



**STICKRÄDDA: RAPPORTERADE  
UPPLEVELSER FRÅN HÄLSO- OCH  
SJUKVÅRD**

**FEARING NEEDLES: REPORTED EXPERIENCES  
FROM A HEALTH CARE SETTING**

Examinationsdatum: 2013-09-23

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Kurs: 39

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Författare: Ida Anttila

Martin Henriksson

Handledare: Britten Jansson

Examinator: Margareta Westerbotn

## **SAMMANFATTNING**

### **Bakgrund**

Stickrädsla upplevs av var tionde person där rädsla kan beskrivas som en irrationell eller överdriven reaktion på en uppfattad hotande situation. Orsaken till rädslan beskrivs bero på ärftlighet och/eller inläring, där symtomen som förekommer är framförallt av vasovagal karaktär. Vårdpersonalen har betydelse vid hantering av stickrädda personer, där en kompetent och lugn personal kan förmedla trygghet till patienten.

### **Syfte**

Syftet var att beskriva stickrädda personers upplevelser av vården vid stickrelaterade ingrepp.

### **Metod**

En kvalitativ forskningsmetod med en semistrukturerad intervjuguide användes där inklusionskriterier inkluderade en ålder mellan 18- 65 år, anser sig lida av stickrädsla och inneha erfarenheter av stickrelaterade ingrepp. Convenience sampling samt snowball sampling användes som datainsamlingsmetod. En intervjuguide skapades och testades med två pilotintervjuer där totalt åtta intervjuer genomfördes och spelades in med ljudbandspelare. Alla intervjuer transkriberades och analyserades.

### **Resultat**

Bemötande och omvårdnadsåtgärder kunde underlätta stickrädseln samt bli tagen på allvar av vårdpersonalen upplevdes positivt. Distraction fungerade med fördel för att hantera stickrädseln, samt information om stickrädseln och symtom. Tid gav möjlighet till mental förberedelse. Negativa upplevelser var en känsla av utsatthet och obehag inför situationen, vårdpersonalens okunskap och oförståelse. Oro förelåg hos informanterna att vårdpersonalen skulle misslyckas och behöva gräva efter vener. Vårdpersonalen kunde uppfattas som omänskliga när tid inte gavs till förberedelse.

### **Slutsats**

Upplevelserna av vården varierade bland informanterna, oro och ångest kan infinna sig både innan och efter ett besök hos hälso- och sjukvården. Bemötande och kompetens kunde underlätta stickrädseln, där distraction fungerade väl. Upplevelser beskrevs där det var av vikt att bli sedd och inte negligerad. Tid och kunskap hos vårdpersonalen efterfrågades av informanterna.

**Nyckelord:** Stickrädsla, stickrelaterade ingrepp, upplevelser, vårdpersonal, distraction.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

## SAMMANFATTNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Stickrädsla	1
Vårdmiljö och bemötande	4
Sjuksköterskans ansvar	4
Hantering av stickrädsla	5
Konsekvenser av stickrädsla	6
<b>SYFTE</b>	<b>6</b>
<b>METOD</b>	<b>6</b>
Inklusionskriterier	6
Datainsamling	7
Genomförande	8
Databearbetning	9
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	<b>10</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>11</b>
Positiva upplevelser	12
Negativa upplevelser	13
Förbättringsförslag	15
<b>DISKUSSION</b>	<b>16</b>
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
Slutsats	20
<b>REFERENSER</b>	<b>21</b>
<b>BILAGA I-III</b>	

## **INLEDNING**

Som sjuksköterskestudent under verksamhetsförlagd utbildning har flertalet situationer där nålstick vid antingen läkemedelsadministrering eller blodprovtagning varit en befintlig uppgift.

Stickrelaterade ingrepp är en uppgift som behöver teoretisk och praktisk kunskap för att behärska och förekommer frekvent i en sjuksköterskas vardag (Björkman & Karlsson, 2008). Begreppet stickrelaterade ingrepp innefattar hudpunktion genom ett stick med en nål, exempelvis som vid vaccination eller venpunktion (Finnström, Käck & Söderhamn, 2011).

Inom hälso- och sjukvård förekommer medicinsk teknik i stor utsträckning och används vid de flesta sjukdomstillstånd. Det kan leda till att patientkontakten kan få en roll i bakgrunden vid medicintekniska vårdssituationer, omvårdnaden blir då lidande, vilket blir tydligt när det gäller stick och stickrädsla. Det finns en risk att prioritet ligger på att utföra enbart själva sticket, vilket kan negligera hanteringen av patientens rädsla. Vid epidemiologiska studier har det visat sig att stickrädsla är vanligt förekommande (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2005), vilket motiverar ett genomförande av denna studie samt indicerar utbildning i hur sjuksköterskan ska ta hand och bemöta om patienter med den här rädslan. Förhoppningen är att genom en kvalitativ metod ge inblick i hur den stickrädda patienten upplever vården, där vården avser vårdpersonalens omvårdnad och vårdmiljön. Information kan utövande sjuksköterskor sedan dra nytta utav vid mötet med den stickrädde patienten.

Stickrädsla och nålfobi är två begrepp som är nära besläktade; att lida av en fobi innebär att ha en irrationell rädsla för specifika objekt eller situationer av olika slag (Egidius, 2008). I föreliggande studie kommer begreppet nålfobi innebära enbart diagnosen nålfobi som den specifika fobin som står att finna under blod-injektions och skade- fobi i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMV-IV) (American Psychiatric Association, 2000). När användandet av begreppet stickrädsla omnämns avses en allmän rädsla för nålar; begreppet innesluter på så vis även nålfobi, men är mindre specifikt.

## **BAKGRUND**

### **Stickrädsla**

Rädsla för nålar är ett inte sällan förekommande fenomen då var tionde människa beräknas uppleva stickrädsla enligt en finsk studie genomförd av Nikunen (2007). Resultatet stöds av Hamilton (1995) som beskriver stickrädsla bland den amerikanska befolkningen. Det är således ett problem i hälso- och sjukvården där ett tidigare antagande har varit att stickrädsla i synnerhet endast upplevs av barn. Hamilton (1995) menar att problemet även omfattar vuxna och kan leda till att dessa personer undviker sjukvården och behandlingar. Andrews och Shaw (2010) beskriver att det kan bli ett dubbelt lidande, där det innebär både rädsla och eventuella hälsorisker. Det framkommer i Bienvenu och Eatons (1998) studie att den beräknade medianåldern för när nålfobi börjar redan vid 5,5 års ålder. Förutom en generell tidig debut av stickrädsla förekommer det i lika stor omfattning hos kvinnor och män (Ottosson & D'elia, 2008).

International Classification of Diseases (ICD-10) är ett diagnosverktyg för sjukdomar utvecklat av Världshälsoorganisationen (WHO) varav 10 står för den senaste upplagan (World Health Organisation, 2013).

DSM- IV som har utvecklats av den amerikanska psykiatriska föreningen används för att klassificera psykiatriska sjukdomar, i sin senaste upplaga nummer fyra (SBU, 2005). Diagnosverktygen är väl etablerade, varav i den amerikanska DSM- IV finns en kategori som inkluderar fobier som har en nära relation till varandra vad gäller stickrädsla, vilken är blodinjektions och skade- fobi som är en undergrupp till specifika fobier (Ottosson, 2009).

## Rädsla

Rädsla innebär en grundläggande reaktion på upplevelser på fara eller hot om skada som i ett senare skede kan utvecklas till panik vilket resulterar i flykt från situationen. Två faktorer som påverkar den fortsatta reaktionen samt dess uttryck, där komplexiteten och hur vida individen har mer eller mindre kontroll över det som inträffar är av betydelse. Reaktionen på den upplevda rädslan kan ta uttryck i olika former om flykt, kamp, rationalitet och analys eller en så kallad mental blockering där individen fryser till inför faran eller hotet. Vidare beskrivs två ytterligare en möjlig reaktion där faran istället möts av riskfyllt övermod (Egidius, 2008). Rädslan inför en hotande situation kan tyckas vara överdriven eller irrationell, men härrör i olika grad från evolutionshistorien och människans överlevnadsinstinkt menar Leahy (2009).

## Fobi

Fobi är enligt Egidius (2008) en irrationell rädsla som uppstår vid särskilda situationer som inte kan hindras av resonabla förklaringar. Vid fobier kan rädslan inför hotet vara oproportionerligt stor och ångest kan förekomma redan innan en situation som utlöser denna överdrivna rädsla vilket kan medföra ett undvikande beteende (Ottosson, 2009). Undvikande av situationen är karakteristiskt för fobier, även om somliga individer väljer att genomgå situationen vid vissa tillfällen (SBU, 2005). Den irrationella komponenten vid den ångestgivande situationen kan den fobiska mycket väl vara medveten om menar Egidius (2008), även om det i stunden uppfattas som en verklig fara av påtaglig proportion.

Nålfobi (belonefobi) och blodfobi (hemofobi) är tillstånd som även kan associeras med en samtidig rädsla för nålens storlek, smärta vid sticket och att se när andra utsätts för ett nålstick (Nir, Paz, Sabo & Potasman, 2003). Denna fobi eller rädsla kan sedan manifesteras sig på olika sätt och är associerad till olika fysiologiska symtom som respons på denna rädsla som både kan ärvas och läras (Hamilton, 1995). Utvecklas en rädsla för nålar kan den även komma att inkludera det som för associeras till nålar vilket då kan innebära en rädsla för läkare, sjuksköterskor och sjukhusmiljö (Andrews, 2011).

## Symtom

De fysiologiska symtom som förekommer vid stickrädsla kan uppkomma i två faser, som benämns som en bifasisk reaktion där rädslan inledningsvis ger upphov till takykardi och hypertension (Sand, Sjaastad, Haug & Bjälje, 2006).

Den inledande reaktionen kan uppstå redan innan den situation som framkallar rädslan. Sedan sker en förändring av tillståndet när individen utsätts för rädslan, takykardi och hypertension övergår till bradykardi och hypotension. Reaktionen benämns som en vasovagal reflex som genom vagusnerven sänker pulsen och blodtrycket och kan då orsaka att den stickrädde individen svimmar, eftersom blodet inte i tillräcklig grad kan försörja hjärnan (Sand et al., 2006).

Hamilton (1995) menar att reflexen kan vara ärftlig, och att individen som upplever symtomen vid ett nålstick sedan kan utveckla en nålfobi och således även en rädsla för att svimma. En initial ökning av puls och blodtryck som sedan övergår i en sänkning förekommer inte alltid vid andra fobier i samma utsträckning, som den gör vid kategorin blod-injektions och skade- fobi.

Ottosson (2009) beskriver att en bakomliggande teori till den vasovagala reaktionen är att den evolutionärt skulle öka individens överlevnadschanser genom att det som är orörligt och inte visar tecken på liv är ointressant för rovdjur. Den bifasiska reaktionen skulle därför kunna vara fördelaktig i det förflutna men har nu förlorat sin funktion.

Ottosson och D'elia (2008) beskriver den typiska vasovagala reaktionen för fobin skulle kunna bero på att hjärnan uppfattar skadan, det vill säga nålsticket som farlig och reagerar då felaktigt på denna information och framkallar då låg puls och blodtryck för att hålla ned blödningen. Förutom den vasovagala reflexen vilket dock inte alltid, men ofta föregås av takykardi och hypotension förekommer kliniska tecken som blekhet, ökad perspiration, skakningar, tinnitus, EKG- förändringar och svimning. Enligt Hamilton (1995) kan mer allvarliga konsekvenser även förekomma i form av asystoli och död. Vid situationer som framkallar rädsla ökar nivåerna av stresshormoner blodet, bland annat katekolaminer och renin och individen kan känna sig illamående och yr.

### Uppkomst till stickrädsla

En individ som lider av en fobi under kategorin blod-injektions och skade- fobi har även ofta en nära släkting med samma problematik (Hamilton, 1995). Den vasovagala reflexen tenderar också att finnas hos nära släktingar som en ärftlig komponent, vilket Hamilton menar styrker hypotesen om ärftlighet samt att nivån av stresshormoner som stiger vid den utlösande faktorn för rädslan. Denna rädsla eller fobi tenderar också att utvecklas och bli starkare med tiden vilket enligt Ottosson (2009) sker genom processen inläring, vilket även inkluderar debut av fobin. Inläring beskrivs även av Leahy (2009) som menar att när en rädsla har infunnit sig utvecklas ett undvikande beteende för rädslan, och genom att undvika rädslan belönas individen med att vara mindre rädd. Enligt Ottosson (2009) kan negativa vårderfarenheter inverka på individens fortsatta upplevelser vid stickrelaterade ingrepp.

Fobi för nålar kunde ha sin härkomst i tidigare obehagliga erfarenheter, som negativa vårdupplevelser som involverade nålar eller stick (Andrews, 2011). Fobier kan dock uppträda utan att individen har varit i situationer där stickrelaterade ingrepp har förekommit (Ottosson, 2009).

I Nikunen (2007, s. 1) uppger en stickrädd elev vid en vaccination i skolan: ”Hon jagade mig längs mottagningsrummet med sprutan och kompisarna hejade på. Till slut fick läraren tag i mig och jag vaccinerades med våld. Det ger fortfarande kalla kårar, påminner hon sig.” Individen kan få ångest som beskrivas med en stark olustkänsla och ångslighet (SBU, 2007). Därtill ses även panikattacker där rädslan upplevs intensivt med bland annat stegrande puls och andnöd, med en samtidig känsla av att omedelbart avlägsna sig från situationen (SBU, 2005).

## Vårdmiljö och bemötande

När en individ ankommer till en tidigare okänd vårdinrättning plockar personen upp en känsla av den atmosfär som föreligger på platsen, denna känsla kan i sin tur ge upphov till om personen känner sig bekväm eller inte (Edvarsson, 2008). Enligt Edberg och Wijk (2009) består en god vårdmiljö av den rent fysiska miljön samt vilka människor som är i miljön och hur dessa beter sig. Edvarsson, Sandman och Rasmussen (2005) beskriver att patienter kan uppleva en förfallen miljö som ett tecken på att ingen kommer att bry sig om dem, eftersom ingen bryr sig om miljön.

Vidare nämner Edberg och Wijk (2009) att vårdgivaren behöver minska patientens känsla av att vara en belastning, detta kan göras genom att vårdgivaren är frikostig och generös med sitt beteende gentemot patienten; de ska uttrycka en känsla av gästfrihet.

Enligt Ottosson (1999) underlättas vårdsituationen om vårdpersonalen uppfattar och berör de känslor som patienten uppvisar och menar att både samarbete och informationsbyte förbättras. Holm (2009) omtalar detta och menar att det dock förekommer att vårdpersonal förbiser dessa känslor för att det skulle leda till att mycket tid skulle gå åt, och att det även kunde bero på traditioner inom vården. Förtroendet för vårdpersonalen är även av betydelse belyser Edvardsson et. al (2005), vilken kan äventyras om patienten uppfattar osäkerhet eller nervositet hos dessa medan en lugn och kompetent personal kunde förmedla en känsla av trygghet till patienten.

## Sjuksköterskans ansvar

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning ingår det i den legitimerade sjuksköterskans uppgift att observera patientens lidande och symtom på sjukdom för att genom lämpliga omvårdnadsåtgärder tillgodose psykiska, fysiska, andliga och kulturella behov som kan uppstå under vårdperioden (Socialstyrelsen [SoS], 2005). Omvårdnadens teori och praktik ingår i sjuksköterskans huvudsakliga arbetsområden (SoS, 2005). Målet är att genom åtgärder förbättra sjuka eller lidande personers välbefinnande och motverka obehag. Den som är i behov av omvårdnad får individuell hjälp av utbildad personal som ska bidra till återställande av hälsa. Vid de tillfällen där det inte är möjligt ska omvårdnaden istället se till att personens bortgång blir värdig, rofylld och utefter kulturella förutsättningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Inom omvårdnaden arbetar sjuksköterskan enligt omvårdnadsprocessen; bedömning, planering, genomförande och utvärdering. Sjuksköterskor ställer även egna diagnoser som benämns som omvårdnadsdiagnoser, dessa skiljer sig från medicinska diagnoser genom att de inte ligger till grund för medicinska beslut utan mer på omvårdnadsbehoven hos patienten (Herdman, 2011).

Oberoende av vilken yrkeskategori som utför det stickrelaterade ingreppet är dennes attityd mot patienten av vikt för att lindra patientens upplevelser av situationen, som i fallen med stickrädsla ofta innefattar skräck och ångest. Intagande av en attityd där problemet ignoreras förvärrar situationen. "Skötesynd att underskatta rädslan" berättar en pensionerad laboratorieskötare från Lojo med 40 års erfarenhet i studien av Nikunen (2007, s 1).

## **Hantering av stickrädsla**

Det finns flera metoder som kan tillämpas av vårdaren vid stickmomentets utförande för att hantera patientens stickrädsla. Patienten ska försäkras om att stickrädsla är något vanligt förekommande och bör i samband med detta få utbildning i prevalens, hur det uppstår och vad det går att tillämpa för metoder för att lindra det (Hamilton, 1995). Smärtlindring och andra hjälpmedel kan underlätta för provtagaren; användning av lokalbedövning för att lindra smärtan eller värme för att få fram tydligare kärl. Eftersom rädsla kan påverka människor på olika sätt, exempelvis genom en vasovagal reaktion är det vårdgivarens uppgift att oavsett situation hantera denna utifrån sin yrkeskompetens (Nikunen, 2007).

Det krävs en tekniskt kunnig vårdare som ska kunna utföra åtgärden och samtidigt stödja patienten. En utgångspunkt är att vårdgivaren ska vara lyhörd till patientens önskemål om hur ingreppet ska gå till och sedan anpassa sig efter det (Nikunen, 2007).

### Stöd

Vårdgivaren kan i den mån det är möjligt se till att minimera den mängd stickrelaterade ingrepp som patienten måste genomgå; detta för att minimera mängden vasovagala reaktioner och stärka patientens vilja att söka sig till hälso- och sjukvården (Hamilton, 1995). När ingreppet ska utföras och patienten känner igen att denne är på väg att få ett blodtrycksfall kan benen placeras i högläge och patienten ombedes att spänna musklerna i armar, bröst och ben, detta för att öka det venösa återflödet och bidra till en adekvat cerebral perfusion vilket minskar risken för synkopé (Ottosson, 2009).

### Läkemedel

Farmakologisk intervention kan också vara indicerat för att minimera risken för stickrelaterade konsekvenser. Bensodiazepiner eller andra lugnande medel kan ges som oral premedicinering (Sokolowski, Giovannitti & Boynes, 2010). Exempel på bensodiazepiner är Diazepam och Lorazepam vilka har en lugnande och ångestdämpande effekt (FASS, 2012). Dosering är individuellt baserat på ålder och typ av ingrepp (FASS, 2012). Effektiviteten av farmakologisk intervention gällande specifika fobier, inklusive stickrädsla är debatterad enligt SBU (2005) och dess effektivitet kan inte stödjas, inom området krävs mer forskning för att kunna säkerställa behandlingseffektivitet. Lokalanestetika kan även användas för att mildra smärtan då huden punkteras, exempel på detta är EMLA (Arrowsmith & Cambell, 2000) som kan appliceras som ett plåster eller kräm och ska sitta på i 60 minuter innan sticktillfället (FASS, 2012).

### Terapi

På lång sikt har behandlingsterapi med exponering där patienten lär sig hantera det som utlöser rädslan varit den enda metod som kunnat säkerställas som effektiv och patienter har visat sig helt återställda i upp till ett år efter avslutad behandling (SBU, 2005). Exponeringsterapi görs i samråd med en terapeut och en trappa av situationer som utlöser rädslan görs upp, där den enklaste situationen är i botten och toppen kan till exempel innebära att skriva upp sig som blodgivare för en stickrädd eller blodrädd patient (Ottosson, 2009).



## **Konsekvenser av stickrädsla**

Konsekvenser som stickrädsla kan medföra kan exempelvis inkludera att patienter med diabetes undviker att ta sitt insulin, att en person drabbad av cancer undviker operation och kvinnor undviker att bli gravida för att slippa komma i kontakt med hälso- och sjukvården. (Ottosson, 2009). Därmed kan stickrädslan innebära negativa konsekvenser vid behandling av olika sjukdomstillstånd, krävs hög stickfrekvens för behandling kan det leda till en försämrad compliance enligt Kabadi (2008). Stickrädsla är nära besläktad med en rädsla för blod (hemofobi) och kan i somliga fall leda till att de drabbade också undviker TV-program om sjukvård och medicin, sjuka människor samt är mindre benägna att välja vårdutbildningar som exempelvis läkare eller sjuksköterska. (Ottosson, 2009).

Stickrädsla kan även ge upphov till en irrationell tandvårdsrädsla (Ottosson, 2009) vilket enligt SBU (2005) kan ge upphov till en försämrad oral hälsa som i sin tur kan leda till estetiska avvikelser och möjlig försämrad självkänsla och psykiska problem.

En överdriven skräck för stickrelaterade ingrepp kan få negativa konsekvenser för vårdtagarens hälsa på lång sikt då denne undviker vårdssituationer där vård annars skulle vara nödvändig (Ellinwood & Hamilton, 1991). Eftersom stickrädsla kan utvecklas från låg ålder kan personer bli utan vård i många år och med detta som grund är det inte otänkbart att det finns stora dolda populationer som går utan regelbunden sjukvård (Hamilton, 1995).

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva stickrädda personers upplevelser av vården vid stickrelaterade ingrepp.

## **METOD**

För att beskriva stickrädda personers upplevelser av vården vid stickrelaterade ingrepp valdes en kvalitativ forskningsmetod. Valet av metod grundades på att i föreliggande studie efterfrågas en djupare förståelse och insikt av personens upplevelser, det vill säga deras subjektiva beskrivningar med deras egna ord (Polit & Beck, 2011).

## **Inklusionskriterier**

Inklusionskriterier utformades vid urval av informanter som skulle vara mellan 18-65 års ålder, lida av stickrädsla samt inte ha någon nära relation till författarna, informanterna skulle även ha erfarenhet av situationer där stickrelaterade ingrepp förekommit, för att kunna besvara studiens syfte. Målgruppen var vuxna individer med stickrädsla vilket motiverade informanternas ålder (Polit & Beck, 2011). Stickrädsla definierades under studiens genomförande utifrån ett antal påståenden som informanten fick ta ställning till i förväg, se bilaga 1.

Minst ett av sju påståenden skulle besvaras med ett ja för att möta de uppsatta kriterierna som stickrädd. Inklusionskriterierna innehöll frågor om informanten någon gång hade undvikit vården på grund av sin rädsla, om denne någon gång upplevt fysiska eller psykiska symtom i samband med ett stickrelaterat ingrepp, i vilken utsträckning denne brukade meddela vården om sin rädsla, om det förelåg något behov för denne att ha med sig en vän eller anhörig vid ett stickrelaterat ingrepp samt om denne tyckte det var obehagligt att se när andra får en spruta eller tar ett blodprov. Förutom att uppfylla uppsatta inklusionskriterier skulle även informanterna kunna förstå svenska eller engelska i tal och skrift.

Språkvalen baserades på författarnas egen språkliga förståelse. Inklusionskriterierna definierades i enlighet med Polit och Becks (2011) riktlinjer.

## **Datainsamling**

Eftersökning av individer att intervjua, så kallade informanter utfördes med hjälp av sociala medier, exempelvis Facebook och elektronisk post (E-post) samt genom sociala kontakter både privat och inom vårdsektorn.

Inledningsvis användes Convenience sampling för att komma i kontakt med stickrädda människor som skulle kunna bidra med ett rikt innehåll. Denna datainsamlingsmetod är enligt Polit och Beck (2011) ett både enkelt och effektivt sätt att initiera sökningen av potentiella informanter. Intentionen var att den information som spreds ut till tänkbara informanter skulle sprida sig vidare och på så vis generera fler intervjuer. Så kallad Snowball sampling användes som komplement vid datainsamling (Polit & Beck, 2011).

## Intervjuguide

En semistrukturerad intervjumetodik användes med stöd av en på förväg skapad strukturerad intervjuguide (Bilaga II). Frågorna utformades med utgång av aktuell forskning inom ämnet samt med syftet i åtanke (Polit & Beck, 2011). Intervjuguiden studerades väl för att bekantas med innehållet innan intervjuerna ägde rum, i enlighet med Trost (2010).

Intervjuguiden skapades med inledande frågor som dessutom hade förslag till uppföljande frågor för att uppmuntra informanten till att berätta fritt om ämnet. Därtill undveks slutna frågor som enbart kunde besvaras med ja eller nej till förmån av öppna frågor, förutom vid inledningen där frågor om informanternas bakgrund ställdes. Vidare utarbetades frågorna för att vara enkla och raka och kunde ändra ordning beroende på vilka svar informanterna gav på tidigare ställda frågor för att inte komma bort från informanternas tankegångar (Trost, 2010).

## Pilotintervju

Inledningsvis genomfördes en pilotintervju med stöd av en utarbetad intervjuguide. Pilotintervjun utvärderades och korrigeringar utfördes i form av två tillagda frågor för att svara mot syftet: ”Berätta om någon situation där du undviker kontakt med vården på grund av din stickrädsla?”, och för att ytterligare utreda om stickrädslan har inneburit ett undvikande beteende tillkom underfrågan ”Har du funderat på blodgivning?” (Kvale & Brinkmann, 2011).

Tillägget utfördes med motiveringen att frågorna ansågs vara ett informationsrikt komplement. Intervjuguiden som sedan testades igen genom en ny pilotintervju krävde inte ytterligare revideringar utan användes fortsättningsvis (Kvale & Brinkmann, 2011). Båda pilotintervjuerna inkluderades i studiens resultat.

## **Genomförande**

Ett missiv skickades via E-post ut till potentiella informanter som redan har tillfrågats vid tidigare tillfälle och visat intresse genom sampling. Inget tillstånd erfordrades för utförandet av föreliggande studie. Missivet presenterade författarna och lärosätet samt innehöll information om studiens syfte och en beskrivning om hur den skulle genomföras, vilket informanten tog del av innan de tog ställning till att medverka i en intervju.

Vidare beskrevs forskningsetiska aspekter i missivet om konfidentialitet samt att informanten kunde retraktera sin medverkan när som helst och utan att uppge anledning (bilaga III). Tillsammans med missivet bifogades samtidigt bilaga II.

### Bortfall

Totalt 11 personer tillfrågades att delta i studien, åtta accepterade förfrågan. Tre avböjde på grund av logistiska problem eller att den potentiella informanten inte hade tid att ställa upp på en intervju. Inga partiska tendenser bland informanterna som föll bort kunde avläsas, vilket Polit & Beck (2011) menar kan förekomma och därmed påverka resultatet. Deltagande var helt frivilligt och helt konfidentiellt, vilket informanten informerades om innan informanten accepterade eller nekade deltagande i studien.

### Miljö och utförande

Intervjuerna genomfördes i lugn miljö exempelvis i informantens hemmet eller Sophiahemmet högskolas lokaler, där störningsmoment minimerades samt med hänsyn till informanternas önskemål. Innan varje intervju påbörjades informerades informanten om syfte och vad det innebär att intervjuas för att kunna ge sitt informerade samtycke. Informanter uppmuntrades att prata fritt kring alla ämnen som uppkom genom intervjuguiden som avslutades med en öppen fråga om informanterna hade något övrigt att tillägga (Kvale & Brinkmann, 2011). Författarna i föreliggande studie presenterade sig som studenter, denna benämning användes både av författarna och informanterna i intervjuerna i enlighet med Polit & Beck (2011). Kvale och Brinkmann (2011) beskriver forskningsintervjun som ett samtal mellan två personer, därför utsågs inför varje intervju en författare som intog en aktiv roll, medan den andra hade en mer passiv roll och antecknade eventuella anteckningar som kunde framkomma. De första minuterna av intervjuerna präglades som Polit och Beck (2011) påpekar är fördelaktigt av mer avslappnat småprat för att göra informanten bekväm i situationen, syftet var att uppnå en förtroendefull atmosfär och minimera den spänning som kunde uppstå. Varje enskild intervju pågick mellan 15 och 35 minuter (Polit & Beck, 2011).

### Inspelning och dokumentering

Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av en ljudbandspelare där det inspelade materialet förvarades säkert på författarnas person tills dess att säkerhetskopiering genomfördes till lösenordsskyddade datorer. Ljudbandsinspelning bestämdes på rekommendation av Polit och Beck (2011) för att säkra att ingenting som sades under samtalet skulle glömmas bort eller distraheras av anteckningar.

Därmed ökade möjligheten till ett aktivt lyssnande och deltagande under intervjuens gång med samtidigt dokumentering som kunde lyssnas igenom vid ett senare tillfälle för analys. Förutom inspelningen togs även Field notes direkt efter varje intervju då de låg närmast i minnet, som Polit och Beck (2011) beskriver är ett sätt att fånga upp tankar och observationer som framkom under intervjun som sedan kunde diskuteras vid bearbetning av materialet.

### **Databearbetning**

När intervjuerna hade genomförts transkriberades ljudfilerna ordagrant och skrevs ut, alla ljud och skratt inkluderades även i transkriberingen för att presentera en trovärdig ljudbild av intervjun som möjligt och därmed underlätta vid analysprocessen.

Transkribering genomfördes snarast möjligast efter varje avslutad intervju, då de var färska i minnet enligt Lundman och Graneheims (2012) rekommendationer.

## Datanalys

Samtliga transkriberades intervjuer lästes och diskuterades av båda författarna till föreliggande studie. Inledningsvis skapades meningsenheter som bestod av representativa meningar från det transkriberade intervjumaterialet från vardera intervju. Vidare kondenserades meningsenheterna till en kortare text där det essentiella i meningsenheten bevarades. Sedan kodades meningsenheterna för att beskriva innehållet som tillslut även kategoriserades i underkategorier och kategorier med andra snarlika koder i enlighet med Lundman och Graneheim (2012). Kategorierna representerade den mest exklusiva abstraktionen och var uttömmande (Krippendorf, 2004). Se tabell 1, exempel på analysprocess.

**Tabell 1.** Exempel på dataanalys.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
... Nä den sprutan den är inte alls, den gör inte ont, och så trycker dem bara. Fast det hjälper ju inte mig nånting.	Sprutan gör inte ont, och så trycker dom bara. Det hjälper inte mig någonting.	Hjälper inte att säga att det inte gör ont	Negativa upplevelser	Upplevelser av vården
Ja den snälla då av dem två exempel jag kommer ihåg, hon kommer jag ihåg, hon märkte, hon frågade mig.	Den snälla kommer jag ihåg, hon märkte och frågade mig	Frågade mig	Positiva upplevelser	

## Tillförlitlighet och trovärdighet

Analysprocessen som användes ger möjlighet till att få svar på föreliggande studies syfte från den text där budskapet om upplevelserna framkommer samt öka begripligheten av materialet (Lundman & Graneheim, 2012) med hänsyn till att lyfta fram trovärdigheten i resultaten. Citat lyftes fram i resultatet, vilket kunde påvisa studiens giltighet och öka trovärdigheten av det som kommit fram under intervjuerna.

Det transkriberade materialet har bearbetats och noggrant analyserats för att kunna uppnå tillförlitlighet och samtidigt ta ställning till möjlighet av tolkning av texten, som Lundman och Graneheim (2008) beskriver kan förekomma.

## **Forskningsetiska överväganden**

### Informerat samtycke

Varje individ som accepterade ett deltagande om att intervjuas informerades och tillfrågades om tillåtelse att spela in intervjun på en ljudbandspelare. Informanten som intervjuades tilldelades information om föreliggande studie för att kunna ge ett informerat- samtycke eller nekande till ett deltagande. Information avsåg den information som tilldelades genom missiv kompletterat med att informanten vid intervjutillfället fick veta var denne kunde vända sig för mer information. Informanten kunde sedan när som helst ångra sin medverkan och behövde inte förklara sitt bortfall ur studien, vilket informerades om innan intervjustart i enlighet med Helgesson (2006).

### Konfidentialitet

Deltagande i studien var helt konfidentiellt det vill säga att ingen information publicerades eller delades med andra parter som kunde identifiera informanterna. Om någon information kunde härledas till en specifik informant användes denna information inte då resultatet presenterades vilket Vetenskapsråden (2011) menar kan styrka konfidentialiteten.

Enligt Helgesson (2006) ska ljudbandsinspelningen och transkription omhändertas på ett säkert sätt för att minimera risken att obehöriga skulle få tag i materialet, vilket utfördes i direkt anslutning till avslutad intervju. Inspelningar och transkriptioner kodades på så vis att informantens namn ersattes med siffror, kodnyckeln förvarades sedan på en säker plats. Vid studiens slut destruerades samtliga ljudfiler och transkriptioner genom att raderas från ljudbandspelare och dator.

Helgesson (2006) påtalar att obehöriga inte bör få tillgång till utskrivna transkriptioner och annat material i pappersform som kunde härledas till specifika informanter, därför makulerades detta efter godkänt arbete.

### Objektivitet

Helgesson (2006) menar att det kan ses som ett övertramp att förändra materialet så att det kommer bättre överrens med det författarnas hypoteser. Det framtagna innehållet förfalskades inte, i den meningen ändrades ingenting i innehållet för att få fram ett annat resultat. En medvetenhet om att det föreligger en risk att själva påverka det som framkommer i en intervju och tolkning av resultatet beaktades kontinuerligt och hölls till allra största minimum. Helgesson (2006) påtalar hederlighet och belyser att referenser och citat ska utföras på ett korrekt sätt för att inte göra sig skyldig till stöld och ge missvisande citat ur sitt sammanhang från andra forskare.

Hänsyn togs till att informanterna inte skulle utsättas för oacceptabla risker vid sitt deltagande vilket Helgesson (2006) påtalar bör göras, vilket utfördes genom att säkerställa att informanten var införstådd med vilka ämnen som skulle komma att samtalas om, och att ett samförstånd rådde mellan alla inblandade.

## RESULTAT

Underkategorier och kategorier skapades i konsensus för att presentera studiens syfte i en strukturerad följd enligt tabell 2. Citat presenteras med indrag och kursiv stil och valdes ut för att ge ytterligare uttryck till resultatet samt för att representera aktuell rubrik.

**Tabell 2.** Schema över underkategorier och kategorier.

<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
Att bli tagen på allvar	Positiva Upplevelser
Vårdpersonalens egenskaper	
Tid	
Vårdpersonalens okunskap	Negativa upplevelser
Oförstående och nonchalans	
Oro	
Vårdpersonalens hantering	Förbättringsförslag
Miljö	

Samtliga informanter hade erfarenhet av flertalet stickmoment under sin livstid vilket involverade vaccinationer, blodprovtagningar, inläggning av perifer venkateter samt epiduralbedövning. Fyra av åtta informanter uppgav att stickrädslan hade funnits så länge de kunde minnas, medan de övriga fyra berättade att det hade vuxit fram över tid eller utlösts av en specifik händelse.

Stickrädslans manifestation bestod av ett antal symtom för varje enskild informant i föreliggande studie i samband med kontakt med hälso- och sjukvården vilket inkluderade kallsvettningar vilket föreföll vara det vanligaste symtomet vid ett stickmoment. Nervositet, orolighet, skakighet och hjärtklappning förekom även i stor utsträckning enligt informanterna. Informanterna uppgav att en känsla av att vara nära till att svimma vid flera sticktillfällen, dock hade endast en informant svimmat i samband med ett stickmoment. Övriga symtom inkluderade obehag, yrsel, gråt, blekhet, snurrande känsla, svartnat för ögonen, spänningar, ångest och en känsla av att falla omkull.

### **Positiva upplevelser**

Vårdpersonalens bemötande och agerande är av betydelse för hur den stickrädde upplever vårdkontakten. Upplevelserna baserades på växlande erfarenheter som sträcker sig från positiva till negativa intryck som i varierande grad påverkat informanterna. Samtliga informanter hade vid något tillfälle upplevt vårdkontakten positivt, där omvårdnadsåtgärder och ett positivt bemötande kunde underlätta stickrädslan.

#### Att bli tagen på allvar

Den generella upplevelsen av att vårdpersonalen tog informanternas stickrädsla på allvar i samband med ett stickmoment var i överlag bra, med vissa undantag. Gemensamt för informanterna om vad som ansågs vara positiva upplevelser vid stickmoment var vårdpersonalens sociala förmåga att hantera situationen, vilket gav en bidragande känsla av att bli tagen på allvar.

Bemötandet utgör det generella intrycket av vården och är en viktig del i den stickräddes upplevelser. Genomgående har informanternas intryck varit bra och även om personalen har varit stressad så har de oftast bemötts väl. Känslan av att stickrädslan togs på allvar kunde förstärkas om distraktion som kunde få informanterna på andra tankar utfördes, vilket kunde helt eller delvis även förminska stickrädslan. Frågor från vårdpersonalen som leder till samtal och när de berättar roliga saker upplevdes positivt. En informant menade att det visade att vårdpersonalen ansträngde sig och ingav en bekräftande upplevelse av stickrädslan. En annan menade att det tog ner den allvarsamma stämningen och medförde enligt informanten en form av kompisnivå mellan patient och vårdpersonal. Informanten uttryckte det såhär:

*Den snälla kommer jag ihåg, hon märkte av min rädsla och frågade mig.*

### Vårdpersonalens egenskaper

Vårdpersonalens förhållningssätt kunde vid tillfällena upplevas som professionellt, där en av informanterna uttryckte att det innebar att inte behöva bli dömd eller utskrattad för sin stickrädsla.

*Det är skönt att inte bli dömd för sin rädsla varje gång man får en spruta i och med att det i min bransch händer ofta. Det är skönt att inte behöva bli utgarvad för att man är en liten, liten mes som är rädd för sprutor.*

Hälften av de tillfrågade såg helst att de fick möjlighet att lägga sig ner på en brits för att bättre kunna hantera situationen, vilket de antingen själv initierade eller efter vårdpersonalens förslag. Det upplevdes positivt när vårdpersonalen informerade om att stickrädsla var vanligt förekommande och kunde medföra diverse symtom som exempelvis yrsel.

Övriga av vårdpersonalens egenskaper som ansågs underlättande bestod av att vara omhändertagande, trevliga, förstående, glada, harmoniska och lugna. Få informanter uppgav någon specifik information om vad som kunde ge stöd i en sticksituation utöver vårdpersonalens agerande, men att det kunde vara stödande att ta med sig en vän som inte är stickrädd.

### Tid

Majoriteten av informanterna uppgav att en viktig faktor till ett positivt förlopp bestod av tid. Det gav möjlighet till en mental förberedelse inför vad som väntade, vilket även inkluderade att låtas sitta kvar en stund efter stickmomentet.

*Det är inte bra när det går för fort, jag hinner inte förbereda mig, de hinner inte ens lyssna på vad man har att säga*

Tiden kunde däremot önskas kort av andra informanter där en snabb process av stickmomentet föredrogs.

*Det ska gå så fort som möjligt, vi kör "all in" och sen är det över. Ju snabbare desto bättre. Är man tvungen att ta blod finns det ju inte så mycket att göra år det, så det är bättre att få det överstökat.*

## Negativa upplevelser

Informanterna hade vid ett eller flera tillfällen erfarit negativa händelser i samband med stickmoment vilket kunde medföra en känsla av utsatthet och ökat obehag inför situationen. Rädslan beskrevs av informanterna som kulminerade innan sticktillfället och gav uttryck genom mentala bilder och känslor, vilket medförde att de helst vände bort blicken från insticket och att de önskade sig bort från situationen. En informant formulerade sig såhär:

*Jag vill bara fly därifrån!*

Stickrädslan kunde upplevas som ett hinder där endast det absolut nödvändigaste kunde tolereras, vilket innebar ett undvikande av blodgivning och/eller att ta vaccinationer. Rädsla förekom för själva sticket, blod eller smärta samt att i förlängningen föra vidare rädslan till sina barn.

Huruvida informanterna valde att delge vårdpersonalen information om sin stickrädsla varierade. En av informanterna berättar att han tidigare inte berättat för vårdpersonalen att han var stickrädd, vilket enligt informanten handlade om en känsla av manlighet som är viktigt att upprätthålla, att man ska vara hård. Han uttryckte detta såhär:

*Förut angav jag inte att jag var stickrädd utan gick in och hoppades att de inte skulle märka att jag såg ut som någonting man grävt upp från kyrkogården.*

Liknande berättelser återkom där informanterna poängterade att det kunde vara besvärligt att erkänna sin stickrädsla, och driva informanten till att gråta på toaletten efter ett stickmoment istället för att visa sin rädsla. Om informanterna berättade om sin stickrädsla kunde det medföra en känsla av att uppfattas som töntig och att vara till besvär. Samtliga väljer numera att tala om för vårdpersonalen vid vissa tillfällen att de är stickrädda eftersom de anser att deras rädsla inte går att dölja, alternativt att vänta tills personalen frågar dem om stickrädsla.

### Vårdpersonalens okunskap

Utmärkande för informanterna var när vårdpersonalen uppfattades ha bristande kunskap och visade osäkerhet i hur stickmomentet skulle ske och sedan inte våga utföra uppgiften.

*Det verkade inte som hon visste vad hon skulle göra, inte bara bemöta mig, utan hur man sticker in en nål i armen. Det var en av mina hemskaste upplevelser.*

Rädsla hos informanterna kunde föreligga om hur stor kunskapen var hos vårdpersonalen vid medicintekniska moment och att det skulle kunna föranleda till kommande problem och ytterligare smärta.

### Oförståelse och nonchalans

Hänsynslöshet, ovilja att lyssna och oförståelse beskrevs som negativa företeelser, som kunde leda till en känsla av att stickrädslan inte tas på allvar.

Informanterna uppgav att bemötandet kunde variera och en av dem upplevde vårdpersonalens tröstande ord som fördummande och att rädslan bemöttes som fånig. Hon uttryckte det såhär:

*När man är 22 år vet man ju att det inte är farligt.*



En oförståelse kunde möta informanterna angående sin stickrädsla när det anlände till ett mottagningsrum inför ett stickmoment, där personalen i fråga sedan blivit chockade när informanten svimmat av sin rädsla. Därtill kunde en nonchalerade attityd visas mot informanten där vårdpersonalen inte reagerade nämnvärt när informanten uppgav att denne var stickrädd. Vårdpersonalen kunde även upplevas som stressade, där hela processen skulle gå fort utan tid för förberedelse. Det beskrevs som ett löpande band där vårdpersonalen uppfattades som omänsklig.

*Det satt och väntade folk utanför och hon ville bara in, ut, sticka. Nästa, chop chop.*

En mindre nål kunde vid en del tillfällen efterfrågas vid stickmoment för att undvika smärta och öka chansen till att vårdpersonalen skulle hitta ett lämpligt kärl att utföra sticket på. Trots vetskap från informantens håll om att en mindre nål kunde användas utan att riskera blodprovets kvalitet, ignorerades önskemålet vid flera tillfällen av vårdpersonalen. Det förelåg en känsla av att inte vilja vara påstridig med önskemålet, men att det fanns en god anledning till varför det togs upp. Att inte vilja vara påstridig eller inte våga säga till återkom vid ett annat tillfälle, där vårdpersonalen nyst på kanylen innan injektion. En del av vaccinet hamnade även utanför och en rädsla fanns för om vaccinet skulle ge full effekt efter detta utförande.

### Oro

Oro kunde föregå besök inom vården då det förelåg en rädsla för att det skulle bli problem vid sticktillfället och att vårdpersonalen skulle behöva ”gräva” efter vener för att få blod och i förlängningen bli tvungen att kalla efter en narkosläkare.

När ett stickmoment misslyckas och kräver upprepade försök väcker detta en ökad oro och förstärkt rädsla där informanterna beskriver det som att vårdpersonalen gräver efter kärl. Endast en informant hade tidigare blivit erbjuden EMLA<sup>®</sup> mot smärta inför ett stickmoment som barn, men inte som vuxen. Majoriteten uppgav att de inte hade mottagit information från vårdpersonalen om stickmomentet och endast en informant visste att det finns hjälp att få mot sin stickrädsla.

*Det är mest obehagligt när jag vet ifall det blir problem och de börjar gräva, de kallar in någon annan eller nåt. De hade provat två sjuksköterskor men det gick inte så de kallade på narkosläkaren som också fick stå ett tag, när de väl fick in den så gick det på en gång.*

### **Förbättringsförslag**

De områden som informanterna upplevde kunde förbättras var miljö samt vårdpersonalen. Flera exempel angavs under båda kategorierna men samtliga informanter tyckte det var svårt att beskriva vad de tyckte behövde förbättras.

### Vårdpersonalens hantering

Vad vårdpersonalen kunde förbättra var att fråga sina patienter om stickrädsla föreligger, använda mindre nålar om möjligt samt distrahera med frågor under tillfället. En informant efterfrågade mer kunskap hos personalen om stickrädsla och medicinskteknik och att det skulle ingå i sjuksköterskans grundutbildning.

Informanten uttryckte detta såhär:

*Jag tycker att personalen borde ha mer tid, man känner nu att man tar deras tid. Det går inte att sitta lite efteråt för nästa patient väntar. Det tycker jag är viktigt, det finns mindre tid nu, mindre tid att prata lugnande med patienterna. Ta sig tid att lyssna.*

## Miljö

Informanterna önskade att både miljö respektive stämningen vid sticktillfället kunde avdramatiseras för att underlätta hanteringen av stickrädslan. Åtgärder som skulle kunna medföra en god effekt inkluderade en trevligare miljö i form av lugn musik, tidningar och lugn stämning för att undvika den sterila och stressiga sjukhusmiljön. En informant uttryckte detta enligt följande:

*Man vill ju att det ska kännas lite hemtrevligt, det ska finnas bra tidningar och skön musik. Det blir ännu jobbigare när man känner att man är på ett sjukhus.*

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

En kvalitativ metod valdes för att möjliggöra rika beskrivningar inom det aktuella området från utvalda informanter. Metoden lämpade sig väl till att belysa subjektiva upplevelser och gav en fördjupad förståelse, till skillnad från en kvantitativ studie eller litteraturstudie som däremot skulle kunna ha givit en bredare syn på det valda ämnet.

Metodvalet ansågs kunna svara på syftet och de upplevelser som skulle beskrivas. En semistrukturerad intervjueteknik användes för att hålla samtalet flexibelt för uppföljande frågor under samtliga intervjuer och kunde därmed fungera som en bidragande faktor till ett rikt innehåll och kvalitativt material i enlighet med Polit och Beck (2013). Kvale och Brinkmann (2011) poängterar även att intervjuarens personliga egenskaper och skicklighet kan vara av betydelse för genomförandet vid den kvalitativa metoden.

Vidare kunde det fungera som en svaghet med metoden eftersom intervjuerna då kunde variera i kvalitet, då det fanns två intervjuare som turades om av att inneha den ledande rollen under intervjun. Ytterligare en svaghet kan förekomma enligt Polit och Beck (2013), där omfattande beskrivningar krävs för att kunna visa transferabilitet och generaliserbarhet. Den ringa storlek på urvalsgruppen medför inga svar på vad det betyder för den större gruppen av stickrädda i befolkningen och vad det kan leda till i förlängningen, utan behöver mer forskning inom ämnet.

Inklusionskriterier utformades för att kunna identifiera det urval av informanter som söktes, och öka chansen till ett rikt innehåll. Det fungerade som ett motiv till att initiera sökningen av informanter med convenience sampling, vilket hade en nackdel eftersom det föreligger en risk att de potentiella informanter som framträder inte utgör den mest representativa gruppen. Den valda sampling metoden kom sedan att utvecklas till Snowball sampling vilket kan medföra de informanter som accepterar deltagande utgör en mindre cirkel bekanta, och kan påverka generaliserbarheten. Nackdelarna beaktades i enlighet med Polit och Beck (2013) och diskuterades för att försöka undvikas genom att inte söka informanter från ett kontaktnät, utan ur ett bredare perspektiv komma fram till fler personer som kunde vara till hjälp från olika håll utan kännedom av varandra.

Åtta intervjuer genomfördes och det förekom både manliga och kvinnliga informanter där åldern sträckte sig från 22-46 år, där även utbildning och arbete skilde sig i varierande grad beroende på olika personliga erfarenheter. Det förkom inga extrema fall bland informanterna, vilket Polit och Beck (2013) benämner som outliers.

Val av plats för intervjuerna bestämdes efter kontakt med informanterna, som även fick ge förslag på tid och plats. För att underlätta och inte lämna över ansvaret på dem föreslogs även ett enskilt rum på Sophiahemmets högskola som ett alternativ. Avbrott under intervjuerna försökte undvikas genom att hitta en lugn och ostörd plats, men förekom i form av enstaka inslag av höga ljud och barn i bakgrunden vid ett par av intervjuerna. Det ansågs att avbrotten var av ringa betydelse, och intervjuerna kunde genomföras som planerat. En annan punkt som beaktades var informanternas reaktion på att samtalet spelas in med en ljudbandspelare, vilket enligt Polit och Beck (2011) kan medföra en spänd atmosfär. När ljudbandspelaren sedan stängdes av kunde ett mer avspänt samtal observeras, vilket därmed inte utesluter att intervjun kan ha påverkats av ljudbandspelarens närvaro.

Författarna till föreliggande studie fördelade en aktiv respektive passiv roll i förväg inför varje intervju, där rollerna växlade inför nästkommande tillfälle. Det gav möjlighet att utgöra en kompletterande funktion till varandra under samtliga intervjuer och förekom sig vara till en fördel, vilket Trost (2010) påtalar och menar att det kan vara ett stöd.

Kvale och Brinkman (2011) menar att det bör reflekteras över det maktöverläge som kan förekomma under intervju som utförs av två personer. Ett eventuellt medfört underläge av situationen kunde inte avläsas i påvisbara uttryck av vad informanterna uppvisade, trots det kan inte effekten av ett maktöverläge uteslutas.

Efter den första pilotintervjun bedömdes intervjuguiden vara i behov av komplettering av två frågor, som även hade tagits upp under den första intervjun. De kompletterande frågorna ansågs kunna ge en större inblick i ämnet och svara mot syftet och valdes därför till. Pilotintervjun ansågs vara relevant och inkluderades i resultatet eftersom innehållet svarade mot syftet, vilket även den andra pilotintervjun med den reviderade intervjuguiden gjorde. Trost (2010) påtalar att det kan vara av värde att se över intervjuguiden och utföra förändringar om det anses behövas. Frågorna i intervjuguiden syftade till att vara raka och inte för invecklade, vilket för nya intervjuare kan utgöra en utmaning. Därmed utvecklades frågorna till att vara öppna och skrivna ur ett mer talspråkmässigt vis utan begrepp som krävde förklaringar, i enlighet med Kvale och Brinkman (2011) som menar att det kan utgöra enkla frågor. Trost (2010) menar att frågorna dessutom inte ska vara omskrivningar för någonting annat, och en väl utarbetad intervjuguide kan underlätta för intervjuaren. Efter ett par utförda intervjuer kunde en viss saturation avmärkas, där liknande svar förekom på flera frågor.

Snowball sampling (Polit & Beck, 2011) användes för att hitta potentiella informanter. De som visade intresse fick vidare information då de kunde vara påverkade av de upplysningar som de fått av en närstående som berättat om studien. För att tillse att informanten var adekvat informerad för att kunna rättvist delta i studien användes Helgesson (2006) som en utgångspunkt avseende informerat samtycke. Samtliga informanter som deltog i studien ansågs vara informerade då de tagit del av muntlig och skrivna information. En mottaglighet för informationen kunde klargöras efter samtal med de inblandade, för att säkerställa att eventuella svårigheter med informationstolkningen inte förekom, vilket Helgesson (2006) berör avseende information.

Stor vikt lades vid att båda författarna skulle medverka under hela processen för att gemensamt komma fram till likvärdiga resultat av analysen. Vid de tillfällen det rådde osäkerhet kring vilken kategori eller underkategori en viss meningsenhet passade in under diskuterades detta tillsammans tills konsensus nåddes. När analyserna av samtliga intervjuer var avslutade överlades det kring de kategorier som framkommit. Svårigheter rådde med att placera in vissa meningsenheter under passande kategorier samt vilka meningsenheter som var relevanta mot föreliggande studies syfte. Inför presentation av resultatet skrevs en ny tabell (tabell 2) med nya kategorier som bättre representerade studiens syfte, nu på ett klarare och mer lättöverskådligt sätt enligt Granskär och Höglund-Nielsens (2012) tabellmodell.

Analysprocessen syftade till att utreda vilka upplevelser som var gemensamma respektive skilda bland informanterna. Informanter påverkade intervjuerna med sina egna sociokulturella kontexter vilket i sin tur speglade sig i analysen av intervjuerna, med detta i åtanke utfördes analyserna av samtliga intervjuer under samma villkor för att presentera ett så objektivt resultat som möjligt (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012).

## **Resultatdiskussion**

I resultatet framgick angivna upplevelser som påvisar att stickrädsla kan medföra konsekvenser för informanterna, där det kan leda till ett undvikande av vårdssituationer som vaccinationer och blodgivning. Det framkom att det skulle kunna komma att krävas en god anledning, eller ett tillstånd som beskrevs som ett måste innan vårdkontakt skulle sökas, men inte helt undvikas. Ett undvikande beteende beskrivs av Hamilton (1995), som menar att det förekommer bland stickrädda personer och kan orsaka hälsoproblem.

Det framkom i resultatet att informanterna inte i varje fall kunde beskriva orsaken till sin stickrädsla, men en traumatisk upplevelse i samband med ett stickrelaterat ingrepp angavs i ett fall som en orsak. Wright, Yelland, Heatcote, Ng och Wright (2009) menar att fobier kan utvecklas efter exponering av den utlösande faktorn, och därmed orsaka en växande problematik. Det går även i linje med vad Hamilton (1995) beskriver, där en traumatisk upplevelse där individen exponerats för en situation som skapat rädsla kan utgöra en orsak till varför den utvecklats och benämner det som inlärning.

Informanterna uppgav att de vid en del tillfällen berättade för vårdpersonalen om sin stickrädsla för att den kunde vara svår att dölja, men tidigare undvikit att tala om den framförallt för att det var viktigt för informanterna att vara ”tuffa” eller ”hårda”. Trots att manliga och kvinnliga informanter uppgav olika historier verkade samtligas ovilja att berätta gå att härleda till att de inte ville visa sin rädsla. I resultatet framkom det att stickrädslan endast vid vissa tillfällen erkändes om sjuksköterkan specifikt frågade efter det. Andrews (2011) beskriver liknande företeelser där den stickrädde upplevde det pinsamt att vara rädd och kanske bara berättar om det efterfrågas av en sjuksköterska.

Informanterna uppgav att rädslan blev värre när de inte blev tagna på allvar och det uppgavs en situation där vårdpersonalen inte upplevdes ha noterat rädslan och blivit chockade när informanten hade svimmat. En förringring av rädsla och att symtomens betydelse underskattas är vanligt förekommande bland vårdpersonal enligt Fernandes (2003). Kose och Mandiracioglu (2007) menar att stickrädsla ska betraktas som viktigt vid utvärderingen av vårdtagaren och enligt Nir et al. (2003) är visad empati en viktig faktor för att förhindra svimning. En kombination av vårdpersonalens egenskaper att hantera situationen och bekräfta stickrädslan samt föreslå åtgärder där den stickrädde patienten i sammanhanget ombads att ligga ner eller gavs ett glas vatten kunde däremot styrka upplevelsen av att vårdpersonalen tog situationen på allvar.

Skillnader mellan kvinnor och män kunde i resultatet inte påvisas i det ringa urvalet i frågan om smärtupplevelse. Det framkom även vidare i resultatet att en kvinnlig informant hellre upplevde smärta ett ingrepp medförde framför att behöva ta emot lokalbedövning via ett stick med en nål. Likheter kunde därmed inte dras till det. Nahm et al. (2012) beskriver om att smärtupplevelsen primärt erfars av kvinnor och den gruppen skulle vara i behov av extra smärtlindrande åtgärder.

Informanterna kunde beskriva ett behov av att behöva stålsätta sig och bita ihop inför ett kommande stickrelaterat ingrepp, för att kunna klara av situationen. En intensifiering av rädslan förekom framförallt inför det stundande nålsticket och kunde uppkomma i anslutning till att kliva in i väntrummet. Andrews (2011) beskriver att stickrädda personer kan uppleva att deras rädsla uppfattas av dem själva som någonting som bara ska genomlidras, även om det innebär problematik för dem.

För informanterna var det av vikt att känna att deras rädsla inte var fånig, goda intryck avgjordes av vårdpersonalens sociala förmåga att hantera situationen. Distraction vid sticktillfället upplevdes som gynnsamt. Andrews & Shaw (2010) förklarar att distraction i form av visualisation är då vårdpersonalen kan få vårdtagaren att tänka på någonting annat än den negativa episoden. Andrews och Shaw (2010) nämner även att det krävs mer forskning innan det går att bilda en slutsats om hur effektivt visualisation är i dessa situationer, då det fortfarande anses som en okonventionell del av vården. Föreliggande studie påvisar ett positivt utfall vid de tillfällen distraction har använts för att få informanterna på andra tankar.

Andrews (2011) presenterade i sin studie långa väntetider som någonting som majoriteten upplevde som negativt och att en kort tid mellan att anlända till vårdinrättningen och bli stucken var att föredra. Informanterna i föreliggande studie delade delvis denna åsikt, men och andra sidan fanns det informanter som föredrog att det tog längre tid, då detta gav möjlighet till mental förberedelse och till att sitta kvar en stund efter sticket.

Det beskrevs även av informanterna en löpande band liknande metod där tid inte upplevdes finnas, vilket även beskrivs av Searing, Baukus, Stark, Morin och Rudell (2006) där individens behov kunde förbises och verka i negativ bemärkelse för stickrädslan. En förtroendeingivande relation mellan patient och vårdpersonal kunde därmed motverkas och personalen uppfattades som oförstående genemot patientens rädsla. Det som beskrevs som viktigt av personalens åtgärder var att lyssna och visa förståelse, vilket kunde underlätta situationen. Upplevelsen av vården kunde beskrivas som bristande i den mening att individen förbisågs och att det bara var en uppgift som skulle utföras. Vilken tid som vårdpersonalen gav kunde ställas i relation till graden av upplevd förståelse och hur vida informanterna upplevde att vårdpersonalen ansträngde sig.

Negativt upplevda händelser under stickmoment kunde vara när vårdpersonalen misslyckades och behövde ”gräva” efter vener, vilket överensstämmer med Fernandes (2003). Där kunde symtomen upplevas som svårast när vårdpersonalen ”fiskade” efter vener. Efter en sådan situation som krävt upprepade försök eller byte av vårdpersonal som utfört uppgiften kunde en bestående rädsla upplevas för att det även ska ske vid nästa tillfälle samt framkalla oro över vårdpersonalens kunskap, eller brist på kunskap.

I resultatet framkom det att det är av vikt att vårdpersonalen uppmärksammar vårdtagarens stickrädsla och tar den på allvar, det är även viktigt att vårdpersonalen tar hänsyn till de önskemål som vårdtagaren kan ha samt de symptom som denne uppvisar vid sticktillfället. Det överensstämmer med det som informanterna upplevde behövde förbättras, vårdpersonalen skulle alltid fråga sina patienter om de var stickrädda och använda mindre nålar om möjligt.

En informant tyckte att vårdpersonalen borde ha mer kunskap om stickrädsla och medicinskteknik. Wright et al. (2009) understryker detta i sin studie där vårdpersonalens förmåga att upptäcka stickrädsla är betydande för en optimal hantering av dessa patienter.

Andrews (2011) beskriver att det kan finnas en koppling mellan stickrädslan och vissa typer av miljöer och yrkeskategorier. Det utgörs av platser och personer som normalt associeras med vården, som läkare och sjuksköterskor, platserna kan utgöras av sjukhus eller medicinska kliniker. Informanternas förslag till förbättring av miljön innebar att frångå den sterila sjukhusmiljön till förmån mer hemtrevlig omgivning. Hamilton (1995) styrker miljöns påverkan genom att förklara att även lukter kan förstärka rädslan, men luktassociationer angavs inte av informanterna som ett upplevt problem.

### **Slutsats**

Det har i föreliggande studie framgått att stickrädda individers upplevelser av vården varierar från person och situation. Behoven och hanteringen av stickrädslan ser olika ut, med vissa likheter respektive olikheter. Vårdpersonalens bemötande och kompetens är av vikt i mötet av stickrädda individer för att helt eller delvis kunna underlätta situationen, där distraktion har fungerat med fördel. Det är viktigt för personer med stickrädsla att bli sedda och inte negligerade i sin rädsla, i en lugn miljö. Oro och ångest kan ackompanjera ett besök inom vården där vårdpersonalens stressiga miljö inverkar negativt och kan ge en känsla av ett löpande band där den stickrädde nonchaleras. Tid och kunskap om vad stickrädsla innebär har efterfrågats av informanterna för att öka vårdpersonalens förståelse och hantering.

Resultatet visar att det är viktigt att fånga upp den stickräddes rädsla i ett tidigt skede, att se och lyssna till individen och dennes individuella behov. Ge stickmomentet tid i en lugn atmosfär, där distraktion med fördel kan användas för att hantera stickrädslan. Det är viktigt att vårdpersonalen har medicinteknisk och social kompetens vid dessa tillfällen.

### **Förslag till vidare studier**

För att få ett mer generaliserbart resultat föreslås liknande studier med en större urvalsgrupp. Informanternas upplevelser skilde sig åt på flera punkter vilket medför svårigheter i tolkningen. I föreliggande studie fångades inte extremfall upp vilka är en del av de stickrädda. Författarna anser att en studie av kvantitativ karaktär möjligen skulle kunna bidra med nödvändig kunskap och utgöra ett underlag för fortsatta studier inom stickrädsla. Författarna finner att genusperspektivet skulle kunna vara en intressant synvinkel inom ämnet där eventuella skillnader eller likheter kan belysas och leda till mer kunskap inom ämnet.

## REFERENSLISTA

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. (4:e uppl.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Andrews, G & Shaw, D. (2010). "So we started talking about a beach in Barbados": Visualization practices and needle phobia. *Social Science & Medicine*, 10(71), 1804–1810.
- Andrews, G. (2011). I had to go to the hospital and it was freaking me out: Needle phobic encounter space. *Health & Place*, 4 (17). 875-884.
- Arrowsmith, J., & Cambell, C. (2000). A comparison of local anaesthetics for venipuncture. *Archive of Disease in Childhood*, 82(4), 309–310.
- Bienvenu, OJ., & Eaton, WW. (1998) The epidemiology of blood- injection-injury phobia. *Psychological Medicine*. (5), 1129-36. Hämtad den 2013-01-10 från databasen PubMed [Elektronisk version].
- Björkman, E. & Karlsson, K. (2008). *Medicinsk teknik för sjuksköterskor*. (3:e Uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Diazepam Pilum (2012) ®. I FASS.se. Hämtad 14 januari, 2013, från [http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel\\_produk\\_t.jsp?NpIID=20111020000056&DocTypeID=3&UserTypeID=0](http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produk_t.jsp?NpIID=20111020000056&DocTypeID=3&UserTypeID=0)
- Edberg, A.-K., & Wijk, H. (2009). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D (2008). Therapeutic environments for older people – a descriptive and interperative study. *Journal of Gerontological Nursing*, 34, 32-40.
- Edvardsson, J., D, Sandman, P-O. & Rasmussen, B., H. (2005). Sensing an atmosphere of ease: A tentative theory of supportive care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19 (4). 344- 353.
- Egidius, H. (2008). *Psykologilexikon*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Ellinwood, E.H., & Hamilton J.G. (1991). Case report of needle phobia. *Journal of Family Practice*, 32, 420-423.
- EMLA Kräm (2012) ®. I FASS.se. Hämtad 10 januari, 2013, från [http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel\\_produk\\_t.jsp?NpIID=19841101000029&DocTypeID=3&UserTypeID=0](http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produk_t.jsp?NpIID=19841101000029&DocTypeID=3&UserTypeID=0)
- EMLA Medicinskt plåster (2012) ®. I FASS.se. Hämtad 10 januari, 2013, från [http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel\\_produk\\_t.jsp?NpIID=19930528000047&DocTypeID=3&UserTypeID=0](http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produk_t.jsp?NpIID=19930528000047&DocTypeID=3&UserTypeID=0)
- Fernandes, P. (2003) Rapid Desensitization for Needle Phobia. *Psychosomatics*, 3(44), 253–254.
- Finnström, B., Käck, B-M. & Söderhamn, O. (2011). Fingertoppskänsla och fingerfärdighet: Föräldrars uppfattningar om faktorer som inverkar på barnets upplevelse av perifer venpunktion. *Vård i Norden*, 31(100), 40-44.

- Granskär, M., & Hölund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hamilton J.G. (1995). Needle phobia: a neglected diagnosis. *Journal of Family Practice*, 41, 169-175.
- Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Herdman, T.-H. (2011). *Omvårdnadsdiagnoser enligt NANDA – Definitioner och klassifikation*. Lund: Studentlitteratur.
- Holm, U. (2009). *Det räcker inte att vara snäll: om empati och professionellt bemötande i människovårdande yrken*. Stockholm: Natur & kultur.
- Kabadi, U. (2008). Starting insulin in type 2 diabetes: Overcoming barriers to insulin therapy. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 24 (2), 65-8. Hämtad den 2013-03-28 från databasen PubMed [Elektronisk version].
- Kose ,S., & Mandiracioglu, A. (2007). Fear of blood/injection in healthy and unhealthy adults admitted to a teaching hospital. *Internal Journal of Clinical Practice*, 61(3), 453-7.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis. An introduction to its Methodology*. (2:a uppl.). London: Sage Publications Inc.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2011). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2:a Uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Leahy, L. (2009) *Ångestfri: Bli av med dina rädslor och fobier*. Sweden: Loud Literay Agency
- Lundman, B. & Graneheim, H., U. (2012). *Kvalitativ innehållsanalys*, i *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* av Granskär, M. & Höglund- Nielsen B. (red). Lund: Studentlitteratur.
- Nahm, F., Lee, P., Park, S., Kim, Y., Lee, S., Shin, H., & Lee C. (2012). Pain from intramuscular vaccine injection in adults. *Revista médica de chile*, 140(2), 192-7.
- Nikunen, J. (2007). Det går att övervinna sprutskräck. *Husari*, 2007, 1.
- Nir, Y., Paz, A., Sabo, E., & Potasman, I. (2003) Fear of injections in young adults: Prevalence and associations. *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 68 (3), 341-344. Hämtad den 2013-01-11 från databasen PubMed [Elektronisk version].
- Ottosson, J-O. (1999). *Patient- läkarrelationen: Läkekonst på vetenskaplig grund*. Stockholm: Natur & kultur.
- Ottosson, J-O. (2009). *Psykiatri*. (7:e uppl.). Stockholm: Liber.
- Ottosson, J-O., & D`elia, G. (2008). *Rädsla, oro, ångest*. Stockholm: Liber.
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Nursing Research*. (9:e uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Polit, D., & Beck, C. (2013). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (8:e uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.



- Sand, O., Sjaastad, O., Haug, E., & Bjålie, J. (2006). *Människokroppen: Fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber.
- Searing, K., Baukus, M., Stark, M., Morin, K., & Rudell, B. (2006). Needle phobia during pregnancy. *Journal of obstetrics and gynecological neonatal nursing*, 35(5), 592-598.
- Socialstyrelsen [SoS]. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sokolowski, C., Giovannitti, J., & Boynes S. (2010). Needle phobia: etiology, adverse consequences, and patient management. *Dental Clinics of North America*, 54(4), 731-44.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2005). *Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv*. (SBU-rapport, 176). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2007). *SBU alert- utvärdering av nya metoder inom hälso- och sjukvården: Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression*. (SBU- rapport, 2007- 03). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (5). *Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturöversikt Vol 2* (SBU- rapport: 171:2). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Vetenskapsrådets rapportserie. 2011:1. Hämtad från <http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forsknin+gssed+2011.1.pdf>
- World Health organization [WHO]. (2013). *International Classification of Diseases (ICD)*. Hämtad 25 januari, 2013 från <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Wright, S., Yelland, M., Heathcote, K., Ng, SK., & Wright, G. (2009). Fear of needles--nature and prevalence in general practice. *Australian family physician*, 38(3), 172-6.

**Inklusionskriterier**

- **Ålder:** 18- 65 år gamla.
- **Författarna ska inte ha någon nära relation till de som intervjuas.**
- **Stickrädsla:** Personen ska svara positivt på minst ett av dessa påståenden.
  - Har du någon gång undvikit kontakt med vården p.g.a. rädsla för att bli stucken (till exempel vaccination eller blodgivning)?
  - Har du någon gång i samband med ett stick känt: Yrsel, rädsla, oro, hjärklappning, rodnad, darrningar, obehag, olustkänsla, nervositet, känt dig svimfärdig eller svimmat.
  - Har du någon gång i samband med ett stick blivit: Blek, kall, svettig, matt, tårögd eller nära till tårar?
  - Vet du om du har fått högt eller lågt blodtryck eller hög eller låg puls när du har blivit stucken?
  - Brukar du berätta för vårdpersonalen att du är stickrädd?
  - Har du känt ett behov att ha med dig någon vän eller anhörig som stöd när du till exempel får en spruta eller tar ett blodprov?
  - Tycker du det är obehagligt att se när andra får en spruta eller tar ett blodprov?

### Intervjuguide

- Ålder?
- Vad arbetar du med?
- Har du någon eftergymnasial utbildning? Vilken?
- Hur många gånger har du blivit stucken?
- Berätta om orsaken till din stickrädsla
  - Har du alltid varit stickrädd?
- Beskriv vad stickrädsla innebär för dig?
- Beskriv hur du upplever (den känslomässiga reaktionen) den situationen?
  - Innan
  - Under
  - Har den någon gång tagit överhanden?
- Har du känt av några symtom, någon fysisk reaktion innan, under eller efter situationen? (t.ex. hjärklappningar, yr, orolig eller skakig).
  - Hur yttrar sig rädslan för dig?
- Hur reagerade vårdpersonalen när du berättar att du var stickrädd?
  - Hur bemötte de dig? Tog de dig på allvar?
  - Om du inte berättar. Varför inte?
- Vad tycker du är det mest obehagliga med att bli stucken?
- Hur upplevde du vården vid de tillfällen då stickmoment har förekommit?
  - (Ex. Pratade de med dig? Drog lite skämt för att lätta upp stämningen? Öppnade de ett fönster? Höjde din fotända? Använde EMLA?)
  - Vad tycker du var bra?
  - Vad tycker du var dåligt?
  - Vad tycker du skulle kunna förbättras?
  - Skulle information om injektionen/provtagningen lugna dig?
- Beskriv vårdpersonalens bemötande
  - Vilken information får du av vårdpersonalen?
  - Vad känner du till för hjälp som går att få?

- Om du skulle beskriva steg för steg hur det är att bli stucken? När börjar du känna av rädslan?
  - (Ex. Hemma? I väntrummet? Om du får vänta? Miljö? Känslor? Tankar?)
  - Hur hanterar du rädslan? Berätta om dina strategier?
- Berätta om någon situation där du undvikit kontakt med vården pga. av din stickrädsla.
  - Har du funderat på blodgivning?
- Skulle du vilja tillägga någonting?

**Missiv**

Sophiahemmets Högskola Stockholm, 290113  
Valhallavägen 91  
11428 STOCKHOLM

**Förfrågan om medverkan i intervju om stickrädsla**

Vi heter Ida och Martin och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5 av 6, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör stickrädsla och stickrädda patienter. Vi är därför intresserade av att få genomföra en intervju med Dig, som har valts ut på grund av Din stickrädsla.

Vi upplever att det inte pratas så mycket om stickrädsla inom hälso- och sjukvården samt inom vår utbildning. Stickrädsla kan leda till ogynnsamma konsekvenser på samhällsnivå eftersom stora delar av befolkningen kan gå utan vård på grund av sin rädsla.

Syftet med studien är därför att beskriva stickrädda patienters upplevelser av omvårdnad vid stickrelaterade ingrepp och/eller behandling inom hälso- och sjukvård.

För att kunna utreda detta har vi valt att utföra en kvalitativ studie; detta innebär att vi kommer att intervjua ett antal personer där urvalet grundas på ett antal uppsatta inklusionskriterier (Se bilaga). Den data som framkommer genom intervjuerna kommer sedan analyseras och eventuella samband och intressanta fenomen kommer belysas.

Under intervjun kommer vi att prata om stickrelaterade ingrepp (Stickrädsla, nålar och blod) och fråga dig om dina upplevelser kring detta. Du kan när som helst dra dig ur studien och behöver inte ange någon anledning. Din medverkan är konfidentiell; detta innebär att enbart vi kommer känna till din identitet.

Med vänlig hälsning  
Sophiahemmet Högskola

Ida Anttila

.....  
Martin Henriksson

.....  
Telefonnummer:

Ida Anttila                   073-959 37 33  
Martin Henriksson       073-070 73 25

E-postadress:

Ida Anttila                   ida.anttila@stud.shh.se  
Martin Henriksson       martin.henriksson@stud.shh.se

Handledarens namn och telefonnummer:

Britten Jansson           08-406 28 68