



MALMÖ HÖGSKOLA

PREOPERATIVA FÖRUTSÄTTNINGAR OCH POSTOPERATIV SMÄRTA EFTER HYSTEREKTOMI

MARLIESE ANDRÉASSON

PREOPERATIVA FÖRUTSÄTTNINGAR OCH POSTOPERATIV SMÄRTA EFTER HYSTEREKTOMI

Andréasson, M, Preoperativa förutsättningar och postoperativ smärta efter hysterektomi. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng, avancerad nivå (105-120 hp)*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2008.

Syftet med studien var att undersöka hur 50 patienter bedömer den preoperativa fasen inför en planerad hysterektomi och att beskriva eventuella samband mellan dessa aspekter och upplevd postoperativ smärta.

I studien användes ett frågeformulär med strukturerade frågor och ordinalskalor samt VAS verbala smärtskala för att värdera den pre- och postoperativa omvårdnaden.

Studien visar att 18 (36 %) patienter hade postoperativt ingen till måttlig smärta och 32 (64 %) patienter hade medelsvår till outhärdlig smärta. Trots detta tyckte 36 (72 %) patienter att den postoperativa smärtlindringen var tillräcklig medan 13 (26 %) tyckte den var otillräcklig. Abdominellt opererade patienter var dubbelt så nöjda med den postoperativa smärtlindringen än de som hade opererats laparoskopiskt (robotassisterade) och vaginalt. Patienter med myom upplevde postoperativt den högsta smärtnivån. Preoperativ oro påverkade inte postoperativ smärta och vaginalopererade patienter var mindre oroliga än de som opererades på annat sätt. Den preoperativa informationens kvalitet och begriplighet fick ett högt betyg av patienterna.

Nyckelord: Hysterektomi, omvårdnad, postoperativ smärta, preoperativ information, preoperativ oro, smärtlindring.

PREOPERATIVE CONDITIONS AND POSTOPERATIVE PAIN AFTER HYSTERECTOMY

Andréasson, M, Preoperative conditions and postoperative pain after hysterectomy. *Degree Project, 15 Credit Points, Advanced level (105-120 CP)*. Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2008.

The purpose of the study was to examine how 50 patients experience the preoperational phase before a scheduled hysterectomy, and to describe any connection between these aspects and perceived post-surgical pain.

In the study, a questionnaire with ordinal scales, VAS verbal pain-scale and structured questions was used to evaluate pre- and postoperative care.

The result was that postoperatively, 18 (36 %) patients had no pain to mild pain and 32 (64 %) patients had moderate to worst possible pain. Despite this, 36 (72 %) patients thought that their postoperative analgesia was sufficient and 13 (26 %) experienced it to be inadequate. Patients who had had abdominal operation were on average twice as satisfied with the postoperative analgesia than those who had laparoscopic (robotic assisted) or vaginal surgery. Patients with myoma experienced postoperatively the highest level of pain. Preoperative anxiety did not affect post-surgical pain, but patients who had been vaginally operated were less anxious than those who received surgery in any other way. The quality and comprehensibility of preoperational information were given a high rating by the patients.

Keywords: Hysterectomy, nursing, pain relief, postoperative pain, preoperative anxiety, preoperative information.

INNEHÅLL

| | |
|---|----|
| INNEHÅLL | 4 |
| INTRODUKTION | 5 |
| Problemområde | 5 |
| BAKGRUND | 5 |
| Smärtlindring | 5 |
| Preoperativ omvårdnad | 6 |
| Ångest | 7 |
| Uttryck för smärta | 8 |
| Smärtvärdering | 8 |
| Smärtanalys | 8 |
| Kompetens inom smärtlindring | 9 |
| Smärtprevention | 9 |
| Komplikationsfrekvens | 10 |
| Klinisk betydelse | 10 |
| SYFTE | 10 |
| Studiens betydelse | 11 |
| METOD | 11 |
| Urval av patienter | 11 |
| Instrument för datainsamling | 11 |
| Reliabilitet och validitet | 12 |
| Dataanalys | 12 |
| Genomförande | 12 |
| Etiska överväganden | 12 |
| RESULTAT | 14 |
| Presentation av patientgrupp | 14 |
| Hur påverkar pre- och perioperativa förutsättningar/faktorer den postoperativa smärtupplevelsen? | 15 |
| Hur värderar patienten den postoperativa smärtlindringen? | 17 |
| Hur värderar patienten den preoperativa omvårdnaden? | 19 |
| Vad oroar sig patienterna för inför operationen? | 21 |
| Behov av att tala med någon före operationen | 21 |
| Hur kan informationen förbättras? | 21 |
| DISKUSSION | 21 |
| Metoddiskussion | 21 |
| Resultatdiskussion | 23 |
| Framtida studier | 25 |
| REFERENSER | 26 |
| BILAGOR | 29 |

INTRODUKTION

Postoperativ smärta är en akut smärta (Rawal, 1999). Som sjuksköterska på den postoperativa avdelningen på ett sjukhus i södra Sverige ansvarar jag bl a för den postoperativa övervakningen av hysterektomerade patienter. Många patienter vaknar med svår smärta och kräver varierande typer av smärtlindring. Enligt utskrivningskriterierna och VAS verbala smärtskala ska patienterna inte överlämnas till vårdavdelningen förrän de är nöjda med smärtlindringen och/eller upplever måttlig smärta. Trots enorma tekniska framsteg och betydande forskning inom området för postoperativ smärtbehandling så visar ett antal studier under senare år att flertalet patienter inte känner sig postoperativt smärtlindrade (Apfelbaum et al, 2003; Chung & Lui, 2003). Sloman et al (2005) menar att bristfällig postoperativ smärtlindring fortsätter att vara ett stort kliniskt problem. Sjuksköterskor och omvårdnadsexperter tillbringar mycket tid med patienter som upplever postoperativ smärta påpekar Richards & Hubbert (2007). I samband med omhändertagandet av hysterektomerade patienter har jag ofta funderat över hur dessa kvinnor upplever den postoperativa smärtan på vårdavdelningen. Därför tog jag initiativ till en enkätundersökning för att mäta hur kvinnliga patienter värderade den pre- och postoperativa omvårdnaden.

Problemområde

Hysterektomi är ett kirurgiskt avlägsnande av livmodern som kan genomföras abdominellt, laparoskopiskt och vaginalt. Som indikationer för ingreppet räknas omfattande blödningsrubbingar, myom, framfall, endometriosis, cancer och kroniska smärtor i bäckenet (Weström m fl, 2005). Vanliga symptom efter hysterektomi är upplevelse av smärta, sömnstörningar, trötthet, nedstämdhet och ångest som påverkas av fysiologiska, psykologiska och sociala faktorer enligt en omfattande litteraturgenomgång av Kim & Lee (2001). Under den postoperativa återhämtningsperioden upplever kvinnorna obehag och komplikationer, vilket kan variera med typen av kirurgisk procedur. Det finns ett samband mellan preoperativ ångest och postoperativ smärta (Vaughn et al, 2007). Brist på information kan leda till ångest, rädsla och oro samt försena patientens rehabilitering menar Almås (2002). Gronnestad & Blystad (2004) påpekar i en kvalitativ studie att brist på kunskap framkallar osäkerhet och rädsla. Patienter har i stor utsträckning varierande behov av preoperativ information.

BAKGRUND

Smärtlindring

Smärta är en personlig upplevelse, som inte alltid står i direkt relation till graden av vävnadsskada. Därför kan aldrig patientens smärta ifrågasättas eller värderas av någon annan än patienten själv. Smärtan består av sensoriska, kognitiva och emotionella komponenter och sjuksköterskans och läkarens uppgift är att förstå och tolka vad patienten upplever. Smärtekänslighet och förekomst av kronisk eller akut smärta preoperativt har stor betydelse för hur ont patienterna har i det postoperativa förloppet (Rudin, 2007). Det är viktigt att förhindra att postoperativ

smärta överhuvudtaget uppstår menar Rawal (1999). Smärtbehandling bör ur en humanitär och etisk synpunkt ges hög prioritet och ska liksom all annan behandling kvalitetsbaseras. Obehandlad postoperativ smärta har flera negativa fysiologiska effekter som kan påverka mobiliseringen och konvalescens. God smärtbehandling minskar oro och stress, sömnstörningar och nedstämdhet och medför en förbättrad hjärt- och lungfunktion samt gastrointestinal funktion. Psykologiska metoder som adekvat information till patienten och djupandnings- och avslappningsteknik minskar patientens oro och postoperativa smärtupplevelse samt reducerar behovet av analgetika. Förebyggande av smärta måste inledas redan preoperativt. Det har visat sig att preoperativ administrering med prostaglandin-synteshämmare minskar den postoperativa smärtan (Rawal, 2003).

Preoperativ omvårdnad

För en patient är ett kirurgiskt ingrepp en stressfylld upplevelse både fysiskt och psykiskt, eftersom kroppens integritet hotas. Ibland kan det till och med vara livshotande. Förlust av kontroll över situationen och över resultatet gör att många patienter upplever ångest, otrygghet och maktlöshet. Om patienten får en god preoperativ omvårdnad kan dessa negativa upplevelser minskas och patienten får då bästa möjliga utgångsläge för operationen. Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om sitt självständiga ansvar i den preoperativa fasen och vad som delegeras av den ordinerande läkaren. En noggrann preoperativ helhetsbedömning av patienten; som att ge råd och hjälp för att hantera stressorerna, söka smärtlindring och att återfå bästa möjliga funktion, har således betydelse för bästa möjliga pre- och postoperativa omvårdnad. Den preoperativa bedömningen ligger till grund för den fortsatta omvårdnaden under och efter ingreppet enligt Holm & Hansen (2000). Enligt Niemi-Murola et al (2007) har preoperativa faktorer ett samband med postoperativ tillfredsställelse. Tidigare studier har visat att metoder som preoperativ avslappning och pedagogiska åtgärder har förbättrat patienternas postoperativa återhämtning. Därför har sjuksköterskor ett ansvar att införa förebyggande åtgärder för att reducera postoperativ smärta (Vaughn et al, 2007).

Kinniks & Leners (1995) och Almås (2002) påstår att brist på information kan leda till ångest, rädsla och oro och försena patientens rehabilitering. Vid planerat ingrepp kan man informera patienten i god tid i förväg och bygga vidare på detta när patienten läggs in på sjukhuset (Holm & Hansen, 2000). Lämpligen kan patienten få skriftlig information tillsammans med kallelsen och muntlig information i samband med inläggningen. Omvårdnadsforskning visar att patientens grad av ångest, stress och smärta kan minskas med en god preoperativ information. Riktlinjer för preoperativ undervisning och rådgivning rekommenderas för att undvika för mycket information och undervisning under en kort tidsrymd. I en stressituation försämras uppfattningsförmågan och då finns det en risk att patienten inte klarar av att hantera informationsvolymen. Tydligt är det inte tillräckligt att närma sig problemet med enbart standardiserade informationsprogram visar en kvalitativ studie av Grønnestad & Blystad (2004). Därför rekommenderas även en komplettering med en individuell information. Den preoperativa intervjun verkar vara ett intressant verktyg för att ge och ta information angående postoperativ smärtbehandling. Det är betydelsefullt om patienten känner säkerhet och hopp inför ett operativt ingrepp. Corney et al (1992) pekade på önskemål om att männen skulle närvara när diagnoser och behandlingsformer diskuterades samt att ett rum skulle finnas där paret kunde vara ostört. Walker (2007) presenterar i en omfattande litteraturstudie att preoperativ information underlättar patienternas aktiva deltagande och engagemang i deras vård och bidrar till en allmän förbättring och

tillfredsställelse. Det återstår ett behov av noggrann forskning för att identifiera optimal tidpunkt och metod av preoperativ informationsutlämnande samt maximera dess positiva effekter av patienter som genomgår planerad kirurgi.

Det är nödvändigt med ett nära samarbete mellan läkare och sjuksköterska. Sjuksköterskan ska i förväg känna till vad läkaren har sagt till patienten för att undvika missförstånd. Det är lämpligt att låta patienten själv berätta om vad hon har hört, för att få en uppfattning om hur patienten tolkat informationen och vad som är oklart. Det är lättare att börja med att besvara patienternas frågor och komplettera informationsbristen. Använd ett enkelt och begripligt tal och utgå från patientens förutsättningar. Ju bättre kunskap sjuksköterskan har desto enklare och klarare kan hon/han förklara det som är viktigt för patienten. Det bör inte gå för lång tid från att patienten lär sig något tills den får använda sig av kunskapen. Undervisning om postoperativa övningar kan med fördel göras dagen före operation. Låt patienten visa de övningar som den har lärt sig. Det är skillnad på att förstå en övning och att utföra den. Nämn inte eventuella konsekvenser av övningen om patienten inte är motiverad att ta dem till sig enligt Holm & Hansen (2000).

Ångest

Forskning har visat att preoperativ ångest påverkar patienten på en fysiologisk och psykologisk nivå. Ångest frisätter adrenalin som via blodflödet förorsakar bland annat kärlkonstriktion, stigande hjärtfrekvens som forcerar hjärtkontraktilitet, stigande blodtryck och kroppstemperatur, hudrodnad och svettning. Psykologiskt förändrar ångest en persons sätt att tänka, känna samt försämra förmågan att koncentrera sig, försvåra att utföra enkla uppgifter och även minska intresset för vanliga sysselsättningar. Följaktligen påverkar ångest fysiologiska vitala tecken, försvagar immunförsvaret och fördröjer läkningsprocessen. Preoperativ ångest är vanligt vid kirurgiska ingrepp, och ökade ångestnivåer kan förändra patienternas kirurgiska förlopp och således öka den postoperativa smärtan. Att underbehandlad postoperativ smärta leder till uppkomst av kroniska smärtsyndrom visas i en litteraturstudie av Vaughn et al (2007).

Smärta är en personlig och subjektiv erfarenhet som endast kan bedömas av den lidande själv. Inom den fysiologiska sfären förorsakar smärta ett neuroendokrint gensvar vilket ökar tonus till alla inre organ (viscera) och frisätter katekolaminer från binjuremärgen. Hormonella gensvar härrör från ökad sympatikustonus och hypothalamusförmedlade reflexer. Måttlig till svår smärta kan påverka nästan varje organsystem. Kardiovaskulära effekter inkluderar hypertension, ökad hjärtrytm, arytmier, ökad systemisk vaskulär resistens, ökad cardiac output eller minskad cardiac output med komprometterande av vänster kammarfunktion vilket sammantaget kan förvärra ischemin. Respiratoriska effekter inkluderar ökad koldioxidproduktion, ökad andningsfrekvens och andningsarbete. Gastrointestinala (GI) effekter inkluderar ökad motilitet, ökad produktion av saltsyra som möjligtvis leder till magsår, illamående, kräkning och förstoppning. Endokrina gensvar inkluderar ökad insöndring av katekolaminer, cortisol och glucagon, minskad insöndring av insulin och testosteron, och natriumretension. Hematologiska effekter inkluderar hyperkoagulation och försämrad immunfunktion. Smärta kan påverka en patients emotionella, sociala, familjära, yrkesmässiga och kroppsliga funktioner (Vaughn et al, 2007).

Uttryck för smärta

Många patienter är nöjda med smärtbehandlingen trots att de lider av smärta påpekar Chung & Lui (2003). Patienterna är sannolikt mer olika än lika i sin mottaglighet av smärta och smärtreaktion. Olika fysiologiska och psykologiska faktorer såsom ålder, kön, ärftlighet och etnisk tillhörighet påverkar behovet av analgetika efter kirurgi.

Ångest, rädsla, depression och negativa erfarenheter av smärta kan påverka smärtupplevelsen. Ökad analgetikakonsumtion är karakteristiskt för patienter med ångest påpekar Polomano (2001). Stalnikowics et al (2005) upptäckte att ibland kan det också vara så att underbehandlad smärta beror på patienternas motvilja att berätta om sin smärta, eller att de inte har förmåga att göra sig hörda. Feeney (2004) visar i en studie att äldre patienter (över 65 år) utgör en större riskgrupp för komplikationer orsakade av inadekvat smärtkontroll samt att försämrade smärtkontroll och effekten av ångest, depression, vrede och ilska har en koppling till framtida kronisk smärta och sänkt smärtröskel. Corney et al (1992) genomförde intervjuer med 105 kvinnor som hade genomgått hysterektomi på grund av cancer. Resultatet visade att kvinnor som drabbades av cancer i underlivet var mer deprimerade på grund av problem i underlivet och kroniska sexuella problem än kvinnor som drabbades av andra typer av cancer.

Smärtvärdering

Enligt det nationella registret för kvalitetsutveckling inom gynekologisk kirurgi (2004) upplever patienterna exempelvis täta postoperativa urinrängningar i samband med kateterinsättning som en operationsorsakad allvarlig komplikation efter gynekologisk och/eller urologisk kirurgi, men som bedöms av läkare som normala eller lindriga postoperativa besvär. Omvänt kan i en del fall läkare bedöma en komplikation som allvarlig där patienten bedömer denna som lindrig, till exempel skada på urinledare eller tarm. Sjuksköterskor kan ibland bidra till att problem med inadekvat smärtlindring uppstår. Zalon (1993) rapporterade att sjuksköterskor har en tendens att övervärdera mild smärta och undervärdera svårare smärta. Skillnaden mellan sjuksköterskors och patienters smärtskattning kan hänföras till en mängd faktorer. Sjuksköterskors iakttagelseförmåga av smärta baseras ofta på deras kunskap och tidigare erfarenhet av smärta, typen av kirurgi som patienten har genomgått, och patientens ålder, kön och kultur (Manias et al, 2002). Studier har också visat att sjuksköterskor kan ha felaktiga och även negativa attityder till patienter som upplever smärta (Schafheutle et al, 2001). En observationsstudie av Manias (2003) visade att sjuksköterskor tycktes sätta en lägre prioritet på aktiviteter som direkt påverkade patienternas bekvämlighet såsom hantering av smärtstillande medel inom en lämplig tidsram.

Smärtanalys

Smärtanalysen ska ge svar på var och hur det gör ont, exempelvis på frågan var det gör ont, och hur patienten upplever smärtan. Smärtskattning görs med hjälp av en Visuell Analog Skala (VAS) som är ett mätinstrument för bedömning av smärtupplevelse. VAS är en tio cm linje med ytterpunkterna markerade som "värsta tänkbara smärta" respektive "ingen smärta". Patienten markerar på denna linje det som bäst motsvarar upplevelsen och vårdpersonalen kan sedan avläsa en graderad skala och i journalen ange det aktuella talet. Denna mätmetod har visat sig fungera bäst vid återkommande mätningar då patienten blir mer van vid instrumentet och då kan jämförelser göras enligt Ehnfors m fl (2000). VAS kan även anpassas för mätning av andra subjektiva variabler såsom oro, tillfredställelse

se, illamående och klåda. Patienten har möjlighet att gradera sin upplevelse visuellt, verbalt och numeriskt. VAS är ett enkelt och mycket användbart instrument och dess validitet och reliabilitet är god. För att förstå syftet och uppnå tillförlitliga resultat bör patienten informeras preoperativt (Rawal, 1999).

Kompetens inom smärtlindring

Smärthantering i det postoperativa förloppet sträcker sig utanför sjuksköterskors vanliga medicinska rutiner. Inom den postoperativa verksamheten är rutiner för smärtlindring övervägande en enkel administration av läkemedel som utförs av sjuksköterskor. Det innefattar ett antal sammanhängande steg: utvärdering av patienternas smärta och ångestnivåer, ta beslut om antingen farmakologiska eller icke farmakologiska ingripanden, val av olika läkemedel, kräva förändringar av medicinering om det är nödvändigt, välja smärtlindringsstrategi, utvärdering av patienternas svar på smärtlindring och uppmärksamma effekterna av behandlingen enligt Manias (2003). Sjuksköterskor är också behjälpliga med att förespråka användning och hantering av alternativa former av smärthantering såsom värme, kyla, lägesändringar, avslappning och avledningsteknik till exempel musik. Smärta fördröjer den postoperativa återhämtningen och kan förorsaka komplikationer som är direkt relaterade till smärtupplevelsen, såsom försämrad respiration, immobilisering och efterföljande venös trombos menar Chung & Lui (2003). Bristande smärtlindring är ett symptom som försenar utskrivning av patienten, och är relaterad till återintagning på sjukhuset enligt Rawal (1998).

Smärtprevention

Det är viktigt att förhindra att postoperativ smärta överhuvudtaget uppstår menar Rawal (1999). Detta medför minskad risk för uppkomst av kroniska smärtsyndrom. Att förebygga postoperativ smärta redan preoperativt och därefter fortsätta med adekvat behandling under och efter operationen, påverkar smärtintensiteten under hela det postoperativa skedet och därmed även behovet av analgetika. Det finns ett flertal åtgärder som kan underlätta förebyggandet av postoperativ smärta: dämpa patientens oro, premedicinering med opioider, preoperativ smärtlindring med paracetamol till alla opererande patienter och eventuell NSAID preparat vid avslutning av operation, samt användning av regionala tekniker såsom sårinfiltration med lokalanestesimedel, användning av perifera nervblockader, epidural lokalanestesi och/eller opioid och slutligen intratekalt morfin.

Kain et al (2000) genomförde en double-blind, randomiserad, placebokontrollerad studie med syfte att undersöka och utvärdera effekterna av preoperativ midazolam 5 mg i.m. (26 patienter) mot en placebo grupp (29 patienter) 30 minuter inför kirurgiska ingrepp och generell anestesi. Det visade sig att polikliniska patienter som hade behandlats med Midazolam preoperativt, hade en förbättrad psykologisk och klinisk återhämtning och upplevde betydligt mindre postoperativ smärta och ångest jämfört med placebogruppen.

Kain et al (2000) genomförde en studie av kvinnor som skulle genomgå elektiv abdominal hysterektomi (53 patienter). Två veckor inför det kirurgiska ingreppet utvärderades karaktärsdrag och utmärkande egenskaper vid ångest, hanteringsförmåga och varsebliven stress. Resultatet visade att preoperativ ångest kunde ha en kritisk negativ funktion i en följd av företeelser som kontrollerar reaktioner av den postoperativa smärtan.

Komplikationsfrekvens

Postoperativa komplikationer efter hysterektomi är betydligt vanligare än komplikationer efter andra gynekologiska ingrepp. Miktionsbesvär och funktionsstörningar i urinblåsan förekommer i mer än 50 % av fallen efter hysterektomi (Sorbe & Frankendahl, 2000). Allvarliga komplikationer efter hysterektomi är uretär- och tarmskada, reoperation efter blödning, trombos, ileus, sårruptur, blåsskada, infektion, subileus, pyelit och urinretension (Löfgren & Olsson, 2000). Enligt det nationella registret för kvalitetsutveckling inom gynekologisk kirurgi (2004) är frekvensen lindriga komplikationer vid abdominell hysterektomi 13,4 %, vid laparoskopisk hysterektomi 12,1 % och vid vaginal hysterektomi 9,1 %. Frekvensen allvarliga komplikationer är vid abdominell hysterektomi 1,4 %, laparoskopisk hysterektomi 1,2 % och för vaginal hysterektomi 1,6 %. Uppfattning om vad som bedöms som allvarlig eller lindrig komplikation 6-8 veckor postoperativ skiljer sig mellan patienter och läkare. Enligt patienterna medförde 6,3 % av operationerna allvarliga komplikationer medan läkare bedömer denna frekvens till 2,6 %. Lindriga komplikationer förekom enligt patienterna i 32 % och enligt läkarna 28 % av fallen.

Klinisk betydelse

Genom att etablera en länk mellan preoperativ oro och postoperativ smärta kan professioner inom sjukvården förutse patientens postoperativa tillstånd. För att det ska komma till stånd måste information om sambandet spridas bland sjuksköterskor som arbetar i den perioperativa vården. Då kan sjuksköterskor identifiera patienter med höga preoperativa ångestnivåer och förutse den ökade potentialen av postoperativ smärta. Det här är viktigt både teoretiskt och inom den kliniska verksamheten. Det finns en stor variation av gensvar bland patienter som undergår samma kirurgiska procedur. Allt som kan förutse denna variation skulle resultera i bättre patientvård och tillfredsställelse. Om preoperativa ångestnivåer kan förutse postoperativ smärta skulle patienter ur ett holistiskt perspektiv ha tillgång till alternativa behandlingsmetoder och strategier mot ångest och utbildning om hur man kan hantera dessa mekanismer. Troligen har sjuksköterskor större möjlighet att förutse områden för smärtkontroll på grund av deras unika position inom patientomvårdnaden enligt Vaughn et al (2007). Trots detta existerar en brist på forskning som har försökt att förstå och ta till vara sjuksköterskors kunskap och erfarenhet enligt Richards & Hubbert (2007).

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka hur patienten värderade den preoperativa fasen inför en planerad hysterektomi, och om det fanns eventuella samband med postoperativ smärta.

Följande frågeställningar kommer särskilt att belysas:

- Hur påverkar pre- och perioperativa förutsättningar/faktorer den postoperativa smärtupplevelsen?
- Hur värderar patienten den postoperativa smärtlindringen?
- Hur värderar patienten den preoperativa omvårdnaden?

Studiens betydelse

Resultaten från studien skulle kunna ge underlag för att kvalitetssäkra den pre- och postoperativa omvårdnaden. Preoperativ smärtlindring, kommunikation och information kan, ur ett smärtlindrings- och välbefinnandeperspektiv, bidra till en kvalitetsförbättring av det postoperativa förloppet med patienten i fokus.

METOD

En kvantitativ retrospektiv undersökning av den pre- och postoperativa omvårdnaden genomfördes på Universitetssjukhuset i Lund. Efter genomgången hysterektomi utfrågades 50 kvinnor med hjälp av ett frågeformulär (bilaga 1). Eftersom det enligt syfte och frågeställningar finns en ambition att försöka beskriva eventuella samband mellan förhållanden i den preoperativa fasen med förhållanden i den postoperativa fasen, och då särskilt smärtupplevelse, gör patienterna en värdering av olika aspekter med hjälp av skattningsskalor. Frågeformuläret innehåller också öppna frågor som kommer att analyseras kvantitativt.

Urval av patienter

Patienter som ingick i enkätundersökningen var planerad för elektiv hysterektomi. Val av patienter gjordes med hjälp av operationsprogrammet. Urvalsförfarandet är således inte slumpmässigt. Utgångspunkt för urvalet av patienterna var operationsmetod som medförde att även diagnos för operationsorsak samlades in. Det ledde till olika stora diagnosgrupper. Frågorna besvarades 1:a eller 2:a dagen postoperativt. Under tiden materialet samlades in erhöles en snabb mättnad av patienter som hade opererats abdominellt och laparoskopiskt (robotassisterad). Det tog längre tid att få ihop materialet av patienter som skulle opereras vaginalt eftersom den operationsmetoden inte förekom lika ofta.

Inklusionskriterier: 50 patienter med elektiv abdominell, laparoskopisk eller vaginal hysterektomi i åldern från 18 år och äldre.

Exklusionskriterier: Kvinnor som inte förstår eller talar svenska och inte kan läsa svensk text.

Bortfall: För att få svar från 50 patienter tillfrågades 56. Två patienter var inte intresserade att ingå i studien, två patienter var för trötta, en patient blev reopererad och en patient fick postoperativ stroke.

Instrument för datainsamling

Data för enkätundersökningen samlades in under våren 2008. I studien användes ett frågeformulär (bilaga 1) för att värdera den pre- och postoperativa omvårdnaden i samband med planerad hysterektomi. Med hjälp av frågeformuläret ställdes strukturerade frågor. Frågeformuläret bestod av frågor med fasta svarsalternativ och öppna svar som skulle ge svar på syfte och frågeställning. De skalor som användes var ordinalskalor med sex svarsalternativ, se frågeformuläret (bilaga 1).

Enligt Ejlertsson (2005) går värdena att rangordna från det lägsta till det högsta. Frågorna är ofta av denna typ och används för att mäta attityder eller åsikter. Studiens syfte motiverar användningen av skalor för att beskriva oro, smärtupplevelse och övriga förhållanden under den pre- och postoperativa fasen. Dessutom användes ett formulär för notering av patientuppgifter (bilaga 2) såsom operationsdatum, intervjudag, operationsorsak och typ av hysterektomi. Det gjordes också anteckningar om patienten hade erhållit smärtump. Den sexgradiga verbala smärtskalan kondenserades till en tvågradig smärtskala i tabell 3 och 8. Ingen till måttlig smärta är en acceptabel postoperativ smärtnivå och medelsvår till outhärdlig smärta är en oacceptabel postoperativ smärtnivå enligt Rawal (1999).

Reliabilitet och validitet

Enligt Polit et al (2001) är svarsfrekvensen vid personligt utdelade enkäter ofta högre än vid andra insamlingsmetoder, vilket motiverar den datainsamlingsmetod som använts. För värdering av den pre- och postoperativa smärtupplevelsen användes en visuell analog skala (VAS) med sex steg i stället för 10. De sex skalstegen verbaliserades (ingen= 1, lätt= 2, måttlig= 3, medelsvår= 4, svår= 5 och outhärdlig= 6) för att underlätta för patienterna att beskriva sin smärta. Rawal (1999) menar att patienten har möjlighet att gradera sin upplevelse visuellt, verbalt och numeriskt. VAS är ett ofta använt instrument och dess validitet och reliabilitet är god om patienten informeras preoperativt. Vid frågetillfället med patienten fanns möjlighet att klargöra frågorna med utfrågaren för att förhindra eventuella missförstånd. Detta bör ha påverkat reliabiliteten och validiteten positivt.

Dataanalys

Användningen av skalor medger en kvantitativ beskrivning av eventuella samband. Skalorna är ordinalskalor (Ejlertsson, 2005) som medger användning av icke-parametrisk statistik. Deskription och analys av data har gjorts med hjälp av SPSS for Windows (Wahlgren, 2005). I förekommande fall har signifikansprövning skett med Kruskal-Wallis test samt chitvå test (Siegel, 1956). Samtliga oberoende variabler har använts för att jämföra grupper på den beroende variabeln som är postoperativ smärta. Signifikansnivå som har använts är 5 % ($\alpha=0,05$).

Genomförande

När projektplanen godkänns presenterades studien för personalen på den gynekologiska vårdavdelningen, operationsavdelningen och den postoperativa avdelningen. Med hjälp av operationsprogrammet genomfördes urvalet av kvinnorna. Möte med patienterna för att besvara enkäten skedde den 1:a eller 2:a dagen postoperativt beroende på patientens postoperativa sjukhusvistelse.

Sjuksköterskan som genomförde enkätstudien ställde även frågorna till patienterna. På vårdavdelningen etablerades en dialog med patienten där information om studien lämnades. Patienten tillfrågades om hon kunde tänka sig att delta i studien. Efter informationen och patientens muntliga och skriftliga medgivande utfrågades patienten med hjälp av frågeformuläret (bilaga 1). Frågorna i enkäten ställdes till patienterna i ett avskilt rum. Enkät, skriftlig information och blankett för underskrivet medgivande hade försetts med ett löpnummer för att göra bearbetningen enkel.

Etiska överväganden

Patientutfrågningarna som skedde med hjälp av ett frågeformulär (bilaga 1), krävde skriftligt samtycke av enhetscheferna på kvinnokliniken (bilaga 6) och aneste-

sikliniken (bilaga 5), patienterna som deltog i undersökningen på kvinnoklinikens vårdavdelning samt av Etikprövningsnämnden vid Hälsa och samhälle där nämnden gav tillstånd att genomföra studien. Dnr för beslutet är Dnr HS 60-07/945:2.

En av de mest fundamentala etiska principerna i samband med forskning är att inte skada (Polit et al, 2001). Vid planering av enkätundersökning bör speciellt informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet beaktas. Deltagarna har rätt till en utförlig skriftlig information om undersökningen, dess syfte och att det är frivilligt att delta (Ejlertsson, 2005). Information som gavs till patienterna framgår av bilaga 3. Informerat samtycke innebär att deltagarna fick adekvat information beträffande undersökningen, att de förstod informationen, att de hade valfrihet att delta samt att de hade möjlighet att avbryta (se bilaga 4). Enligt personuppgiftslagen (1998:204) får personuppgifter endast behandlas om deltagaren har lämnat sitt uttryckliga samtycke (bilaga 4). Deltagare garanterades att den information de förmedlade till forskaren inte användes emot dem (Polit et al, 2001).

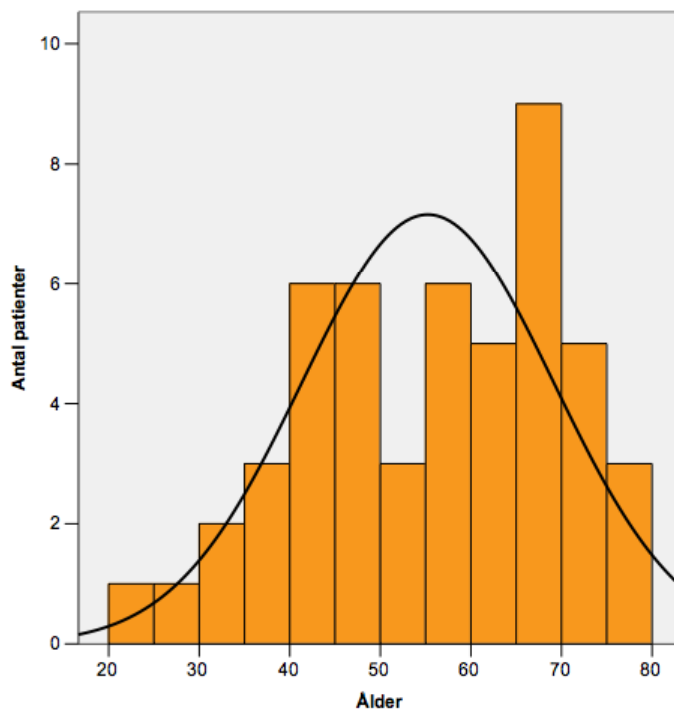
Kravet på konfidentialitet innebär att enskilda individer inte kan identifieras av utomstående. Personuppgifter förvarades i ett skåp på kvinnoklinikens uppvakningsavdelning. Skåpet låstes med en kodnyckel som förvaltades av sjuksköterskan som genomförde undersökningen. Insamlade data redovisas endast på grupp-nivå vilket innebar att enskild persons identitet inte avslöjades. Nyttjandekravet innebär att insamlade uppgifter om enskilda personer endast används för det ändamål undersökningen avser och inte i något annat sammanhang. Nyttan med studien var att resultaten skulle skapa underlag för en bättre omvårdnad (Ejlertsson, 2005).

RESULTAT

Resultatet inleds med presentation av patientgruppen. Följande frågeställningar kommer att redovisas:

- Hur påverkar pre- och perioperativa förutsättningar/faktorer den postoperativa smärtupplevelsen?
- Hur värderar patienten den postoperativa smärtlindringen?
- Hur värderar patienten den preoperativa omvårdnaden?

Presentation av patientgrupp



Figur 1. Åldersfördelning i totalgruppen (n=50).

Figur 1 visar åldersfördelningen i den grupp som ingick i undersökningen. Fördelningen visar att studiegruppen huvudsakligen består av äldre kvinnor (median-ålder 55,5 år). Åldersfördelningen avviker vidare från normalfördelningen.

Tabell 1. Gynekologiska diagnoser och operationsmetod. Totalgruppen.

| | Abdominell | Lapraskopisk | Vaginal | Total |
|------------|------------|--------------|---------|-------|
| Tumör | 9 | 15 | 4 | 28 |
| Myom | 7 | 0 | 0 | 7 |
| Framfall | 0 | 0 | 10 | 10 |
| Blödningar | 1 | 2 | 2 | 5 |
| Total | 17 | 17 | 16 | 50 |

Tabell 1 visar diagnoser relaterade till operationsmetoder. Här kan tydligt ses att patienter med tumör och gynekologisk blödning opereras med alla typer av opera-

tionsmetoder. Patienter med myom opereras enbart abdominellt och patienter med framfall enbart vaginalt. Av det totala antalet gynekologiska diagnoser dominerar patienter med tumör. Antalet patienter som opererats med de tre metoderna är jämnt fördelade.

Tabell 2. Gynekologiska diagnoser relaterade till åldersgrupp. Totalgruppen.

| Diagnos | Åldersgrupp | Genomsnittsålder | Antal |
|----------|-------------|------------------|-------|
| Tumör | 24 – 80 | 57 | 28 |
| Myom | 41 – 58 | 48 | 7 |
| Framfall | 44 – 69 | 58 | 10 |
| Blödning | 39 – 73 | 49 | 5 |
| Total | 24 – 80 | 55,5 | 50 |

Tabell 2 visar fördelningen av diagnoser relaterade till åldersgrupp. Tumör är vanligaste diagnosen som dominerar från den yngste till äldste patienten. 13 av 28 patienter med tumör är > 65 år. Patienter med övriga diagnoser är i 40-årsåldern och inte äldre än 73 år.

Hur påverkar pre- och perioperativa förutsättningar/faktorer den postoperativa smärtupplevelsen?

Tabell 3. Postoperativ smärtupplevelse i totalgruppen.

| Postoperativ smärtupplevelse | Antal | Procent |
|----------------------------------|-------|---------|
| Ingen till måttlig smärta | 18 | 36,0 |
| Medelsvår till outhärdlig smärta | 32 | 64,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Anm. Den sexgradiga skalan har här transformerats till en tvågradig skala.

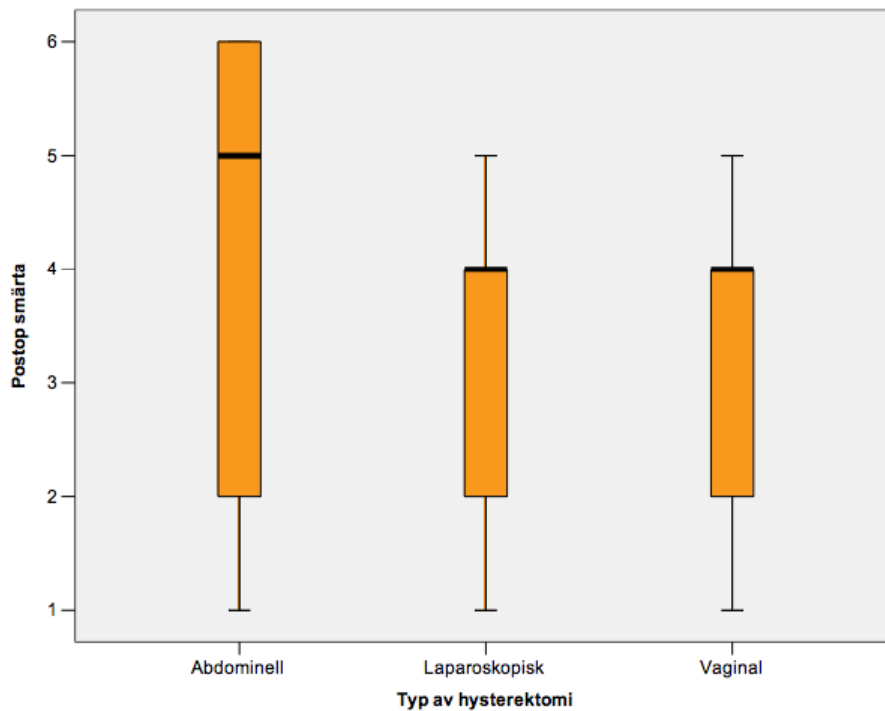
Tabell 3 visar gruppen patienter (n=18) med ingen till måttlig smärta som är en acceptabel postoperativ smärtnivå och gruppen patienter (n=32) med medelsvår till outhärdlig smärta som är en oacceptabel postoperativ smärtnivå.

Tabell 4. Operationsmetod och postoperativ smärtupplevelse.

| Operationsmetod/ smärtupplevelse | Ingen till måttlig smärta | Medelsvår till outhärdlig smärta | Total |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------|
| Abdominell | 5 | 12 | 17 |
| Laparoskopisk | 6 | 11 | 17 |
| Vaginal | 7 | 9 | 16 |
| Total | 18 | 32 | 50 |

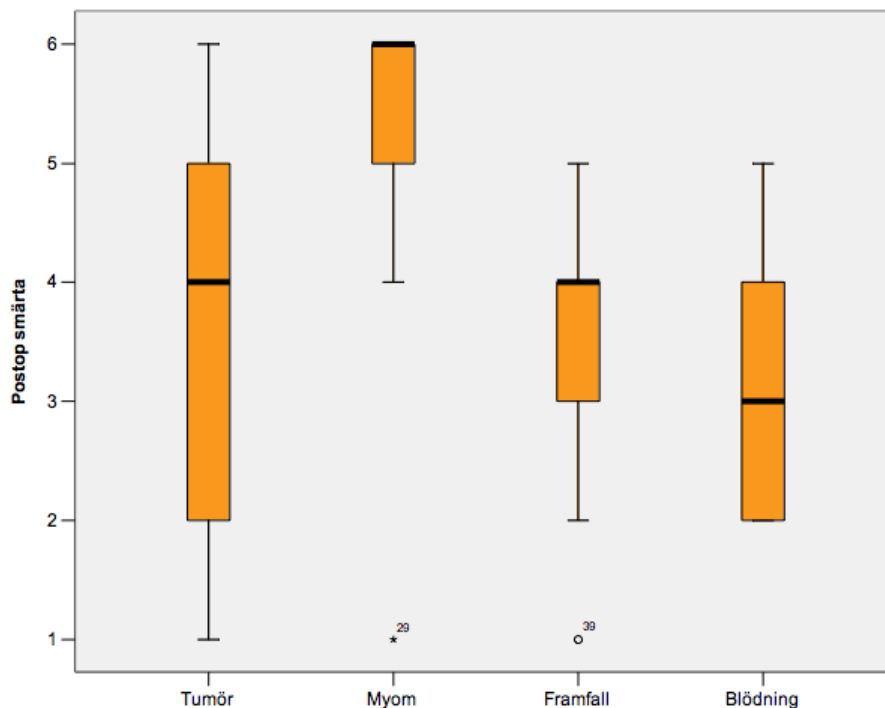
Anm. Den sexgradiga smärtskalan har här transformerats till en tvågradig skala.

Tabell 4 visar att patienter som opererats abdominellt eller laparoskopiskt i något högre grad anger medelsvår till outhärdlig smärta än de som opererats vaginalt. Skillnaderna är slumpmässiga och visar således ingen signifikans ($p>0,05$).



Figur 2. Postoperativ smärta relaterad till operationsmetod. Medianer och kvartilavvikelser. (1= Ingen smärta; 6= Outhärdlig smärta).

Figur 2 visar postoperativ smärtupplevelse relaterad till operationsmetod. Signifikansprövning med Kruskal Wallis test visar att postoperativ smärtupplevelse inte systematiskt är relaterad till operationsmetod ($p > 0,05$).



Figur 3. Upplevd postoperativ smärta relaterad till diagnos. Medianer och kvartilavvikelser. (1= ingen smärta till 6= outhärdlig smärta).

Figur 3 visar medianvärden och variationsvidd för postoperativ smärtupplevelse relaterad till diagnos. Trots nominella skillnader mellan diagnosgrupper visar Kruskal Wallis test att skillnaderna i smärtupplevelse för olika diagnosgrupper är slumpmässiga ($p>0,05$).

Tabell 5. Kronisk smärta och postoperativ smärtupplevelse.

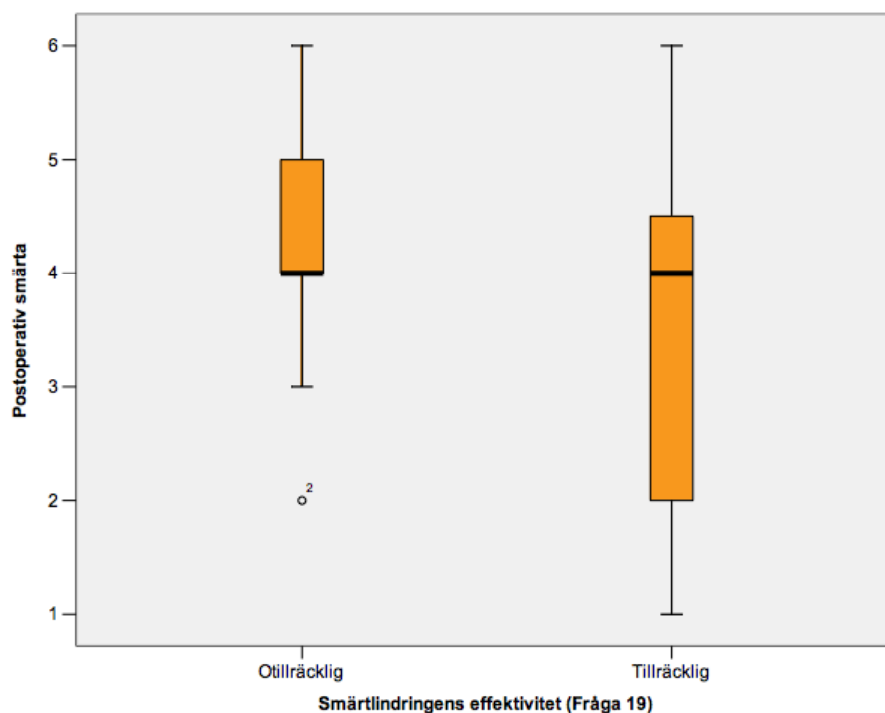
| Kronisk smärta | Ingen till måttlig smärta | Medelsvår till outhärdlig smärta | Total |
|----------------|---------------------------|----------------------------------|-------|
| Nej | 12 | 20 | 32 |
| Ja | 6 | 12 | 18 |
| Total | 18 | 32 | 50 |

Tabell 5 visar fördelningen av patienter med preoperativ kronisk smärta i förhållande till postoperativ smärtupplevelse. Användning av chitvåtest visar att preoperativ kronisk smärta inte är systematiskt relaterad till postoperativ smärtupplevelse ($p>0,05$).

För att belysa om det finns ett samband mellan postoperativ smärta och preoperativ oro, preoperativ smärtlindring, preoperativ information (innehåll och begriplighet) har sistnämnda oberoende variabler testats med Kruskal Wallis. I samtliga fall erhålls $p>0,05$ vilket gör det rimligt att anta att någon samvariation inte finns.

Av 50 patienter redovisade 18 (36 %) negativa erfarenheter från tidigare operation och negativa erfarenheter från smärtlindring inom sjukvården. Användning av Kruskal Wallis test visar att negativ erfarenhet från tidigare sjukvård inte påverkar postoperativ smärtupplevelse ($p>0,05$).

Hur värderar patienten den postoperativa smärtlindringen?



Figur 4. Upplevd postoperativ smärta relaterad till smärtlindringens effektivitet. Medianvärden och kvartilavvikelser. (1= Ingen smärta; 6= Outhärdlig smärta).

Av totalt 50 patienter tyckte 36 (72 %) att smärtlindringen var tillräcklig, 13 (26 %) tyckte den var otillräcklig och 1 (2 %) svarade inte på frågan. Skillnaderna i postoperativ smärtupplevelse mellan de patienter som anser att smärtlindringen varit otillräcklig och de som anser den vara tillräcklig är trots de nominella skillnaderna slumpmässig ($p>0,05$).

I nedanstående tabeller redovisas den upplevda effekten av smärtlindringen relaterad till dels diagnos, dels operationsmetod.

Tabell 6. Smärtlindringens effektivitet relaterad till diagnos. Frekvenser.

| Diagnos | Otillräcklig | Tillräcklig | Total |
|----------|--------------|-------------|-------|
| Tumör | 7 | 21 | 28 |
| Myom | 2 | 5 | 7 |
| Framfall | 4 | 5 | 9 |
| Blödning | 0 | 5 | 5 |
| Total | 13 | 36 | 49 |

Tabell 7. Smärtlindringens effektivitet relaterad till operationsmetod. Frekvenser.

| Operationsmetod | Otillräcklig | Tillräcklig | Ej svar | Total |
|-----------------|--------------|-------------|---------|-------|
| Abdominell | 3 | 14 | 0 | 17 |
| Laparoskopisk | 5 | 12 | 0 | 17 |
| Vaginal | 5 | 10 | 1 | 16 |
| Total | 13 | 36 | 1 | 50 |

Av tabellerna framgår att cirka en fjärdedel av patienterna upplever att den postoperativa smärtlindringen varit otillräcklig.

En anledning till att andelen abdominellt opererade patienter tyckte att smärtlindringen var tillräcklig kan bero på att nio av dem erhållit en smärtpump. Se tabell 8.

Tabell 8. Upplevd postoperativ smärta relaterad till om smärtpump använts eller ej.

| Smärtpump | Ingen till måttlig smärta | Medelsvår till outhärdlig smärta | Total |
|------------|---------------------------|----------------------------------|-------|
| Ingen pump | 14 | 27 | 41 |
| Smärtpump | 4 | 5 | 9 |
| Total | 18 | 32 | 50 |

Tabell 8 visar fördelningen av smärtpumpar mellan smärtgrupperna. I patientgruppen med medelsvår till outhärdlig smärta fanns två epidurala och tre intravenösa smärtpumpar som tydligen inte gav den förväntade smärtlindrande effekten. I patientgruppen med ingen till måttlig smärta hade fyra patienter en epidural smärtpump med optimal postoperativ smärtlindring.

Laparoskopiskt opererade patienter besvärades främst av postoperativ smärta i revbenen, axlar, armar och diafragma och patienter som hade opererats vaginalt hade postoperativ smärta i underlivet, urinvägarna och ändtarmen. Abdominell opererade patienter hade mest ont i buken och i operationssåret.

I patientgruppen med medelsvår till outhärdlig smärta (n=32) svarade alla att de hade talat om för personalen att de hade smärta efter operationen.

I patientgruppen med ingen till måttlig smärta (n=18) svarade 10 patienter att de hade talat om för personalen att de hade smärta efter operationen.

Alla patienter fick postoperativ smärtlindring. 36 (72 %) patienter tyckte att den postoperativa smärtlindringen var tillräcklig.

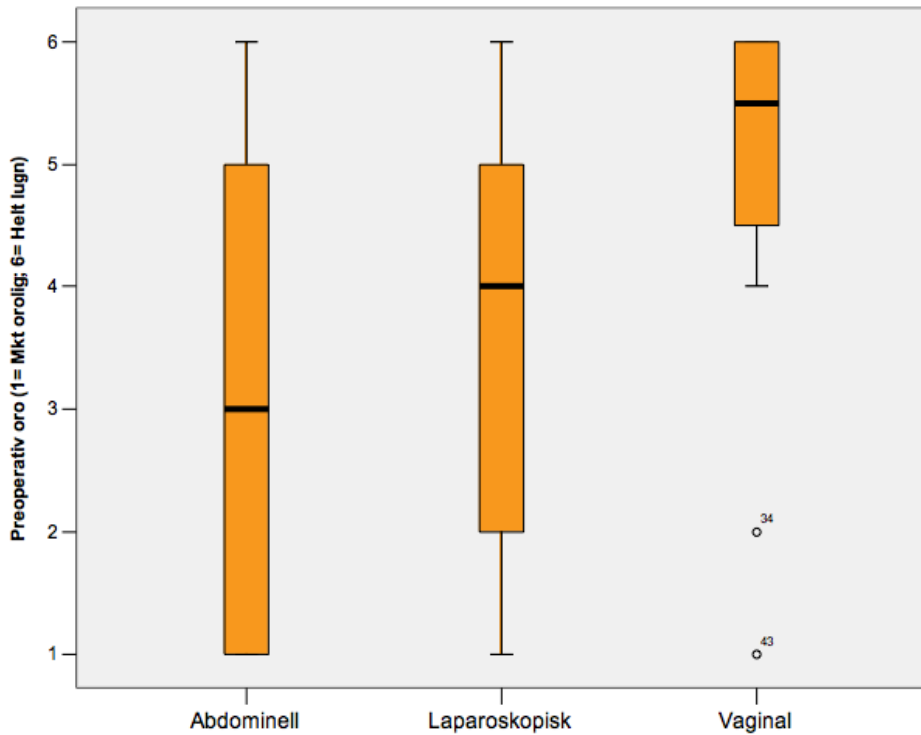
Tabell 9. Samband mellan smärtpump och postoperativ smärtvärdering.

| Smärtpump | Otillräcklig | Tillräcklig | Ej svar | Total |
|------------|--------------|-------------|---------|-------|
| Ingen pump | 12 | 28 | 1 | 41 |
| Smärtpump | 1 | 8 | 0 | 9 |
| Total | 13 | 36 | 1 | 50 |

Tabell 9 visar att en patient med intravenös smärtpump och svår smärta upplevde den postoperativa smärtlindringen otillräcklig. Samtliga 9 patienter (39 - 80 år) med smärtpump hade genomgått abdominell hysterektomi, 8 patienter hade en gynekologisk tumör och en patient myom.

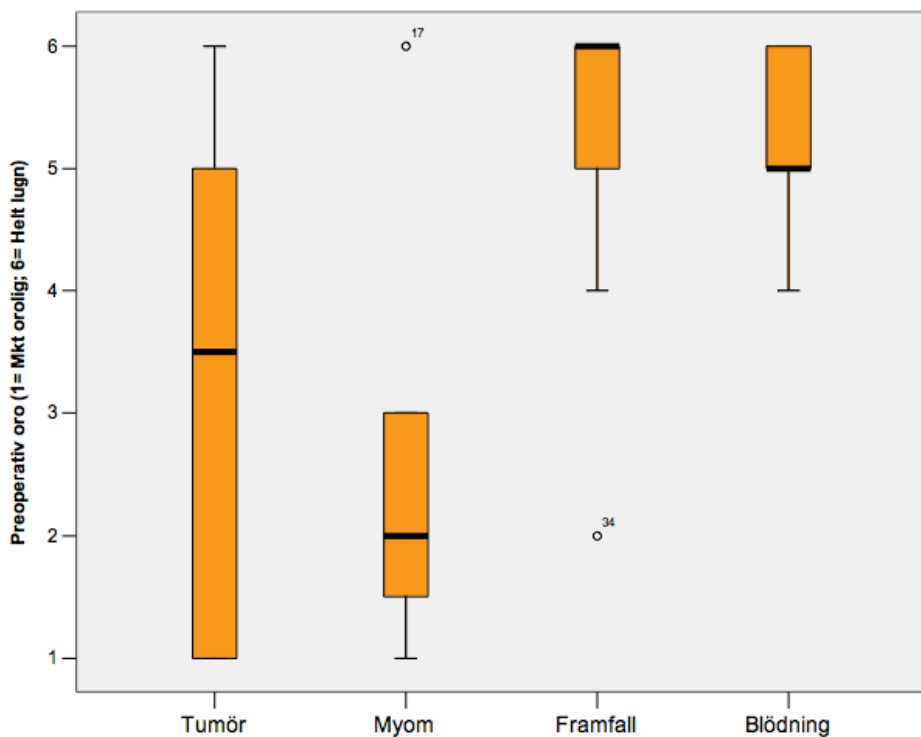
Hur värderar patienten den preoperativa omvårdnaden?

För att se om olika operationsmetoder är kopplade till oro användes Kruskal Wallis test. Analysen visar att de patienter som opererats vaginalt känner sig mycket lugnare än patienter som opererats med andra metoder. Skillnaden är signifikant ($p < 0,05$). Se figur 5.



Figur 5. Preoperativ oro relaterad till operationsmetod. Medianer och kvartilavvikelser.

Kruskal Wallis test användes på samma sätt för att belysa om preoperativ oro var kopplad till diagnos. Resultatet visar att de som fått diagnosen framfall och blödning är signifikant lugnare än de som diagnostiserats med tumör eller myom ($p < 0,05$). Se figur 6.



Figur 6. Preoperativ oro relaterad till diagnos. Medianer och kvartilavvikelser.

Vad oroar sig patienterna för inför operationen?

Frågeformuläret gav patienterna möjligheter att berätta om vad de oroade sig för. De vanligaste orsakerna till oro var postoperativ smärta (n=8), diagnos (n=10), narkos (n=11), postoperativa komplikationer (n=10), postoperativ illamående (n=3).

Behov av att tala med någon före operationen

Patientkommentarerna som framkom ur studien är vägledande för hur den preoperativa omvårdnaden kan förbättras. Eftersom patienterna oroade sig som mest över postoperativ smärta, diagnos och narkos, var det naturligt att de ville ha ett utökat samtal med läkaren som opererar (n=13), narkosläkaren (n=11) och sjuksköterskan (n=7).

Hur kan informationen förbättras?

De flesta patienterna tyckte att den preoperativa informationen var mycket bra och att den var lätt att förstå. Patienterna tyckte att informationen kunde förbättras genom att; använda ett enklare språk (n=1), göra informationen personligare (n=1), ge enhetligare information (n=1). En del ville dessutom ha mer information om; preoperativ laxering (n=1), postoperativ gymnastik (n=1), preoperativ diet (n=2), intubering (n=1), postoperativ smärta (n=3), postoperativ smärtlindring (n=2), biverkningar av smärtlindringen (n=1) och operationsförloppet (n=3).

DISKUSSION

I diskussionen behandlas först metodaspekter på studien. Denna diskussion följs av en diskussion kring resultaten.

Metoddiskussion

En avsikt med undersökningen var att ge underlag för kvalitetssäkring av den pre- och postoperativa omvårdnaden inom den kliniska verksamheten. Med hjälp av ett frågeformulär och strukturerade frågor genomfördes individuella utfrågningar. Frågeställningarna handlade om att belysa eventuella samband mellan postoperativ smärta och preoperativa förhållanden. När man vill beskriva om det finns en relation mellan olika fenomen är det naturligt att använda kvantitativa data.

De skalor som använts är ordinalskalor och kategorier och de statistiska metoder som står till buds är därför chitvå-testet och Kruskal Wallis test för jämförelse av flera oberoende stickprov (Siegel 1956). För statistisk signifikans accepterades p-värden $\leq 0,05$. Lådidiagram har använts för att redovisa centraltendenser i materialet eftersom variablerna i många fall är snedfördelade.

Frågeformuläret (bilaga 1) med 19 frågor bestod av 5 frågor med ordinalskalor, 5 frågor med fria svarsalternativ, 7 frågor med ja/nej alternativ och 2 frågor med alternativen otillräcklig/tillräcklig. Fråga 10 och fråga 15 bestod av ordinalskalor

som handlade om patientens preoperativa respektive postoperativa smärtvärdering. Dessa frågor besvarades med hjälp av VAS verbala smärtskala där 1 = Ingen smärta och 6 = Outhärdlig smärta. Utöver frågeformulärets frågor noterades patientuppgifter (bilaga 2). Frågeformuläret, patientuppgifter, informationsblankett (bilaga 3) och samtyckesbilaga (bilaga 4) försågs med löpnummer för att kunna kontrollera data vid bearbetning.

Patienterna utfrågades på vårdavdelningen den 1:a respektive 2:a postoperativa dagen. Detta berodde på att vaginalt och laparoskopiskt (robotassisterade) opererade patienter med relativt god kondition kunde skrivas ut redan den 1:a postoperativa dagen. För att inte förlora tid för insamling av data var det viktigt att bevaka utfrågningstillfällena. Av 50 patienter utfrågades 23 patienter den 1:a postoperativa dagen och 27 patienter den 2:a postoperativa dagen. Frånsett utfrågningdagen så fanns det inte någon skillnad i patienternas totala bedömning om smärtlindringen uppfattades tillräcklig respektive otillräcklig. Tidpunkt för utfrågning var övervägande på eftermiddagen eller på kvällen då patienten var vaken och kommunikativ. Då kunde patienten medvetet svara på frågorna och bedöma sin situation, vilket är en styrka. Dessutom fick patienterna möjlighet att läsa igenom enkäten innan utfrågningen genomfördes. Patienterna hade också möjlighet att ställa frågor så att inga missförstånd kunde uppstå och det påverkar reliabiliteten positivt.

När det gäller kommunikation och samarbete så är patienterna under den postoperativa uppvakningen för det mesta yrvakna och upptagna av sin smärtförmåelse och har då svårt att göra en smärtskattning. Vanligtvis hjälper sjuksköterskan patienten med att värdera smärtan enligt en numerisk skala (1 till 10). Det händer också att den verbala skalan (ingen, lätt, måttlig, medelsvår, svår och outhärdlig) används för den postoperativa smärtbedömningen. Ibland ger man patienten en ledtråd och det brukar underlätta att uttrycka dennes subjektiva känsla av smärtnivån.

Det finns olika sätt att mäta den postoperativa smärtan och det finns inget enhetligt förfarande, vilket också kan ses i den postoperativa dokumentationen. Zalon (1993) rapporterade att sjuksköterskor har en tendens att övervärdera mild smärta och undervärdera svårare smärta. Skillnaden mellan sjuksköterskors och patienters smärtskattning kan hänföras till en mängd faktorer. Sjuksköterskors iakttagelseförmåga av smärta baseras ofta på deras kunskap och tidigare erfarenhet av smärta, typen av kirurgi som patienten har genomgått, och patientens ålder, kön och kultur (Manias et al, 2002). Den postoperativa smärtbedömningen kan därför innehålla mättningsfel.

För att förstå syftet med smärtmätning och uppnå tillförlitliga resultat bör patienten informeras preoperativt (Rawal, 1999). Patienterna hade preoperativt inte fått någon information om VAS och det är en svaghet. Vid utfrågningstillfället användes en sexgradig VAS, vilket också är en svaghet genom att spridningen därmed minskar.

En annan metodaspekt är urvalet av patienter från klinikens operationsprogram. Enligt Ejlertsson (2005) kan en sådan urvalsmetod påverka möjligheterna att generalisera undersökningsresultatet. Val av patienter från operationslistan skedde inte dagligen utan kunde variera med hänsyn till tidsfaktorn och periodisering av operationsmetoderna. Detta kan således ha bidragit till ett slumpmässigt urval, vilket är en styrka för att kunna generalisera resultatet. Genom att de olika opera-

tionsmetoderna genererat ungefär lika stora grupper bör jämförelserna i detta avseende vara relativt säkra. Ifråga om diagnos varierar emellertid antalet patienter i de olika grupperna starkt. Detta gör att dessa jämförelser kan vara något osäkra.

En pilotstudie genomfördes inte därför att det uppstod inga problem med enkäten i samband med utfrågningarna. Genom att kolleger och verksamhetschefer bedömt enkäten garanteras en viss innehållsmässig validitet. Reliabiliteten har inte testats men patienterna har inte meddelat att de tyckt det varit svårt att förstå och besvara enkäten.

Resultatdiskussion

Resultatet i denna studie visar att 32 (64 %) hysterektomerade patienter postoperativt upplevde medelsvår till outhärdlig smärta. Detta överensstämmer delvis med resultat som rapporteras av Rudin (2007) som visar att upp till 30 % av patienterna som genomgått större kirurgi upplever medelsvår till svår smärta.

Är det acceptabelt att två tredjedelar av hysterektomerade patienter upplever svår postoperativ smärta på grund av bristfällig postoperativ smärtlindring? Varför kan inte effektivare smärtlindring uppnås? Kan det bero på en otillräcklig preoperativ patientanalys och/eller bristande resurser av effektivare smärtlindringsmetoder? God smärtbehandling minskar oro och stress, sömnstörningar och nedstämdhet och medför en förbättrad hjärt- och lungfunktion samt gastrointestinal funktion (Rawal, 1999). Enligt Socialstyrelsen (1982:763) skall Hälso- och sjukvården bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård och vara av god kvalitet.

Enligt Rawal (1999) är det viktigt att förhindra och förebygga att postoperativ smärta överhuvudtaget uppstår. I den här undersökningen fick 28 (56 %) patienter preoperativ smärtlindring med Panodil och/eller Midazolam som premedicinering för att reducera postoperativ smärta. Endast 3 (6 %) patienter tyckte att den preoperativa smärtlindringen var otillräcklig. Det visade sig också att 23 (46 %) patienter inte hade preoperativ smärta.

Statistiskt finns det inte något samband mellan grupperna som fått eller inte fått preoperativ smärtlindring och denna studie ger således inget stöd för att preoperativ smärtlindring skulle minska den postoperativa smärtan trots att andra studier visar på det motsatta (se till exempel Kain et al 2000).

Hysterektomi bedöms som ett medelstort kirurgiskt ingrepp och gynekologisk cancerkirurgi räknas till de stora kirurgiska ingreppen (Rawal, 1998). I denna studie upplevde abdominellt opererade patienter med gynekologisk tumör och myom en hög postoperativ smärtnivå. Eftersom patienter med myom var en liten grupp så borde det framöver vara ett observandum för en uppmärksam sjuksköterska.

Patienter med tumör men framförallt patienter med myom var preoperativt mycket oroliga. Vaughn et al (2007) konstaterar att det finns ett samband mellan preoperativ oro och postoperativ smärta. Något sådant samband finns inte i nu genomförd studie. Däremot finns en skillnad vad avser preoperativ oro och operationsmetod när det gäller vaginalt opererade patienter. Dessa patienter visade signifikant lägre oro än övriga patienter.

Undersökningen visar att kvaliteten på den preoperativa informationen var mycket god. 48 av 50 patienter tyckte att informationen var bra. Den var också lätt att

förstå tyckte 49 av 50 patienter. Preoperativ information fick alltså totalt ett högt betyg när det gäller kvalitet och förståelse. Trots detta så hade patienterna synpunkter på den preoperativa informationen och önskade kompletteringar angående enklare och personligare information. Information om postoperativ smärta och smärtlindring hörde till de vanligaste önskemålen. En del patienter hade velat veta mera vilka biverkningar smärtlindrande läkemedel hade. Några patienter hade mera besvär med tarmen än med operationssåret. De kunde inte förstå att man kunde äta som vanligt dagen inför operationen och önskade därför föreskrifter om preoperativ diet och laxering. Någon engagerade sig i den postoperativa återhämtningen och kände ett behov att få veta mera om postoperativ gymnastik. En patient kände det mycket obehagligt med postoperativ smärta i halsen på grund av intubering och hade velat veta mer om detta i förväg. Andra ville få information om eventuellt ändrade operationsstrategier och förlopp.

Kinniks & Leners (1995) och Almås (2002) påstår att brist på information kan leda till ångest, rädsla och oro. Trots att patienter med cancer och myom i denna studie var nöjda med informationen så var denna patientgrupp ändå mycket orolig preoperativt och flertalet patienter upplevde medelsvår till outhärdlig smärta postoperativt. Alltför små grupper gjorde det inte möjligt att pröva sambandet mellan information och postoperativ smärtupplevelse. Trots att vaginalopererade patienter var minst oroliga preoperativt så upplevde de inte mindre postoperativ smärta än grupper som opererades med andra metoder. Detta tyder på att oron ökar vid allvarligare diagnoser såsom tumör och kräver således större engagemang av sjukvårdspersonalen.

I den här studien besvärades 18 patienter av kronisk smärta. Resultaten visar dock inget samband mellan kronisk smärta och postoperativ smärtupplevelse. Detta resultat avviker från vad Rudin (2007) funnit.

Hur påverkar åldern den postoperativa smärtupplevelsen? I den här studien var 17 (34 %) patienter över 65 år. Feeney (2004) påstår att äldre patienter (>65 år) utgör en större riskgrupp för komplikationer orsakade av inadekvat smärtkontroll, försämrad smärtkontroll, framtida kronisk smärta och sänkt smärtröskel. Kan det ökade behovet av information, kunskap och vetenskap leda till att patienter upplever mera oro och postoperativ smärta? Vid jämförelsen av två patientgrupper, under och över 65 år, framkom att de äldre i den här studien hade varken mer eller mindre ont än övriga.

I den postoperativa dokumentationen framkom att samtliga patienter, med eller utan smärtpump, var nöjda med smärtlindringen och/eller upplevde måttlig smärta när de lämnade den postoperativa avdelningen innan de flyttades till kvinnoklinikkens vårdavdelning. Patienterna som inte hade fått smärtpump smärtlindrades vanligtvis med Ketogan i.v. och Perfalgan i.v. på den postoperativa avdelningen. Sjuksköterskorna använde sig också av alternativa former för smärtlindring såsom värme, lägesändringar, tröst och avledningsteknik med musik. Chung & Lui (2003) påstår att många patienter är nöjda med smärtbehandlingen trots att de lider av smärta. Det kan också vara så att en del kvinnor har erfarenhet av smärta och har således förmåga att hantera den. I detta fall kan en kontinuerlig uppföljning av den smärtlindrande effekten med VAS bidra till en ökad vårdkvalitet.

I den här undersökningen framkom att effektiv smärtlindring fokuseras till patienter med gynekologisk cancer som opererats abdominellt. Således borde patienter

med myom också ha fått en effektivare smärtlindring eftersom de också opererats abdominellt och postoperativt upplevde en hög smärtnivå. Trots att laparoskopisk (robotassisterad) kirurgi är vävnadsskonande så behöver också dessa patienter en effektivare postoperativ smärtlindring. Efter laparoskopiska ingrepp besvärades patienterna av postoperativ smärta i buk, armar, axlar, revben och diafragma. Vaginalt opererade patienter hade ont i underlivet, urinvägarna och ändtarmen. Att underbehandla postoperativ smärta kan leda till uppkomst av kroniska smärtsyndrom enligt en litteraturstudie av Vaughn et al (2007). Möjligen kan det finnas perioperativa åtgärder som kan minska patienternas postoperativa smärtupplevelse. Därför är en kontinuerlig smärtvärdering, smärtbehandling och uppföljning av smärtlindringens effekt betydelsefulla strategier för att nå en god omvårdnad i den kliniska verksamheten.

Bristfällig postoperativ smärtlindring fortsätter att vara ett stort kliniskt problem menar Sloman et al (2005). Flertalet av patienterna i den här undersökningen engagerade sig i sin smärtlindring. Alla patienter fick postoperativ smärtlindring men 13 (26 %) tyckte att den var otillräcklig och det var övervägande laparoskopiskt (robotassisterade) och vaginalt opererade patienter som inte var nöjda. Ändå upplevde 36 (72 %) patienter att den postoperativa smärtlindringen var tillräcklig. I gruppen (n=13) som tyckte att de fick otillräcklig smärtlindring hade 11 patienter medelsvår till outhärdlig smärta. Det är besynnerligt att gruppen (n=36) som ansåg sig få tillräcklig smärtlindring ändå bestod av 21 patienter som upplevde samma medelsvåra till outhärdliga smärta. Detta kan tolkas att dessa patienter fick en tillräcklig smärtlindring på vårdavdelningen. Det visade sig också att 8 patienter i den sistnämnda gruppen hade erhållit epidural eller intravenös smärtpump med god effekt. I gruppen som tyckte att smärtlindringen var otillräcklig fanns bara en patient med smärtpump.

Framtida studier

Det är viktigt att analysera sambanden mellan den pre-, peri- och postoperativa vården och fortlöpande granska omvårdnads kvaliteten inom den kliniska verksamheten. Det behövs en professionell hantering mellan preoperativ oro/omvårdnad och postoperativ smärta inom sjukvården som kan förutse patientens postoperativa tillstånd och behov. Enligt Richards & Hubbert (2007) finns också en brist på forskning som har försökt att förstå och ta till vara sjuksköterskors kunskap och erfarenhet inom den kliniska verksamheten. I den här undersökningen fanns sju patienter med myom som var mycket oroliga inför operationen. En fråga som skulle vara intressant att studera är varför patienter med myom är så oroliga.

Det hade också varit intressant att göra en kvalitativ studie om preoperativ oro hos patienter med myom som blir abdominellt hysterektomerade och jämföra dessa med patienter som har diagnosen framfall och som blir vaginalt hysterektomerade. Vaginalt opererade patienter (n=10) i den här studien var signifikant lugnare än patienter som opererats med andra metoder.

Det hade också varit intressant att göra en undersökning och utvärdering av smärtstillande läkemedel som patienterna får postoperativt på vårdavdelningen.

REFERENSER

- Almås, H. (2002) *Klinisk omvårdnad. (del 2)* Stockholm: Liber.
- Apfelbaum, J. et al (2003) Postoperative pain experience: result from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and Analgesia*, 97(2), 534-540.
- Chung, J.W.Y. & Lui, J.C.Z. (2003) Postoperative pain management: Study of patients level of pain and satisfaction with health care providers responsiveness to their reports of pain. *Nursing and Health Sciences*; 5, pp. 13-21.
- Corney, R. et al (1992) The care of patients undergoing surgery for gynaecological cancer: the need for information, emotional support and counselling. *Journal of Advanced Nursing*, 17(6), 667-671.
- Ehnfors, M. m fl (2000) *VIPS-boken*. Forskning och utveckling. Vårdförbundet, FoU 48, Sweden.
- Ejlertsson, G. (2005) *Enkäten i praktiken*. En handbok i enkätmetodik. Lund: Studentlitteratur.
- Feeney, S.L. (2004) The relationship between pain and negative affects in older adults: anxiety as a predictor of pain. *J Anxiety Disord.*; 18: 733-744.
- Gronnestad, B.K. & Blystad, A. (2004) Patients experience with information in connection with an operation – a qualitative study. *Vård i Norden. Nursing Science and Research in the Nordic Countries*; 24(4): 4-8
- Holm, S. & Hansen, E. (2000) *Pre- och postoperativ omvårdnad*. Studentlitteratur, Lund.
- Kain, Z. N. et al (2000) Attenuation of the preoperative stress response with midazolam: effects on postoperative outcomes. *Anesthesiology*. Jul; 93(1): 141-7.
- Kain, Z. N. et al (2000) Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy. A repeated-measure design. *Journal of Psychosomatic Research* 49; 417 – 422.
- Kim, K.H. & Lee, K.A. (2001) Symptom experience in women after hysterectomy. Department of Nursing & Health Sciences. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, Sep – Oct; 30(5): 472-80.
- Kinnik, V. & Leners, D. (1995) The hysterectomy experience. An ethnographic study. *Journal of Holistic nursing*, 13, (2) June; 142-154.
- Löfgren, M. & Olsson, H. (2000) Komplikationer vid uteruskirurgi och antibiotikaprofylax vid hysterektomi samt långtidsresultat efter kirurgisk menorrhagi-behandling. *Nationella Registret för kvalitetsutveckling inom gynekologisk kirurgi*. www.sos.se

- Manias, E. et al (2002) Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 724-733.
- Manias, E. (2003) Medication trends and documentation of pain following surgery. *Nursing and Health Sciences*, 5(1), 85-95.
- Nationella registret för kvalitetsutveckling inom gynekologisk kirurgi (2004). *Komplikationer efter hysterektomi*. www.gynop.com
- Niemi-Murola, L. et al (2007). Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management – Effect of Preoperative Factors. *Pain Management Nursing*; 8 (3): 122-129. Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, Helsinki University Hospital, Helsinki. Finland
- Personuppgiftslagen (1998:204). www.riksdagen.se/www.epn.se
- Polit, D. et al (2001) *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. Fifth Edition. Philadelphia: W & W Lippincott
- Polomano, R.C. et al (2001). Evidence for opioid variability, part 2: psychosocial influences. *Semin Perioper Nurs.*; 10: 159-166.
- Rawal, N. (1998) *Postoperativ smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Rawal, N. (1999) *Postoperativ smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Rawal, N. (2003) *Postoperativ smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Richards, J. & Hubbert, A.O. (2007) Experiences of Expert Nurses in Caring for Patients with Postoperative Pain. *Pain Management Nursing*, Vol 8, No 1 (March), pp. 17-24.
- Rudin, Å. (2007) *Pain following Surgery: Management, Outcome and Prediction*. Department of Anesthesiology and Intensive Care. Institution of Clinical Science. Faculty of Medicine. Lund University, Sweden
- Schafheutle, E. et al (2001) Why is pain management suboptimal on surgical wards. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 728-774.
- Siegel, S. (1956) *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. International Student Edition. McGraw-Hill Book Company, INC.
- Sloman, R. et al (2005) Nurses assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*; 52, 125-132.
- Socialstyrelsen (SOFS), 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Krav på hälso- och sjukvården 2 a §. Stockholm: Socialstyrelsen
- Sorbe, B. & Frankendahl, B. (2000) *Gynekologisk onkologi*. Lund: Studentlitteratur.

- Stalnikowics, R. et al (2005) Undertreatment of acute pain in the emergency department: a challenge. *International journal for Quality in Health Care*; 17, pp. 173-176.
- Vaughn, F. et al (2007) Does Preoperative Anxiety Level Predict Postoperative Pain? *AORN JOURNAL*; 85 (3): 589-594.
- Wahlgren, L. (2005) *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlitteratur.
- Walker, J.A. (2007) Patient information. What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal of Nursing*, Jan 11-24; 16(1): 27-32.
- Weström, L. m fl (2005). *Obstetrik och gynekologi*. Klinik och vård. Lund: Studentlitteratur.
- Zalon, M. (1993) Nurses assessment of postoperative patients pain. *Pain*, 54, 329-334.

BILAGOR

MALMÖ HÖGSKOLA – Hälsa och samhälle
 Enheten för omvårdnad
 Marliese Andréasson
 2007-10-24

Frågeformulär till patienter som genomgått operation

1. Vad anser du om den information du fick före operationen? Markera med ett kryss den ruta som bäst beskriver vad du tycker.

Informationen var bristfällig

 Informationen var mycket bra

2. Är det någon information du saknade före operationen? Vad?

.....

3. Var det lätt att förstå den information du fick före operationen? Markera med ett kryss den ruta som bäst beskriver vad du tycker.

Informationen var svår att förstå

 Informationen var lätt att förstå

4. Hur orolig kände du dig inför operationen? Markera med ett kryss det som stämmer för dig.

Jag var mycket orolig

 Jag kände mig helt lugn

5. Om du kände oro inför operationen, vad var det du var orolig för?

.....

6. Om du kände oro inför operationen hade du i så fall velat tala med någon om detta?

Ja
 Nej
 Vet ej

7. Om du svarat "Ja" på fråga 6, vem skulle du ha velat tala med i så fall? Kryssa för de alternativ som du ser nedan. Du kan välja flera alternativ.

Läkare som söver
 Läkare som opererar
 Sjuksköterska
 Undersköterska
 Anhörig
 Medpatient
 Annan (skriv vem du velat tala med).....

8. Har du tidigare negativa erfarenheter av operation?

Ja Nej

9. Har du tidigare negativa erfarenheter av smärtlindring i samband med sjukhusvistelse?

Ja Nej

10. Beskriv den smärta du hade före operationen. Markera med ett kryss det som stämmer för dig.

Jag hade ingen smärta Smärtan var outhärdlig

11. Om du hade ont före operationen, var hade du i så fall ont?

.....

12. Om du hade ont före operationen, talade du om detta för personalen på vårdavdelningen?

Ja Nej

13. Fick du någon smärtlindring före operationen?

Ja Nej

14. Om du fick smärtlindring före operationen, tycker du att den var otillräcklig eller tillräcklig?

Den var otillräcklig Den var tillräcklig

15. Beskriv den smärta du hade efter operationen. Markera med ett kryss det som stämmer för dig.

Jag hade ingen smärta Smärtan var outhärdlig

16. Om du hade ont efter operationen, var hade du i så fall ont?

.....

17. Om du hade ont efter operationen, talade du om detta för personalen på vårdavdelningen?

Ja Nej

18. Fick du någon smärtlindring efter operationen på vårdavdelningen?

Ja Nej

19. Om du fick smärtlindring efter operationen, tycker du att den var otillräcklig eller tillräcklig?

Den var otillräcklig Den var tillräcklig

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

MALMÖ HÖGSKOLA – Hälsa och samhälle
 Enheten för omvårdnad
 Marliese Andréasson
 2007-10-24

| | | |
|----------|-----------|--------------|
| Diarier: | Deltagar: | Deltagar ej: |
|----------|-----------|--------------|

PATIENTUPPGIFTER

| | |
|-----------------|----------------|
| Patientnamn: | Patient ID: |
| Operatörsdatum: | Intervjudatum: |

| | | | | | |
|-----------------|-------|-------------|--------|-----------|--------|
| Operationsorsak | Myom: | Blödningar: | Tumör: | Främfall: | Annat: |
|-----------------|-------|-------------|--------|-----------|--------|

| | | | | |
|---------------------|-------------|----------|----------------|------------------|
| Typ av hysterektomi | Abdominell: | Vaginal: | Laparoskopisk: | Robotassisterad: |
|---------------------|-------------|----------|----------------|------------------|

| | | |
|----------------|----|-----|
| Kronisk smärta | Ja | Nej |
|----------------|----|-----|

| | |
|---------------------------------------|--|
| Diagnos som förorsakar kronisk smärta | |
|---------------------------------------|--|

| | | | | | | |
|---|----------------|-----------------|--------------------|----------------------|-----------------|-----------------------|
| Postoperativ högsta VAS nivå på uppvaknet | 0 ingen smärta | 1-2 lätt smärta | 3-4 måttlig smärta | 5-6 medelsvår smärta | 7-8 svår smärta | 9-10 outhärlig smärta |
|---|----------------|-----------------|--------------------|----------------------|-----------------|-----------------------|

| | | | | | | |
|--|----------------|-----------------|--------------------|----------------------|-----------------|-----------------------|
| Postoperativ VAS nivå när pat lämnar uppvaknet | 0 ingen smärta | 1-2 lätt smärta | 3-4 måttlig smärta | 5-6 medelsvår smärta | 7-8 svår smärta | 9-10 outhärlig smärta |
|--|----------------|-----------------|--------------------|----------------------|-----------------|-----------------------|

Informationsbilaga

| | |
|--|---|
| Projektets titel: Preoperativa förutsättningar och postoperativ smärta efter hysterektomi | Datum: |
| Studieansvarig: Marliese Andréasson | Studerar vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle, 206 05 Malmö, Tfn 040-6657000 |
| Din E-post som student vid Malmö högskola: TF031423@stud.mah.se | Utbildning: Vårdvetenskap/Omvårdnad Nivå: Magister |
| Information om projektet: | |
| <p>Bäste patient!</p> <p>Jag är student på Malmö Högskola och ska genomföra en studie på kvinnoklinikens uppvakningsavdelning vid Universitetssjukhuset i Lund.</p> <p>På uppvakningsavdelningen övervakas kvinnor efter genomgången gynekologisk operation. Med anledning av ett examensarbete ska jag genomföra en undersökning som handlar om upplevelse av oro och smärta inför operationen, om informationen uppfattades som tillräcklig inför operationen samt om du är nöjd med smärtlindringen du fick inför och efter operationen. Undersökningen genomförs med hjälp av ett frågeformulär.</p> <p>Syftet är att undersöka hur patienten bedömer den preoperativa fasen inför en planerad hysterektomi och att beskriva eventuella samband mellan dessa aspekter och upplevd postoperativ smärta.</p> <p>Dina besvarade frågor kommer att bidra till att ytterligare förbättra den pre- och postoperativa omvårdnaden. Deltagandet i studien är frivilligt. Detta innebär att du kan avstå från eller avbryta undersökningen om du så önskar. Du är skyddad av personuppgiftslagen (1998:204) så att den personliga integriteten inte kränks. Enligt sekretesslagen behandlas all information konfidentiellt. Sekretess betyder förbud att röja en uppgift och att dina svar således inte kommer att visas för utomstående. Personuppgifterna kommer att förvaras i ett skåp på kvinnoklinikens uppvakningsavdelning. Skåpet låses med en kodnyckel som förvaltas av mig. Databearbetning sker i samråd med handledaren.</p> <p>När undersökningen är slutförd kommer en rapport att skrivas. Resultaten i rapporten presenteras på ett sätt så att enskild individ inte kan identifieras. Sedan uppsatsen godkänts kommer alla frågeformulär att förstöras.</p> <p>Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien.</p> | |

Samtyckesbilaga

| | |
|--|---|
| Projektets titel: Preoperativa förutsättningar och postoperativ smärta efter hysterektomi | Datum: |
| Studieansvarig: Marliese Andréasson | Studerar vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle, 206 05 Malmö, Tfn 040-6657000 |
| Din E-post som student vid Malmö högskola: TF031423@stud.mah.se | Utbildning: Vårdvetenskap/Omvårdnad Nivå: Magister |
| <p>Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.</p> | |
| <p>Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:</p> <p>Datum:</p> <p>Deltagarens underskrift:</p> | |

Malmö Högskola, Hälsa och samhälle
Utbildningsområde omvårdnad
Examensarbete 15 hp – magisternivå

Anhållan om tillstånd att genomföra en undersökning av hysterektomerade patienter på vårdavdelning.

Trots enorma tekniska framsteg och betydande forskning inom området för postoperativ smärtbehandling så visar ett antal studier under senare år att flertalet patienter inte känner sig postoperativt smärtlindrade (Apfelbaum, Chen, Shilpa & Tong, 2003; Chung & Lui, 2003). Eftersom det finns ett samband mellan preoperativ ångest och postoperativ smärta (Vaughn, Wichowski och Bosworth, 2007) och att smärtekänslighet och preoperativ smärta har stor betydelse för hur ont patienterna har i det postoperativa förloppet (Rudin, 2007) kan det vara värdefullt att mäta kvinnornas värderingar och testa påståendet.

Med anledning av mitt examensarbete önskar jag genomföra en kvantitativ retrospektiv undersökning på kvinnokliniken avdelning 49 vid Universitetssjukhuset i Lund. Femtio patientutfrågningar kommer att genomföras med hjälp av ett frågeformulär (bilaga 1) på andra dagen efter planerad hysterektomi.

Syftet är att undersöka hur patienten bedömer den preoperativa fasen inför en planerad hysterektomi och beskriva eventuella samband mellan dessa aspekter och upplevd postoperativ smärta.

Meningen med studien är att kvalitetssäkra den pre- och postoperativa omvårdnaden. Patienterna kommer att besvara strukturerade och öppna frågor som berör preoperativ information, oro, smärta och smärtlindring samt postoperativ smärta och smärtlindring. Analys av data kommer att ske med lämpligt statistikprogram till exempel SPSS.

Med vänliga hälsningar Marliese Andréasson, Sjuksköterska/Anestesikliniken/KK
uppvak

Godkännes:

.....
Nergelius, Görel, Verksamhetschef/IVA och Anestesikliniken

Malmö Högskola, Hälsa och samhälle
Utbildningsområde omvårdnad
Examensarbete 15 hp – magisternivå

Anhållan om tillstånd att genomföra en undersökning av hysterektomerade patienter på vårdavdelning.

Trots enorma tekniska framsteg och betydande forskning inom området för postoperativ smärtbehandling så visar ett antal studier under senare år att flertalet patienter inte känner sig postoperativt smärtlindrade (Apfelbaum, Chen, Shilpa & Tong, 2003; Chung & Lui, 2003). Eftersom det finns ett samband mellan preoperativ ångest och postoperativ smärta (Vaughn, Wichowski och Bosworth, 2007) och att smärtekänslighet och preoperativ smärta har stor betydelse för hur ont patienterna har i det postoperativa förloppet (Rudin, 2007) kan det vara värdefullt att mäta kvinnornas värderingar och testa påståendet.

Med anledning av mitt examensarbete önskar jag genomföra en kvantitativ retrospektiv undersökning på kvinnokliniken avdelning 49 vid Universitetssjukhuset i Lund. Femtio patientutfrågningar kommer att genomföras med hjälp av ett frågeformulär (bilaga 1) på andra dagen efter planerad hysterektomi.

Syftet är att undersöka hur patienten bedömer den preoperativa fasen inför en planerad hysterektomi och beskriva eventuella samband mellan dessa aspekter och upplevd postoperativ smärta.

Meningen med studien är att kvalitetssäkra den pre- och postoperativa omvårdnaden. Patienterna kommer att besvara strukturerade och öppna frågor som berör preoperativ information, oro, smärta och smärtlindring samt postoperativ smärta och smärtlindring. Analys av data kommer att ske med lämpligt statistikprogram till exempel SPSS.

Med vänliga hälsningar Marliese Andréasson, Sjuksköterska/Anestesikliniken/KK
uppvak

Godkännes:

.....
Lingman, Göran, Verksamhetschef/Kvinnokliniken