad kan alltså innebära förbättrad hälsa och välbefinnande hos den enskilda individen genom att stärka begripligheten, hanterbarheten och meningsfullheten i livet. Antonovsky utvecklade ett frågeformulär som mäter graden av KASAM. Höga värden

innebär att individen har en stark känsla av sammanhang och därmed en hög förmåga att hantera utmaningar. Ju starkare KASAM och ju bättre hälsa en individ har desto bättre förmåga har individen att hantera problemsituationer (ibid.).

Sjuksköterskan är en viktig resurs för patienten i copingprocessen. De aspekter av god omsorg som uppfattas av patienten är viktiga att fokusera på i omvårdnaden. Sjuksköterskan har också en viktig roll i att stötta patientens meningsfullhet genom att lyssna på vad patienten uttrycker och stötta patientens begriplighet genom att ge information och förklara vad som händer (Kvåle & Synnes, 2013).

Problemformulering

Genomgång av vetenskapliga artiklar visar på stort antal studier om vilka faktorer som kan påverka synfälsundersökningen, på hur dessa faktorer kan påverka resultatet i sig och på hur patienten medverkar vid undersökningen. Även studier på hur individer upplever sin synnedsättning och hur den påverkar deras dagliga liv och livskvalitet finns. Dock visar genomgång av artiklar att det finns begränsad forskning om patienters egna upplevelser av synfälsundersökningen. Att belysa patienternas upplevelse av synfälsundersökningstillfället kan förhoppningsvis leda till en bättre förståelse för patientens upplevelse och kan kanske därmed förbättra och underlätta patientens medverkan vid synfälsundersökningen.

Syfte

Syftet med pilotstudien var att beskriva patientens upplevelse av synfälsundersökningstillfället.

Metod

Design

Pilotstudien har en beskrivande design och en kvalitativ metod används för att svara mot syftet. Kvalitativ metod syftar till att ge kunskap grundad på erfarenhet och därmed skapa en större förståelse för en upplevd händelse (Polit & Beck, 2013). Kvalitativ innehållsanalys används och enligt Graneheim och Lundman (2004) används innehållsanalys då dokument skall analyseras på ett vetenskapligt sätt. Målet med innehållsanalys är att få fram kommunikationsinnehållet, till exempel vid intervjuer om personers upplevelse. Induktiv ansats används och innebär en förutsättningslös granskning och tolkning av texter som i denna pilotstudie består av transkriberade intervjuer. För att ge intervjupersonens berättelse rättvisa, är det viktigt att alltid betrakta texten som en del i ett sammanhang när den tolkas (Lundman & Graneheim, 2008).

Urval

Urvalet bestod av åtta patienter som kom för sin andra eller tredje synfältsundersökning. Inklusionskriterierna var patienter mellan 50-80 år diagnostiserade med okulär hypertension eller glaukom (tabell 1). Exklusionskriterierna var patienter med fysiska eller kognitiva hinder vilket kunde försvåra synfältsundersökningen ytterligare. Patienterna bestod av fem kvinnor och tre män, detta för att få variation i urvalet. Patienterna valdes ut av sjuksköterska anställd på kliniken.

Patienterna rekryterades från en privat ögonklinik. Godkännande för intervjuer av patienterna gavs av berörd klinikchef. Synfältsundersökningarna utfördes av legitimerade ögonsjuksköterskor hemmahörande på aktuell klinik. Muntlig information om pilotstudien gavs till berörda ögonsjuksköterskor och förfrågan ställdes om patienter från deras mottagningar kunde intervjuas. Ögonsjuksköterskorna fick möjlighet att tacka ja eller nej, alla tackade ja. Vilka patienter som berördes meddelades inte de ögonsjuksköterskor som utförde synfältsundersökningarna. Informationsbrev (Bilaga A) om pilotstudien skickades ut tillsammans med kallelse fyra veckor innan synfältsundersökning, av sjuksköterska anställd på kliniken, till de patienter som stämde överens med inklusionskriterierna. Patienterna blev uppringda en vecka efter att ha fått informationsbrevet hemskickat till sig. Detta gjordes av sjuksköterska anställd på kliniken i syfte att se om de var villiga att delta i pilotstudien. Alla patienter som tillfrågades godkände att medverka i pilotstudien.

Tabell 1. Patienternas ålder, kön och antal synfältsundersökningar

Ålder	Kön	Antal synfältsundersökningar
50	Kvinna	3
50	Man	3
50	Man	3
59	Kvinna	2
60	Kvinna	3
65	Man	3
76	Kvinna	2
78	Kvinna	2

Datansamling

Intervjuare var för pilotstudien ansvariga studenter. Intervjuerna utfördes i direkt anslutning till genomgången synfältsundersökning och alternerades så att alla intervjuare tilldelades två – tre intervjuer vardera. Före intervjustart fick patienterna återigen muntlig information om pilotstudien, möjlighet att ställa frågor och information om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. Denna information gavs av intervjuaren. Om patienterna valde att delta i pilotstudien undertecknades ett

samtyckesformulär (Bilaga B). Den första intervjun genomfördes som en pilotintervju och föll väl ut trots att den utfördes på kortare tid än vad som först var förväntat. Följande intervjuer blev dock betydligt kortare än pilotintervjun men då ämnet är smalt bedömdes det svårt att få längre intervjuer och därför utökades pilotstudien med ytterligare två intervjuer.

En av patienterna kunde inte stanna kvar efter synfältsundersökningen, därför gjordes denna intervju per telefon senare samma dag. Intervjuerna tog fem till tio minuter och utfördes i ett avskilt rum på berörd ögonklinik i februari och mars 2014. Alla intervjuer spelades in med hjälp av diktafon. Vid intervjuerna användes en semistrukturerad frågeguide (Bilaga C) med möjlighet till följdfrågor vid behov. Inledningsfrågan var " Hur upplevde du undersökningen?" och exempel på följdfrågor som ställdes var " Kan du berätta mer...?", " Hur menar du då när du säger". Den semistrukturerade intervjun är den viktigaste typen av forskningsintervjun enligt Gillham (2008). Den ger data av god kvalitet då den balanseras av struktur men även inrymmer en flexibilitet. Samma frågor ställdes till alla patienterna och på grund av de öppna svarsmöjligheterna gavs lika chans att säga sin åsikt om samma frågor (ibid.).

Databearbetning

Intervjuerna transkriberades ordagrant. Texten lästes därefter igenom i sin helhet upprepade gånger för att få en uppfattning om innehållet och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats (Graneheim & Lundmann, 2004). Alla intervjuer i pilotstudien betraktades som en analysenhet. Texten lästes igenom individuellt och i grupp för att få en helhetsbild av textens innehåll, för att bibehålla kärnan i materialet krävdes en god kännedom om intervjuernas innehåll. Därefter analyserades texten tillsammans av samtliga för pilotstudien ansvariga studenter. Intervjuerna analyserades med kvalitativ manifest innehållsanalys, vilket innebär en analys och tolkning av det uppenbara och synliga som framkom i resultatet (Lundman & Graneheim, 2008). I analysenheten identifierades meningsbärande enheter som färgkodades och grupperades utifrån likheter och skillnader. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna, utan att förlora sitt innehåll. De kondenserade meningsbärande enheterna fick sedan olika koder som beskrev innehållet i de kondenserade meningsbärande enheterna. I nästa steg skapades underkategorier av koder med ett liknande innehåll och underkategorierna fördes därefter samman och bildade kategorier (Tabell 2) (ibid.).

Tabell 2. Analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondenserad Meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
... man var rädd att man inte skulle se de där prickarna...	Rädd att inte se prickarna eller att missa dom.	Rädd att missa, Rädd att inte se		Upplevelse av rädsla och oro
... missar man på någonting lite för mycket så kan det påverka ens körkortsmöjligheter ...	Oro över hur små missar påverkar resultatet och hur det eventuellt kan påverka körkortet	Oro för resultat		
... ja, kan vara lite jobbigt ... man blir lite trött i ögonen...	Jobbigt och tröttsamt för ögonen.	Påfrestande för ögonen		Svårt med fokusering
... det är ju rätt lång tid som man skall vara koncentrerad ...	Lång koncentrationstid	Lång koncentrations tid		
... fick bra information om hur jag skulle göra och så...	Information om att se prickar och trycka.	Instruktioner om hur man skall göra	Tydlig information	Upplevelse av information
... skulle vara bra om detta gjordes tillsammans med läka besök så att man fick liksom återkoppling direkt...	Hade varit bra med återkoppling direkt.	Önskan om besked om resultat svar direkt	Behov av mer information	
... jag har inte känt efter överhuvudtaget, jag har ju gjort det förr...	Inte känt efter, gjort det förut.	Lugn inför undersökning		Känsla av trygghet
... det skulle vara lite mer patientvänligt, det här att man sitter och gör de här undersökningarna. På något sätt bekvämare ...	Mer patientvänligt. Göra undersökningen bekvämare.	Upplevelse av obekvämt och ej patientvänlig undersökning		Kroppsligt obehag

Forskningsetiska överväganden

Pilotstudien genomfördes med stöd av de etiska riktlinjer för forskning där människor medverkar (Vetenskapsrådet, 2013) och följde Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013). Patienterna informerades skriftligen om pilotstudiens syfte och om att deltagandet var helt frivilligt. Informationsblad skickades ut fyra veckor innan intervjun. Före

intervjustart informerades patienterna återigen muntligt om pilotstudiens syfte och om att deltagandet var frivilligt, att de när som helst kunde välja att avbryta sitt deltagande utan att behöva förklara varför och att intervjun spelades in. Om de valde att delta undertecknades ett samtyckesformulär. Intervjuerna utfördes av A-K. J., A. B. och L. M., varav A-K. J. är anställd på den aktuella kliniken. Om någon patient var känd av A-K. J. sedan tidigare, utfördes intervjun av A. B. eller L. M.

Pilotstudiens syfte och metod granskades av den lokala etikprövningsgruppen på Sektionen för hälsa och samhälle på Halmstad Högskola (diarienummer: 2013/1043). Etikprövningsgruppen godkände pilotstudien och bedömde även att pilotstudien inte behövde granskas av den Regionala Etikprövningsnämnden (SFS 2003:460). Resultatet av synfältsundersökningarna förvaras i den aktuella ögonklinikens dataarkiv som journalhandling. Dessa resultat har inte använts i pilotstudien. Det framkomna materialet från intervjutillfället oidentifierades och bearbetades av A-K. J., A. B., L. M. och handledaren. Kodlistor och påskrivna samtyckesformulär förvarades inlåsta på berörd ögonklinik. Efter att uppsatsen blivit godkänd och publicerad på DiVA (Digitala Vetenskapliga Arkiv) vid Högskolan i Halmstad, förstördes allt datamaterial på ett säkert sätt. Eftersom materialet oidentifierats och personuppgifter inte behandlats kunde känsliga uppgifter inte kopplas till berörd patient. En risk kunde vara att intervjun väckte frågor hos patienten angående tidigare undersökningar och resultat. Om detta hade hänt så kunde patienten hänvisas till personalen på kliniken. En annan risk var att patienterna upplevde obehag av att bli utfrågade. Denna risk minimerades genom att försöka skapa ett lättsamt samtal mellan patient och intervjuare i en avslappnad miljö. En tredje risk var att patienterna kunde känna sig tvingade att delta vid intervjuerna av rädsla att få sämre behandling framöver. På grund av detta poängterades det tydligt innan intervjustart att pilotstudien inte hade med berörd klinik att göra och därmed inte något med patienternas behandling att göra. Pilotstudien kan leda till ökad kunskap hos både patienter och hälso- och sjukvårdspersonal inom ögonsjukvården.

Resultat

Den manifesta innehållsanalysen av data som framkom efter transkribering av intervjuerna bildade fem huvudkategorier och två underkategorier (se tabell 2): Upplevelse av rädsla och oro, Svårt med fokusering, Upplevelse av information med underkategorierna Tydlig information och Behov av mer information, Känsla av trygghet samt Kroppsligt obehag.

Upplevelse av rädsla och oro

Det framkom att patienterna upplevde rädsla och oro främst över att missa ”prickarna” under själva synfältsundersökningen, att inte hinna trycka på alla ”prickar” som sågs, och att det därmed skulle påverka undersökningens resultat negativt. De upplevde en känsla av att det var små marginaler som i sin tur kunde påverka resultatet negativt. Patienterna upplevde oro då tidsintervallerna mellan ljusförmimmelserna ibland blev långa, vilket tillslut ledde till att de tryckte på knappen vare sig de såg prickar eller inte.

”Man var rädd att man inte skulle se de där prickarna...”

Det fanns en oro för att ett dåligt resultat skulle påverka körkortsmöjligheterna och därmed en rädsla för att resultatet blev sämre än vad det egentligen var på grund av att de missade. Patienterna upplevde en oro att inte göra bra ifrån sig och kände att det ledde till stress vid synfältsundersökningen. Detta i sin tur skapade en oro för ett sämre resultat och att det kunde bli som en ond cirkel.

”Missar man på någonting lite för mycket så kan det påverka ens körkortsmöjligheter...”

Vid frågan om vad patienterna kände inför undersökningen kom olika känslor upp. Känslor som att det var otrevligt att besöka ögonmottagningen, otäckt när det gällde ögonen generellt och en rädsla att något skulle vara fel. En patient uppgav att även om undersökningen inte gjorde ont upplevde hon en rädsla för vad resultatet skulle visa och att något skulle vara galet. Det fanns en oro för progression i sjukdomen som eventuellt skulle leda till synförlust då flera patienter uppgav att de hade nära anhöriga som blivit blinda av glaukom.

”... alltid otäckt när det gäller ögonen, rädd att man skall bli blind, rädd att det skall vara något galet...”

Svårt med fokusering

Synfältsundersökningen upplevdes som jobbig och påfrestande med många moment som skulle tas hänsyn till. Den koncentrationen som krävdes av patienterna var uttröttande och ansträngande, speciellt att hålla blicken fokuserad på fixationslampan. Patienterna beskrev att synfältsundersökningen var ansträngande och tröttsamt för ögonen. Synfältsundersökningen upplevdes av de flesta vara en generell jobbig undersökning. En av patienterna upplevde dock synfältsundersökningen som mindre jobbig när den gjordes andra gången i jämförelse med första gången.

”... ja, det är en besvärlig undersökning egentligen som sådan...”

En av patienterna beskrev att synfältsundersökning var jobbig eftersom flera moment måste utföras samtidigt, simultankapaciteten måste vara på topp. Viktigt att tänka på positionen, att hålla blicken riktad mot på fixeringslampan och samtidigt trycka på knappen när ljusprickar uppfattas. Genom ansträngningen av att fokusera på fixeringslampan upplevde patienterna tillslut att det var svårt att avgöra vilka ljusprickar som var inbillning och vilka ljusprickar som var verkliga.

”... till slut såg man prickar överallt ...”

Patienterna beskrev även en känsla av att resultatet kunde påverkas av vilken dagsform de var i. Trots att tre minuter var en kort tid så upplevdes det jobbigt att hålla fokus under hela denna tid. Känsla av att vara fullt koncentrerad var uttröttande och ansträngande. Det upplevdes som svårt att vara koncentrerad under hela undersökningen för att inte göra fel, och en patient påpekade att störande ljud från själva apparaten skapade distraktion vilket påverkade koncentrationen.

”... för det var ljud också, lite pip,pip,pip. Man blev lite distraherad av det tror jag...”

Upplevelse av information

Det fanns en delad åsikt om hur patienterna upplevde informationen inför undersökningen. En del var nöjda medan vissa hade önskat ett förtydligande av informationen. Samtliga patienter upplevde att de inte fick någon återkoppling av resultatet.

Tydlig information

En del av patienterna kände att de fick bra information innan om hur undersökningen skulle genomföras. De fick förklarat för sig hur de skulle sitta, hur de skulle titta och att de endast skulle trycka då de upplevde en ljusförnimmelse.

”... du ska se en prick och trycka och titta där och så...”

Vikten av att hålla blicken fokuserad på fixationslampan poängterades också. Patienterna hade svårt att uppskatta tidsförloppet av synfältsundersökningen och upplevde det som positivt när sjuksköterskan poängterade hur lång tid det var kvar av undersökningen.

”... sen sa hon även nu har det gått en minut, och nu är det bara två minuter kvar. Det var ju tre minuter på varje sida, så det tyckte jag var bra.”

Några av patienterna hade under undersökningens gång fått upprepad information om att de skulle hålla blicken fixerad vilket de upplevde som positivt.

Behov av mer information

Vissa patienter hade en önskan om skriftlig information att läsa i väntrummet under tiden de väntade på att bli uppropade. En önskan om möjlighet till en testomgång (“dry run”) fanns också, de ville gärna se innan hur det skulle se ut i apparaten under undersökningen.

”... skulle vara bättre med en “dry run” än att bara kastas in i det ...”

Till exempel ville patienterna veta hur ljusförnimmelserna kunde se ut då det fanns en osäkerhet på hur de skulle visa sig i apparaten, detta för att förtydliga undersökningen, bli medveten om vad som förväntades och för att kunna medverka på bästa sätt. En patient tittade på fel fixationsmarkering då hon inte hade förstått de instruktioner som givits innan undersökningen.

Majoriteten av patienterna upplevde att informationen av resultatet av synfältsundersökningen var knapphändig. De flesta fick ingen information alls om hur det gick med undersökningen, men det fanns en önskan om direkt återkoppling av resultatet. Patienterna tyckte det skulle vara bra om synfältsundersökningen gjordes tillsammans med ett läkarbesök så att de fick återkoppling direkt. Det framkom också att många inte fick någon information om deras medverkan till undersökningen, de hade därför svårt att veta om de hade följt instruktionerna väl.

*”... läggs på din journal och vi träffas om ett halvår.
Det var vad jag fick. Ordagrant.”*

*”... jag vet faktiskt inte hur det gick här med denna testen, hur det blev.
Det hade ju i och för sig varit bra att få reda på.”*

En av patienterna hade inte förstått att hon skulle genomgå en synfältsundersökning vid besöket vilket gjorde att hon kände sig oförberedd. Vid frågan om behov av ytterligare information fanns uppgav en patient att det var svårt att avgöra vilken information som behövdes då kännedom saknades om vad som fordrades vid undersökningen.

Känsla av trygghet

Att genomgå sin andra eller tredje synfältsundersökning gjorde att patienterna kände sig trygga då de visste vad som skulle hända under besöket och hur själva synfältsundersökningen skulle gå till. Igenkänningsfaktorn påverkade trygghetskänslan. Några patienter tyckte inte det kändes konstigt alls, samtliga hade gjort det förut och visste vad det gick ut på, detta gjorde att de kände sig lugna inför själva besöket. Även om det fanns en oro för vad resultatet skulle visa så kunde de ändå känna ett lugn inför att komma till sitt återbesök på ögonmottagningen.

”Jag har inte känt efter överhuvudtaget, jag har ju gjort det förr...”

Känsla av trygghet kunde även förknippas med kontinuitet för de patienter som fick träffa samma sjuksköterska som gången innan. Det upplevdes även som viktigt hur patienten kände sig bemött av personalen. Att personalen var lugn och trevlig i sitt bemötande skapade ett lugn hos patienten.

”... jag hade varit där förut och hon kände igen mig och jag kände igen henne och jag kom ihåg att hon var så trevlig...”

Även miljön i undersökningsrummet hade inverkan på trygghetskänslan. Patienterna uppskattade att rummen var små vilket gav ett varmt intryck. Det upplevdes inte som om de var på sjukhus, det var en mer ombonad miljö. Detta hjälpte till att ta udden av allvaret i det hela.

*”... det är ett så pass litet rum så att det blir ganska tryggt
och trevligt på något sätt...”*

Kroppsligt obehag

Även om synfältsundersökningen inte tog mer än tre till fyra minuter per öga så upplevde patienterna att den obekväma ställningen som de måste sitta i gjorde att det blev en anspänning i kroppen och att det krävdes en del koncentration som egentligen borde riktas mot utförande av synfältsundersökningen.

Majoriteten av patienter upplevde synfältsundersökningen som obekväm och icke patientvänlig. De ansåg att det krävdes en obekväm kroppshållning för att sitta rätt i apparaten.

”... att man skall tänka på fast med pannan där, hakan där och så sitter man ju som en pinne där på stolen...”

Det var en onaturlig ställning med kroppen även om det var för en kort tid. En generell önskan var att undersökningen skulle vara bekvämare, främst en bekvämare ställning och en mer ergonomisk stol att sitta i under synfältsundersökningen.

”... skulle vilja ha det lite mjukare, men hur kan jag inte förklara...”

En del hade känslan av att detta kunde påverka deras medverkan vid undersökningen, detta eftersom patienterna fick koncentrera sig mer på hur de satt än på själva synfältsundersökningen.

Patienterna upplevde en känsla av stelhet och att nästan vara fasthållna. Majoriteten av patienterna satt framåtlutade med överkroppen i apparaten vilket gjorde att det var svårt att slappna av. Det var ingen behaglig ställning, det upplevdes som ansträngande och som en anspänning i hela kroppen. De kände sig inte helt avslappnad, utan stelhetkänslan fanns där hela tiden.

”... det var ansträngande liksom, en anspänning var det...”

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ metod användes för att svara mot syftet som var att beskriva upplevelser (Graneheim & Lundman, 2004). Det karakteristiska för kvalitativ innehållsanalys är att metoden till en stor del fokuserar på ämnet och innehållet, och belyser skillnader emellan men även likheter i koder och kategorier. Textens innehåll kan delas in i ett manifest och ett latent innehåll, där det manifesta innehållet beskriver det som är skrivet i texten medan det latent innehåller en tolkning av textens bakomliggande budskap. I kvalitativ analys används koncepten giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet för att beskriva varierande aspekter av resultatets trovärdighet (ibid.).

Urvalet bestod av både män och kvinnor för att öka möjligheten att få så varierande erfarenheter som möjligt och därmed öka resultatets giltighet. Ett krav var att patienten

skulle ha gått igenom en eller två synfäلتundersökningar tidigare. Sex patienter rekryterades till pilotstudien. Urvalet av patienter gjordes utefter sedvanliga forskningsetiska principer (WMA, 2013). Detta innebär att deltagandet var frivilligt och att patienterna fick adekvat information angående pilotstudien och dess syfte. Patienterna fick skriftlig information hemskickad (Bilaga A) där de vid senare tillfrågan fick anmäla sin medverkan. Efter att försäkrat sig om att patienterna förstått informationen fick de skriva under ett samtyckesformulär.

Samtyckesformulär skrevs under före intervjustart för att försäkra att patientens medverkan var frivillig (Bilaga B). Antalet patienter utökades så småningom till åtta stycken då datamaterialet behövde breddas då intervjuerna blev kortare än beräknat. Detta stärker pilotstudiens giltighet då antalet patienter blev fler och att materialet kunde breddas. Ett resultatets giltighet återspeglas av hur väl det erhållna materialet belyser det avsedda syftet (Graneheim & Lundman, 2004; Long & Johnson, 2000).

För att stärka giltigheten i framtida studier kan antalet patienter utökas. Då pilotintervjun föll väl ut justerades inte frågeguiden inför kommande intervjuer. Dock blev flertalet av resterande intervjuer kortare än förväntat och vid transkribering visade det sig att intervjuerna inte gav tillräckligt med information till resultatet. Ytterligare två intervjuer genomfördes därför, där ytterligare följdfrågor ställdes. Valet att utöka antalet patienter var bra då det visade sig att vi fick ut ytterligare material av de två kompletterande intervjuerna. Detta gav upphov till ytterligare en kategori, kroppsligt obehag.

Svårigheten var att det var först då intervjuerna var avslutade och materialet sammanställt som det upptäcktes att intervjuerna inte gav tillräckligt med information till resultatet. Att tänka på i en framtida studie är om det tidigare kan upptäckas att intervjuerna ger ett tunt material att arbeta med och då på ett tidigt stadium kunna besluta sig för att exempelvis öka antalet patienter eller utöka antalet följdfrågor. Detta skulle då framför allt spara tid.

Den största svårigheten var att genomföra intervjuerna förutsättningslöst, då A-K. J., A. B. och L. M. hade egna erfarenheter av att utföra synfäلتundersökningar och hade därmed vissa förväntningar på resultatet från intervjuerna. Fördelen med detta var att det fanns en kunskap om vilka frågor som kunde ställas för att få fram den information som svarade mot syftet. För att hålla tillbaka förförståelsen undveks i möjligaste mån ledande frågor vid intervjuerna. Vid första intervjun så upplevdes det att patienten uttryckte en övertygande positiv uppfattning om kliniken och om ögonsjuksköterskan som utförde synfäلتundersökningen. Vid kommande intervjuer klargjordes det direkt innan start att intervjun inte hade något med kliniken i sig att göra eller med ögonsjuksköterskans roll på kliniken. Detta ledde förhoppningsvis till att patienterna delgav sina upplevelser istället för sin uppfattning om kliniken, vilket i sin tur stärker tillförlitligheten. En av intervjuerna genomfördes som en telefonintervju. Denna patient upplevdes ha lättare för att öppna sig och tala fritt. Detta kan ha berott på att patienten fått lite tid att tänka igenom besöket och att det blev lite mer anonymt då samtalet inte skedde öga mot öga på kliniken. Nackdelen med telefonintervjun var dock att kroppsspråk inte kunde tydas.

Resultatets tillförlitlighet stärks av en noggrann beskrivning av analysprocessen (Graneheim & Lundman, 2004). När en stor mängd data insamlas över en längre tid finns det en risk att datainsamlingen blir inkonsekvent. Det är viktigt att samma frågor ställs till alla deltagare då intervju och observationsteknik är en växande process som

tillför nya kunskaper (ibid.). Pilotstudiens tillförlitlighet stärks då den utgått från Granehiem och Lundmans beskrivning av den kvalitativa analysprocessen. Eftersom A-K. J., A. B. och L. M. genomfört intervjuerna och alla tre tillsammans läst igenom och varit delaktiga i analysprocessen tillsammans med handledaren så ökar tillförlitligheten i resultatet. En svaghet var att A-K. J., A. B. och L. M. saknade erfarenhet inom intervjuteknik. De två sista intervjuerna gav mer information än de tidigare intervjuerna, detta kan bero på att A-K. J., A. B. och L. M. fått mer erfarenhet under föregående intervjuer och kunde därför ställa mer relevanta följdfrågor.

Överförbarhet är till vilken grad resultatet kan överföras till andra situationer eller grupper av individer. Författaren kan ge förslag på hur resultatet kan överföras men det är i slutändan upp till läsaren att avgöra om resultatet kan överföras till andra sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004). Forskning finns inom synfältsområdet, dock har inte forskning som belyser patientens upplevelse av synfältundersökningstillfället hittats. Enligt A-K. J., A. B. och L. M. kan resultatet till viss del överföras till andra grupper och situationer, kanske inte undersökningen som sådan men delar av resultatet kan appliceras på andra undersökningar där betydelsen av information, rädsla, oro och behov av trygghet är viktigt.

Resultatdiskussion

Upplevelse av rädsla och oro

Glaukomsjukdomen präglas i stor utsträckning av prognostisk osäkerhet och en oförutsägbarhet gällande behandlingsresultat. Dessa faktorer påverkar i hög grad patienters upplevelse av att leva med sjukdomen. Enligt Wu et al. (2010) bör hänsyn tas till de känslor patienten upplever och att sjuksköterskorna måste bli skickliga på att ta itu med denna fråga som en del av helhetsbedömningen eftersom osäkerhet inför framtiden kan bidra till psykiskt och känslomässigt lidande för patienten.

Denna pilotstudies resultat visade att patienterna upplevde rädsla och oro inför och under synfältundersökningstillfället. Dock var det olika faktorer som skapade dessa känslor. En av patienterna upplevde det som generellt otrevligt att besöka ögonmottagningen och beskrev en oro över att hennes okulära hypertension skulle ha utvecklats till glaukom. En annan patient tyckte att det alltid var otäckt när det hade med ögonen att göra. Enligt Wu et al. (2010) har glaukomsjukdomen en emotionell påverkan på patientens hälsa och välbefinnande då det finns en osäkerhet om framtiden hos de patienter som kan utveckla en synnedbättring trots behandling. Även patienter utan någon aktuell synpåverkan upplevde oro över framtiden (ibid.). Precis som i Wu et al. (2010) studie beskrev flertalet patienter en oro och rädsla för att resultatet skulle visa på en försämring av synfältet vilket kunde få konsekvenser för möjligheterna att bland annat behålla körkortet och även en rädsla för att i förlängningen bli blind. Eftersom den behandling som finns idag inte fanns för 50-60 år sedan blev många med glaukom blinda.

Då det finns en koppling mellan glaukom och ärftlighet kan det tänkas att det finns en oro och rädsla hos patienter över att de skall gå samma öde tillmötes som sina föräldrar eller äldre släktingar. Kanske skulle mer information om utveckling och behandling av

glaukom kunna skapa ett lugn hos patienten, men samtidigt kan det vara svårt att minimera rädsla och oro då glaukom är ett laddat ord eftersom det är en obotlig sjukdom. Något som märks ofta är att även körkortet är en känslig fråga. Precis som i denna pilotstudie har patienterna en stor rädsla för att förlora sitt körkort. Många gånger uteblir patienterna från sina synfältsundersökningar på grund av detta. Varför är rädslan att förlora körkortet större än rädslan att skada någon i trafiken. Hos dessa patienter är det extra viktigt med information om sjukdomen och dess konsekvenser då de har svårare att ta till sig informationen. Detta kan främst bero på att synskärpan ofta är bra trots att det perifera seendet är kraftigt nedsatt vilket gör det svårt för patienter att förstå den fara de utsätter sig själva och andra för i trafiken.

Enligt Montolio et al. (2012) och Sample et al. (2011) är det många olika faktorer som spelar in för att få ett tillförlitligt resultat vid synfältsundersökningen, patientens rädsla och oro kan påverka möjligheten att få ett tillförlitligt resultat vid synfältsundersökningen (ibid.). Det fanns även en oro och rädsla hos patienterna som grundades i att inte prestera bra vid synfältsundersökningen och de upplevde att det var små marginaler som kunde påverka resultatet negativt på grund av att de missade prickar som de egentligen sett. Det är förståeligt att patienterna är oroliga då detta är en krävande undersökning. Majoriteten av patienter behöver en inlärningsperiod för att få förståelse för hur undersökningen fungerar. Då ljusförmålor testas flera gånger på samma punkt påverkar det inte resultatet om patienten skulle råka missa att trycka på några "prickar". Detta är viktigt att poängtera då en missad "prick" kanske gör att patienten störs i sin koncentration och blir stressad, vilket kan påverka resterande del av synfältsundersökningen.

Att som sjuksköterska lyssna på vad patienten säger och ta patientens eventuella oro på allvar är viktigt liksom att patienten får bekräftelse och känner att någon förstår och bryr sig om dem. Hur sjuksköterskan kommunicerar med och bemöter patienten påverkar bland annat patientens upplevelse av oro (Sheldon & Ellington, 2008). Enligt Kvåle och Synnes (2013) vill patienter träffa en sjuksköterska de kan lita på, som får dem att känna sig trygga och har erfarenhet, kunskap och teknisk kompetens. Enligt Antonovsky (2005) kan detta ses som ett salutogent synsätt där patientens KASAM stärks, vilket innebär att patienten får en bättre förmåga att hantera problemsituationer. När ögonsjuksköterskan träffar patienten på en mottagning finns det en begränsad tid till förfogande tillsammans med patienten, det är då extra viktigt att kommunikationen med patienten fungerar bra och blir patientcentrerad (Chan, Jones, Fung & Wu, 2012). Idag är det mer stressat och tidsbrist är alltid en aktuell fråga. Det är viktigt att kvantitet inte går före kvalitet. Även om personalen har krav att prestera från arbetsgivaren måste det även tas hänsyn till kraven från patienterna. De har rätt till god hälso- och sjukvård, en hälso- och sjukvård som är patientcentrerad och inte en löpandeband princip.

Svårt med fokusering

Några av patienterna upplevde att det var svårt att avgöra om de inbillade sig ljusprickarna eller om de var verkliga. Det är därför viktigt att perimetristen observerar patienten under testets gång. Genom notering av detta kan förutsättningarna inför nästa synfältsundersökning förbättras. Dålig fixation och onormalt blinkande kan vara tecken på att patienten behöver göra en paus i undersökningen och vila en stund (Montolio et al., 2012; Sample et al., 2011). Patienterna i denna pilotstudie upplevde

synfältsundersökningen som ansträngande, koncentrationskrävande och tröttsam för ögonen och dessutom upplevde de att tre minuter var en lång tid att hålla full koncentration. Undersökningen är påfrestande för många och det är flera faktorer som ögonsjuksköterskan kan påverka för att underlätta för patienten, till exempel att patienten sitter bra och har rätt korrektion. Dock är det lika många faktorer som ej är påverkansbara till exempel durationen, att ögat blir ansträngt och ökat tårflöde. Ibland får patienten acceptera att det är en besvärlig undersökning men att syftet enbart är till gagn för patienten. Dock är det viktigt att ögonsjuksköterskan gör sitt yttersta för att ge patienten de bästa förutsättningarna för att kunna genomföra undersökningen.

Som perimetrist är det viktigt att säkerställa att miljön vid undersökningen är utan störande moment, såsom exempelvis en dörr som öppnas eller telefoner som ringer, eftersom det kan störa patientens koncentration och därmed försämra resultatets tillförlitlighet (Kutzko et al., 2000; Montolio et al., 2012). Här är det viktigt att det finns tydliga rutiner och att de följs. Det skall synas tydligt när ett rum för synfältsundersökning används och som personal skall detta respekteras. Dörrar som öppnas och personal som går in och ut visar en respektlöshet inför både patienten och den som utför synfältsundersökningen.

Upplevelse av information

Sample et al. (2011) beskriver att det är av största vikt att patienten får en utförlig förklaring av vad en synfältsundersökning innebär. Resultatet i pilotstudien visar på att patienterna upplevde att de fick bra information om hur undersökningen skulle gå till men samtidigt hade de gärna sett ett förtydligande i form av skriftlig information eller en testomgång. Trots att samtliga patienter tidigare genomgått minst en synfältsundersökning fanns det önskemål om ytterligare information innan undersökningen gjordes.

Patientinformation som broschyrer och posters i väntrummet illustrerar viktig information och påminner patienten om den information de fått tidigare. Detta material ses som värdefullt i att förbättra interaktionen mellan patienten och vårdpersonalen och ger patienten en ökad kunskap om sin hälsa (Moerenhout et al., 2013). Detta var också önskemål från patienterna i pilotstudien. Förutom att broschyrer och posters ger information om vad som ska ske, innebär det också att patienten har något att sysselsätta sig med under väntetiden. Patienter är dessutom bättre förberedd när det väl är dags att göra undersökningen. Det är av stor vikt att ha en förståelse för vad avsikten med undersökningen är, hur den kommer att gå till och att ett otillförlitligt resultat på en synfältsundersökning kan bero på bristande information (Sample et al., 2011). Sherafat et al. (2003) fann att resultatets tillförlitlighet ökar om patienter får se en kort introduktionsvideo (helst vid första synfältsundersökningstillfället) där det ges en snabb genomgång om syftet med testet, hur det går till och även påtalande av vad som ger otillförlitliga resultat. Detta ger även patienten en möjlighet att se var de skall fixera blicken och hur olika ljusstimuli kan se ut (ibid.). Humphrey perimetrin är en vanligt använd synfältsapparat. I denna apparat finns en kortare instruktionsvideo inlagd, dock används denna inte i praktiken. För att förtydliga för patienten hur synfältsundersökningen går till skulle förslagsvis alla patienter få se denna instruktionsvideo när de kommer på sitt första synfält. Sedan kan den visas då behov finns eller på patientens önskan. Anledningen varför denna inte används kan vara

tidsåtgången. Precis som på många andra ställen är ögonmottagningarna påverkade av effektivitet och tidsbrist. Om patienten fick se denna video kan eventuellt patientens förståelse och prestation öka, vilket i sin tur kan minska testets duration. Tidsåtgången skulle då kanske gå jämnt ut.

En annan uppfattning var att informationen var bristfällig när det kom till redovisning av undersökningsresultatet. Efter genomgången synfältsundersökning fick patienten inte veta vad resultatet visade, utan att detta skulle tas upp med läkare vid annan tidpunkt vilket kunde skapa oro hos patienten. Roper (2010) menar att behöva vänta med besked från läkaren kan skapa oro, aggressivitet och stress hos patienten. När patientens förväntningar inte möts av sjukvården så minskar patientens förtroende (ibid.). Detta var något som påpekades av flera patienter. Det innebar att patienten fick avvakta tills läkaren har sett utfallet och kunde ge information om resultatet. En patient menade att det hade varit bättre att få ett läkarbesök i samband med synfältsundersökningen så att resultatet kunde delges direkt och på så sätt att patienten inte behövde vänta på besked. Tidigare studie visar att majoriteten av patienter vill veta resultaten från genomgången undersökningen så snart som möjligt, oavsett hur allvarliga resultaten är. Att vänta på resultat kan vara mycket ångestframkallande och faktum är att många patienter hävdar att det är värre att behöva vänta på ett resultat än att få besked direkt, även om det skulle vara negativt. Patienter har rätt till medicinsk information (Amber & Fiester, 2013).

Kvåle och Synnes (2013) fann att majoriteten av patienterna uttryckte vikten av information som en del i att få förståelse över sin situation. Information om resultat och sjukdomens utveckling var viktigt för patientens hantering av sin sjukdom och gav dem en känsla av kontroll (ibid.). Enligt Antonovsky (2005) är begriplighet en av de centrala komponenterna i KASAM. Genom att öka förståelsen av en situation ökar även hanterbarheten vilket leder till att stärka patientens KASAM (ibid.). Det finns till exempel en informationsvideo på internet som kan användas i syfte att upplysa patienten (Södra Älvsborgs Sjukhus, 2011). En patient som har kunskap om sin sjukdom kan få en bättre förståelse och därmed också inse vikten av behandling och att komma på regelbundna kontroller. Även om det inte finns möjlighet att visa patienten en informationsvideo på mottagningen så kan broschyrer skickas med hem. Eftersom de flesta har både dator och internet idag så kan de få med sig internet adressen hem och titta i lugn och ro. Information är en viktig del som kan förbättras på de flesta kliniker. Information vid synfältsundersökningen har stor betydelse för hur väl patienten klarar av att genomföra undersökningen och få ett tillförlitligt resultat. Informationen måste vara individuellt anpassad till varje patient och det är viktigt att försäkra sig om att patienten förstått. Att få patienten att förstå varför en undersökning görs har också betydelse för hur motiverad patienten är att genomföra undersökningen. Det finns olika sätt för en klinik att upplysa sina patienter, bara möjligheterna ses. Majoriteten av patienter i pilotstudien fick ingen information om hur deras medverkan hade varit under synfältsundersökningen. Detta är definitivt något som måste förbättras. Om patienten inte får reda på vad de gjort fel kan de inte heller göra rätt framöver. Det är inte lätt att förbättra något när det inte är känt vad som är fel.

Känsla av trygghet

Att patienten känner sig lugn, trygg och välinformerad om undersökningen är en förutsättning för ett gott samarbete mellan perimetrist/ögonsjuksköterska och patient

(Kutzko et al., 2000). Det framkom att de flesta patienter kände sig lugna inför besöket. De hade gjort detta förut och visste vad synfältsundersökningen skulle innebära. Sheldon och Ellington (2008) beskriver vikten av hur sjuksköterskans kommunikation med patienten påverkar patientens upplevelse av oro och hur tillfredsställd patienten är med hälso- och sjukvården.

Patienterna upplevde också att bemötandet från personalen var viktigt för deras välbefinnande och trygghetskänsla och de upplevde sig vara i en ombonad miljö. Att träffa samma ögonsjuksköterska som vid föregående besök upplevdes också som betryggande. Då patienten tidigare gjort undersökningen och upplevt mötet som positivt gav detta en känsla av trygghet. Patientens trygghetskänsla är viktig då den främjar förmågan att hantera situationen och därmed minska eventuell stress (Kvåle & Synnes, 2013). Detta kan i sin tur stärka patientens känsla av KASAM (Antonovsky, 2005). Att få patienten att känna sig trygg i samband med undersökningen är en viktig uppgift för ögonsjuksköterskor, men det finns mycket kvar att förbättra. Ett vidare forskningsområde skall kunna vara att utvärdera hur patienten som gör synfältsundersökningen upplever sin situation. Genom att använda ett frågeformulär som mäter graden av KASAM kan information fås om patienten har en stark känsla av sammanhang och därmed en hög förmåga att hantera utmaningar i livet. På så sätt skulle de patienter som är i behov av extra stöd lättare kunna upptäckas och eventuella åtgärder sättas in.

Kroppsligt obehag

Synfältsapparaten är ergonomiskt utformad att vara bekväm för patienten. Enligt Heijl och Patella (2002) skall patienten, oavsett om de sitter i rullstol eller på en vanlig stol, kunna placera sig med obehindrad tillgång till apparaten och även bekvämt kunna sitta upprätt under undersökningens gång. Patienterna uppgav i resultatet att den ställning som de satt i under själva synfältsundersökningen var obekvämt och inte på något sätt patientvänlig. Hakan skulle vila i stödet samtidigt som pannan skulle hållas mot bandet och blicken skulle vara fokuserad rakt fram. En allmän känsla var att det krävdes en obekvämt kroppshållning för att sitta rätt i apparaten.

Enligt Heijl och Patella (2002) är det av stor vikt hur ögonsjuksköterskan förbereder patienten inför undersökningen även vad det gäller positionering. Inte bara att patienten sitter rakt framför apparaten men även att stolshöjden och hak- och pannstöden justeras så att patienten sitter så bekvämt som möjligt. Det är av större vikt att patienten sitter bekvämt under synfältsundersökningen än, till exempel, i biomikroskopet, då synfältsundersökningen tar längre tid (ibid.). Även om ställningen upplevdes som obekvämt, stel och onaturlig ansåg alla patienterna i pilotstudien att eftersom det är under en relativt kort tid, cirka tre till fem minuter per öga, så är ställningen tolerabel. Dock fanns det en önskan om att göra den mer patientvänlig eller som en patient sa "mjukare". Eftersom apparaturen är utformad som den är finns det inte mycket som kan påverkas förutom de inställningar som perimetrissen gör. Patienterna har även de olika kroppstyper, vilket påverkar hur nära in på apparaten de kan komma, vilket inte kan påverkas. Därför är det extra viktigt att patienten sitter så bekvämt det bara går. Viktigt att patienten verkligen får känna efter ordentligt innan undersökningen börjar och här är det viktigt att ögonsjuksköterskan poängterar vikten av att sitta bra för att patienten skall kunna koncentrera sig fullt på synfältsundersökningen.

En del patienter upplevde att deras koncentration blev sämre på grund av att de satt obekvämt och att detta i sin tur kunde påverka deras resultat. Det är viktigt att ögonsjuksköterskan observerar hur patienten sitter under undersökningens gång och pausar om patienten verkar sitta obekvämt (Heijl & Patella, 2002; Montolio et al., 2012; Sample et al., 2011). Viktigt är det även att poängtera för patienten hur de kan pausa undersökningen om det blir jobbigt och att detta faktiskt är acceptabelt (Heijl & Patella, 2002).

Konklusion

Pilotstudien visar att patienter som genomgår en synfältsundersökning upplever flera delar av undersökningen som jobbiga samtidigt som de överlag ser positivt på tillfället. Fem huvudkategorier framträdde: Upplevelse av rädsla och oro för den egna prestationen och resultatet, Svårt med fokusering, Patientens upplevelse av information, Känsla av trygghet och Kroppsligt obehag.

Det framkom att känslor som rädsla och oro främst grundades på att inte prestera bra vid synfältsundersökningen och risken för en försämring i sin sjukdom. Patienterna upplevde synfältsundersökningen som jobbig och påfrestande. Det var svårt att fokusera och tillslut var det svårt att avgöra om ljusprickarna var inbillning eller inte. Informationen inför undersökningen ansågs vara bra även om önskan till ytterligare informationskällor fanns. Dock var den generella uppfattningen att information om resultatet var bristfälligt. Då alla patienter gjort undersökningen vid tidigare tillfälle gav detta en känsla av trygghet, de kände sig även trygga i miljön och med ögonsjuksköterskan. Majoriteten av patienterna upplevde det som obekvämt och icke patientvänligt att sitta i synfältsapparaten. Detta i sin tur upplevdes som en faktor som eventuellt kunde påverka deras koncentration och därmed även resultatet.

Nyttan med pilotstudien är att ge sjuksköterskor och läkare information om hur patienten kan uppleva en synfältsundersökning, hur detta kan påverka resultatet av undersökningen och vilka effekter detta kan ge. Det är viktigt att ögonsjuksköterskor är medvetna om vad patienten upplever som svårt, att de också är införstådda med den inverkan detta kan ha på resultatet av synfältsundersökningen. Pilotstudien visar också på hur viktig roll informationen spelar. Här finns flera konkreta förslag till förbättringar, exempelvis skriftlig information att läsa medan patienter väntar och att patienten får muntlig feedback, helst i anslutning till besöket. Bättre ergonomi (bättre stol) under undersökningen. Bemötandet från personalen visar sig vara en viktig faktor för patienten, något som säkerligen går att utveckla för att få bättre patienttillfredsställelse. Det är viktigt med kontinuerlig utbildning av personal som utför synfältsundersökningar. Detta för att hålla kunskapen aktuell och minska risken att göra allt på rutin utan eftertanke.

Framtida forskning i form av en fullskalig studie om patientens upplevelse av synfältsundersökningstillfället skulle öka tillförlitligheten av resultatet och även ge ytterligare kunskap om hur hälso- och sjukvårdspersonal kan underlätta undersökningen för patienten. Det behövs mer forskning kring området som även är riktat mot ögonsjuksköterskans upplevelse. Det vore att rekommendera att även göra en studie för att ta redan på vad ögonsjuksköterskans upplevelse av synfältsundersökningstillfället är, hur

de upplever patientens medverkan. Intressant att veta om deras upplevelse är densamma som patientens. Resultatet från en sådan studie skulle kunna tillföra ytterligare kunskap om hur patientens medverkan vid synfältsundersökningen kan underlättas. Kan kunskapen inom detta öka skulle det även kunna leda till att patienten inte behöver komma på lika många återbesök på grund av otillförlitliga resultat eller dålig medverkan vid synfältsundersökningen, vilket i sin tur skulle kunna minska på köerna för de patienter som väntar på en synfältsundersökning.

Referenser

- Amber, I., & Fiester, A. (2013). Communicating Findings: A Justification and Framework for Direct Radiologic Disclosure to Patients. *American Journal of Roentgenology*, 200, 586-591.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium (2:a upplagan)*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Audulv, Å., Asplund, K., & Nordbergh K-G. (2012). The Integration of Chronic Illness Self-Management. *Qualitative Health Research*, 22(3), 332-345.
- Bengtsson, B., & Heijl, A. (2000). False negative responses in glaucoma perimetry: Indicators of patient performance or test reliability? *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, 41, 2201-2204.
- Brown, G. C., Brown, M. M., Sanjay, S., Stein J. D., Roth, Z., Campanella, J., & Beauchamp, G. R. (2005). The burden of age-related macular degeneration: a value-based medicine analysis. *Transactions of the American Ophthalmological Society*, 103, 173-184.
- Casson, J., Chidlow, G., Wood, J., Crowston, J., & Goldberg, I. (2012). Definition of glaucoma: clinical and experimental concepts. *Clinical and Experimental Ophthalmology*, 40, 341-349. doi: 10.1111/j.1442-9071.2012.02773.x
- Chan, E. A., Jones, A., Fung, S., & Wu, S. C. (2011). Nurses' perception of time availability in patient communication in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1168-1177.
- De Guzman, A., Santos, C. I., Santos, I. B., Santos, J. A., Santos, J. E., Santos, J. M., & Santos, V. E. (2012). Concept of care, Caring Expectations, and Caring Frustrations of the Elderly Suffering from Chronic Illness. *Educational Gerontology*, 38, 299-313. doi: 10.1080/03601277.2010.544586
- Dowrick, C., Dixon-Woods, M., Holman, H., & Weinman, J. (2005). What is chronic illness. *Chronic Illness*, 1, 1-6. doi: 10.1177/17423953050010010801
- European Glaucoma Society (2008). *Terminology and Guidelines for glaucoma (3:e upplagan)*. Savona: Editrice Dogma.
- Glen, F., Crabb, D., & Garway- Heath, D. (2011). The direction of research into visual disability and quality of life in glaucoma. *BMC ophthalmology*, 11:19, 1-6.
- Gillham, B. (2008) *Forskningsintervjun: Tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur.

- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Heijl, A., Alm, A., Bengtsson, B., Bergström, A., Calissendorff, B., Lindblom, B., & Lindén, C. (2011). *Riktlinjer för glaukomsjukvården*. Malmö: Bäcklund Media.
- Heijl, A., & Patella, V. M. (2002). *Essential Perimetry* (3:e upplagan). Jena: Carl Ziess Meditec Inc.
- Ivanoff, S. D. & Sonn, U. (2005). Assistive devices in activities of daily living used on persons with age-related macular degeneration: A population study of 85-year-olds living at home. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12, 10-17.
- Kutzko, K. E., Brito, C. F., & Wall, M. (2000). Effect of Instructions on Conventional Automated Perimetry. *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, 41, 2006-2013.
- Kvåle, K., & Synnes, O. (2013). Understanding cancer patients' reflections on good nursing care in light of Antonovsky's theory. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 814-819.
- Long, T., & Johnson, M. (2000). Rigour, reliability and validity research. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 4(1), 30-37.
- Lundman, B., & Graneheim, U.H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. (s.159-171). Lund: Studentlitteratur.
- Montolio, F. G. J., Weeselink, C., Gordijn, M., & Jansonius, N. M. (2012). Factors that influence standard automated perimetry test results in glaucoma: Test reliability, technician experience, time of day, and season. *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, 53(11), 7010-7017. doi:10.1167/iovs.12-10268.
- Moore, L. W., & Miller, M. (2003). Older men's experiences of living with severe visual impairment. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 10-18.
- Moerenhout T., Borgermans L., Schol S., Vansintejan J., Van De Vijver E., & Devroey D. (2013). Patient health information materials in waiting rooms of family physicians: do patients care? *Dove Press journal: Patient Preference and Adherence*, 2013(7), 489 – 497.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2013). *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Quigley, H. A. (2011). Glaucoma. *The Lancet*, 377(9774), 1367-1377. doi:10.1016/S0140-6736(10)61423-7.

Riksföreningen för ögonsjukvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2009). *Kompetensbeskrivning*. Hämtad 2013-09-08, från <http://www.swenurse.se/Sektioner-och-Natverk/Riksforeningen-for-ogonsjukvard/Om-oss/Kompetensbeskrivning/>

Roper, M. L. (2010). "I Want To See The Doctor": Meeting Patients' Expectations in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 36(6), 562-567. doi: 10.1016/j.jen.2010.01.009

Sample, P. A., Dannheim, F., Artes, P. H., Dietzsch, J., Henson, D., Johnson, C. A., ... Wall, M. (2011). Imaging and Perimetry Society Standards and Guidelines. *Optometry and Vision Science*, 88(1), 4-7.

SFS 2003:460. *Om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Sheldon, L. K., & Ellington, L. (2008). Application of a model of social information processing to nursing theory: how nurses respond to patients. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 388-398.

Sherafat, H., Spry, P. G. D., Waldock, A., Sparrow, J. M., & Diamond, J. P. (2003). Effect of a patient training video on visual field test reliability. *The British Journal of Ophthalmology*, 87, 153-156.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2014-03-25, från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Spaeth, G., Walt, J., & Keener, J. (2006). Evaluation of Quality of Life for Patients with Glaucoma. *American Journal of Ophthalmology*, 141, 3-14.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2008). *Öppenvinkelglaukom (grön starr)- diagnostik, uppföljning och behandling*. Stockholm.

Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS). (2011). *Information om glaukom (Videofil)*. Hämtad 2014-06-03, från <http://www.youtube.com/watch?v=Mg3fait4SP4>

Telford K., Kralik D., & Koch, T. (2006). Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 55(4), 457-464.

Vetenskapsrådet. (2013). *CODEX-regler och riktlinjer för forskning. Forskning som involverar människan*. Hämtad 2013-09-08, från <http://codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>

WMA. (2013). *WMA Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2013-12-02, från [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])

Wu, P. X., Guo, W. Y., Xia, H. O., Lu, H. J., & Xi, S. X. (2010). Patients experience of living with glaucoma: a phenomenological study. *Journal of advanced nursing*, 67, 800-810.

Årestedt, L., Persson, C., & Benzein, E. (2013). Living as a family in the midst of chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 29-37.

Bilaga A

Informationsbrev angående deltagande i studien om: Patientens upplevelse av att genomgå en synfältsundersökning

Du inbjuds härmed att delta i en studie där syftet med studien är att beskriva patientens upplevelse av att genomgå en synfältsundersökning. Patienter som genomgår synfältsundersökning kan ibland uppleva svårigheter att genomföra undersökningen. Detta kan leda till otillförlitliga resultat och upprepade undersökningar. Vi som kontaktar dig är ögonsjuksköterskestudenter vid Högskolan i Halmstad och har som förhoppning att ta reda på hur Du som patient upplever synfältsundersökningen och vad orsaken till eventuella svårigheter kan vara.

Klinikchefen på XXX har gett oss tillåtelse att tillfråga dig om Du vill delta. Att just Du blivit utvald, är för att Du kommer för din andra eller tredje synfältsundersökning och är mellan 50-80 år. Om du väljer att delta så önskar vi att du stannar kvar efter ditt besök för en intervju. Den sker i ett avskilt rum och kommer att ta cirka 15-20 minuter. Intervjun kommer att spelas in för att senare skrivas ut och analyseras. Du kommer att bli kontaktad per telefon efter cirka en vecka av en sjuksköterska från kliniken och då får du även muntlig information samt möjlighet att bekräfta om du vill delta eller ej.

All insamlad data behandlas anonymt, vilket betyder att Du som enskild individ inte kan identifieras vid presentationen av studiens resultat. Ansvarig för studien är Högskolan i Halmstad. Dina svar och resultat kommer att avidentifieras och förvaras inlåsta på ögonkliniken så obehöriga ej kan ta del av dem.

Resultatet av studien kommer att presenteras i en magisteruppsats. Uppsatsen kommer också att publiceras elektroniskt på DiVA, bibliotekets databas på Högskolan i Halmstad. Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att orsak behöver anges. Om du inte vill delta i studien eller av någon orsak väljer att avbryta kommer det inte att påverka övriga undersökningar och/eller behandlingar vid kliniken.

Om Du har några frågor och/eller funderingar efter intervjun är Du välkommen att kontakta någon av oss eller vår handledare.

Med Vänliga Hälsningar:

Student:	Ann-Katrin Johansson	Linda Moberg	Annika Bengtsson
Tele nr:	XXX	XXX	XXX
E-mail:	XXX	XXX	XXX

Högskolan Halmstad, Sektionen för hälsa och samhälle

Handledare:

Marie Lydell, Universitetslektor

Högskolan Halmstad, Sektionen för hälsa och samhälle.

Tel: XXX

Patientens upplevelse av att
genomgå en
synfältsundersökning

Samtycke till deltagande

Härmed ger jag mitt samtycke till deltagande i studien:
Patientens upplevelse av att genomgå en
synfältsundersökning.

Jag har läst igenom den skriftliga informationen om
studien och dess syfte som skickats till mig och är
införstådd med att deltagandet är helt frivilligt. Jag har
även fått eventuella frågor besvarade.

XXX / /

Underskrift Deltagare

Namnförtydligande

Underskrift Intervjuare

Namnförtydligande

Frågeguide

1. Hur upplevde du undersökningen?
2. Vilken information fick du innan undersökningen?
3. Hur kände du inför undersökningen?
4. Vad hade du mer velat veta innan undersökningen?
5. Vad hade du för förväntningar inför undersökningen?
6. Vad har du för kännedom om synfältsundersökning, ex varför den görs?
7. Vad fick du för information om resultatet av undersökningen?
8. Finns det något du skulle vilja ändra på till nästa synfältsundersökning?

Följdfrågor som kan ställas är:

Kan du berätta mer?

Hur menar du då när du säger....?

Vad det något speciellt du tänkte på då?

Annika Bengtsson, 38 år, blev färdig sjuksköterska 2003 och har jobbat på kirurgen och ortopederna. Har utbildat sig till ögonsjuksköterska via distansutbildning på Högskolan i Halmstad och jobbar för närvarande på ögonmottagning.

Ann-Katrin Johansson, 33 år, blev färdig sjuksköterska 2003 och har jobbat på neurologen, neurorehab och inom ögonsjukvården. Har utbildat sig till ögonsjuksköterska via distansutbildning på Högskolan i Halmstad och jobbar för närvarande på Scanloc Health Care.

Linda Moberg, 38 år, blev färdig sjuksköterska 1999 och har jobbat på stroke-rehab, barnmedicin och inom ögonsjukvården. Har utbildat sig till ögonsjuksköterska via distansutbildning på Högskolan i Halmstad och jobbar för närvarande på ögonavdelning.



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se