

MAT SKURÐSJÚKLINGA Á VERKJUM OG VERKJAMEDFERÐ

Útdráttur

Góð verkjamedferð er mikilvæg fyrir skjótan og góðan bata sjúklinga. Framfarir hafa orðið á síðustu árum í verkjamedferð skurðsjúklinga en íslenskar og erlendar rannsóknir á reynslu þeirra sýna þó að sjúklingar hafa talsverða verki eftir skurðaðgerð.

Markmið þessarar lýsandi þversniðskönnunar var að kanna hve algengir og miklir verkir eru hjá sjúklingum fyrir og eftir aðgerð; samband verkja við daglegar athafnir, líðan sjúklinga og samskipti við aðra; mat þeirra á fræðslu um verki og verkjamedferð; viðhorf sjúklinga til verkja og verkjalyfja; ánægju sjúklinga með verkjamedferð og væntingar sjúklinga til verkjamedferðar eftir aðgerð.

Úrtak rannsóknarinnar voru 216 sjúklingar sem gengust undir skurðaðgerð á Landspítala í febrúar 2006. Gagna var aflað með spurningalista byggðum á spurningalista bandarísku verkjasamtakanna og með viðbótarspurningum frá höfundum. Spurt var um bæði styrk verkja og áhrif verkjanna með notkun tölukvarða. Spurningalistinn var afhentur sjúklingum að kvöldi aðgerðardags eða daginn eftir aðgerð.

Meirihluti sjúklinganna (61,6%) gerði ráð fyrir því að hafa verki eftir aðgerð að meðalstyrk 5,4. Mikill meirihluti sjúklinga (80,8%) hafði haft verki síðastliðinn sólarhring þegar spurningalista var svarað. Meðaltalsstyrkur verkja var að jafnaði 4,0 og meðaltalsstyrkur versta verkjar 5,9. Konur og yngri sjúklingar greindu frá verri verkjum en karlar og eldri sjúklingar. 90,7% þátttakenda voru ánægðir eða mjög ánægðir með verkjamedferð. Upplýsingar um verki eftir skurðaðgerð fengu 76,3% sjúklinga og um mikilvægi verkjamedferðar 50,5%. Sjúklingar, sem voru með verki fyrir aðgerð, gerðu ráð fyrir meiri verkjum eftir aðgerð, greindu frá verri verkjum eftir aðgerð og höfðu neikvæðari viðhorf til verkja og verkjalyfja.

Niðurstöðurnar benda eindregið til þess að ástæða sé til að bæta verkjamedferð skurðsjúklinga og fræðslu um verki og verkjamedferð.

Lykilorð: Verkir, verkjamedferð, skurðsjúklingar, sjúklingafræðsla.

INNGANGUR

Verkir sjúklinga eru viðfangsefni sem heilbrigðisstarfsfólk þarf oft að takast á við. Verkir eftir skurðaðgerð eru hluti af reynslu skurðsjúklinga og er góð verkjamedferð mikilvægur þáttur í bataferlinu (Haljamäe og Warrén Stomberg, 2003). Þó að framfarir hafi orðið á síðustu árum í verkjamedferð hjá skurðsjúklingum sýna íslenskar og erlendar rannsóknir að þeir eru með talsverða verki og að hjúkrun þeirra getur verið erfið og flókin (Apfelbaum o.fl., 2003; Chung og Lui, 2003; Herdís Sveinsdóttir og Anna Gyða Gunnlaugsdóttir,

ENGLISH SUMMARY

Ásmundsdóttir, L.B., Gunnlaugsdóttir, A.G., and Sveinsdóttir, H.
The Icelandic Journal of Nursing (2010), 86 (2), 48-56

Surgical patients' assessment of their pain and pain management

Good pain management is important for patients' successful recovery. In recent years progress has been made in postoperative pain management. However, studies of patients' experiences indicate that they have considerable pain after surgery.

The objective of this descriptive cross-sectional study is to explore the incidence and intensity of pain experienced by patients before and after surgery, the relationship of patients' pain to their daily activities, their wellbeing and interactions with other people after surgery, patients' assessment of education received on pain and pain management, patients' attitudes towards pain and pain management, patients' satisfaction with their pain management and their expectations towards postoperative pain experience.

The sample included 216 patients who had surgery at Landspítali University Hospital, Iceland, in February 2006. Data were gathered using a questionnaire from the American Pain Society and with additional questions from authors. Patients were asked about the effects of pain and to define the intensity of their pain on a scale from 0 to 10 under various conditions. The questionnaire was delivered to the patients on the evening of the day of surgery, or the following day.

The majority of patients (61.6%) expected pain after surgery with the average score of expected pain being 5.4. The majority of the patients (80.8%) had experienced pain during the past 24 hours when the questionnaire was administered. The average score of pain over the previous 24 hours was 4.0 and average score of worst pain was 5.9. Women and younger patients reported greater intensity of pain than men and older patients. Most patients (90.7%) were satisfied or very satisfied with the pain management they received. The majority of them had received information on pain after surgery (76.3%) and about the importance of pain management (50.5%). Patients who experienced pain before surgery, expected greater intensity and experienced higher intensity of pain after surgery, and showed negative attitudes to pain and pain medication.

The findings of the study indicate that there is a need to improve pain management among surgical patients and their education on pain and pain management.

Key words: Pain, pain management, surgical patients, patient education.

Correspondance: laraborg@centrum.is.

1996; Manias o.fl., 2006). Ómeðhöndlaðir verkir eftir aðgerð geta orsakað líffræðilegar og sálflíðisfræðilegar breytingar sem auk þess að tefja bataferlið spilla almennri líðan og lífsánægju, geta aukið líkur á sjúkdómum og dauðsföllum og verið kostnaðasamar fyrir sjúklinginn og þjóðfélagið (Apfelbaum o.fl., 2003; Chung og Lui, 2003; Pasero, Paice o.fl., 1999). Af skrifum fræðimanna í hjúkrun virðist nokkuð ljóst að þeir telja hjúkrunarfræðinga, sökum stöðu sinnar innan heilbrigðiskerfisins, vera í lykilstöðu til að veita góða verkjameðferð og meta verki og áhrif verkjameðferðar (McCaffery og Ferrell, 1997).

Verkir eru flókið fyrirbæri sem erfitt er að skilgreina og bera umfangsmikil fræðileg skrif um þá undanfarin ár og áratugi því vitni. Fræðimenn eru þó sammála um að verkur sé persónuleg og huglæg reynsla og að engir tveir einstaklingar skynji verki á sama hátt (Sikorski og Barker, 2005). Engu að síður er nauðsynlegt að skilgreina verkjareynsluna, annars er torvelt að skilja hana og meðhöndla (Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 2006). Verkir skurðsjúklinga eru skilgreindir sem bráðaverkir og sagðir stafa af staðbundinni taugasvörun við skaðlegu áreiti eins og skurðaðgerð eða áverka (Morgan o.fl., 2002). Þeir vara í þrjá til sex mánuði og hverfa þegar sjúkdómseinkennin dvína eða skurðurinn grær (Pasero, Paice o.fl., 1999). Skilgreining Alþjóðasamtaka um verkjafræði er að „verkur er óþægileg skynjun eða tilfinningaleg reynsla vegna raunverulegra eða hugsanlegra vefjaskemmda, eða honum er lýst á þann hátt“ (International Association for the Study of Pain, 1994). Starfandi hjúkrunarfræðingum er hins vegar tamast að nota skilgreiningu bandaríska hjúkrunarfræðingsins Margo McCaffery frá árinu 1968. Samkvæmt henni er verkur það sem einstaklingur segir hann vera og er til staðar þegar sá hinn sami segir að svo sé, eða með öðrum orðum, það sem einstaklingurinn segir um sína verki er áreiðanlegasta vísbendingin um verkinn (greint frá í McCaffery, 1999). Þessar skilgreiningar gefa til kynna að það sé samspil á milli líffræðisfræðilegrar skynjunar verkja og tilfinningalegra og sálfræðilegra þátta. Svörun einstaklings við verk getur því verið mjög breytileg milli einstaklinga og hjá sama einstaklingnum á mismunandi tímum og því er sá sem finnur til bærastur á að skilgreina verk sinn (Morgan o.fl., 2002). Þessi flókna mynd verkja og hvernig sjúklingar greina frá verkjum sínum getur svo haft áhrif á samskipti heilbrigðisstarfsfólks við sjúklinginn, á hvernig það metur verki hans og á ákvörðun um verkjameðferð (Manias o.fl., 2005).

Þar sem verkur er huglæg reynsla er ekki til nein ein hlutlæg aðferð til að meta verki. Kjarni góðrar verkjameðferðar er hins vegar gott verkjamat. Sjónkvarði (e. visual analog scale), tölukvarði (e. numerical rating scale) og lýsingarorðakvarði (e. verbal rating scale) eru einfaldir kvarðar sem viðeigandi er að nota í klínisku umhverfi við mat á styrkleika verkja. Þeir eru sjúklingum auðskiljanlegir og þreyta þá síður en flókin verkjamælitæki. Þessir kvarðar eiga það sameiginlegt að gefa verkjastyrknum stig, oft með tölunum 0 til 10 (eða 0 til 100) eða með stighækkandi orðum eða myndum (Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 2006).

Verkir eru algengir hjá skurðsjúklingum. Rannsóknir frá fjölmörgum löndum, meðal annars Bretlandi, Bandaríkjunum, Danmörku, Kanada, Hollandi, Svíþjóð, Pýskalandi, Kína og Ítalíu, sýna að 34% til 91% skurðsjúklinga, að öllu jöfnu um 80%, finna fyrir verkjum fyrstu daga eftir aðgerð (Apfelbaum o.fl., 2003; Carr, 2001; Chung og Lui, 2003; Eriksen o.fl., 2009; Sawyer o.fl., 2008; Sommer o.fl., 2009; Strohbuecker o.fl., 2005; Visentin o.fl., 2005; Warrén Stomberg og Öman, 2006). Þátttakendur í þessum rannsóknum fóru í margvíslegar aðgerðir, meðal annars kvensjúkdóma-, brjósthol-, augn-, kviðarhol- og þvægfæraaðgerðir auk almennra óskilgreindra skurðagerða og var meðalstyrkur versta verkjar að jafnaði um 5,5 til 6,0. Tvær íslenskar rannsóknir hafa beinst að verkjum hjá skurðsjúklingum. Í annarrri voru kannaðar væntingar sjúklinga eftir skurðaðgerð til verkja og reynslu þeirra af verkjum. Í úrtakinu voru 130 sjúklingar sem höfðu farið í skurðaðgerð og voru helstu niðurstöður þær að sjúklingar bjuggust við að hafa og höfðu talsverða verki. Ályktað var að bæta þyrfti verkjameðferð sjúklinga eftir skurðaðgerð (Herdís Sveinsdóttir og Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 1996). Í hinn rannsókninni var markmiðið að skoða verkjameðferð á Landspítala. Þátttakendur voru 97 legusjúklingar á lyf- og skurðlækningadeildum og voru niðurstaða og ályktanir sambærilegar við rannsókn Herðisar og Önnu Gyðu (Elínborg G. Sigurjónsdóttir o.fl., 2001).

Þrátt fyrir að sjúklingar á sjúkrahúsum séu með talsverða verki sýna niðurstöður rannsókna að flestir eru þeir ánægðir með verkjameðferðina sem þeir fá (Apfelbaum o.fl., 2003; Chung og Lui, 2003; Elínborg G. Sigurjónsdóttir o.fl., 2001; Herdís Sveinsdóttir og Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 1996; Sawyer o.fl., 2008; Warrén Stomberg og Öman, 2006). Höfundar, sem vísað er í hér að framan, skýra flestir þetta ósamræmi þannig að sjúklingar séu í raun að meta framkomu heilbrigðisstarfsfólks og almenna aðhlyningu sem þeir fá á sjúkrahúsinu en ekki verkjameðferðina sjálfa. Það hlýtur að vekja upp spurningar um hvort sjúklingar séu almennt nægilega vel upplýstir um hvað heildarverkjameðferð felur í sér til að geta lagt mat á gæði hennar (Gordon o.fl., 2002).

Mikilvægi góðrar verkjameðferðar felst í góðum áhrifum á bata sjúklings, en verkir hafa áhrif á daglegar athafnir sjúklinga og geta seinkað bata og útskrift af sjúkrahúsi (Shulldham, 1999; Walker, 2002). Ýmsar vísbendingar eru um að sjúklingar búist ekki við árangursríkri verkjameðferð (Idvall, 2002; Svensson o.fl., 2001) og fái ekki nægilega fræðslu um verki og verkjameðferð við innlögn á sjúkrahús (Gilmartin og Wright, 2007; Elínborg G. Sigurjónsdóttir o.fl., 2001; Sjöling o.fl., 2006). Flestar rannsóknir benda til að ávinningur góðrar fræðslu sé minni verkir (Blay og Donoghue, 2005; Garretson, 2004). Að búast við verkjum og fá ekki að vita í hverju heildstæð verkjameðferð felst getur valdið því að sjúklingur telji mikla verki óhjákvæmilega og hreinlega sætti sig við þá með ófyrirsjáanlegum afleiðingum á batann. Það hefur líka komið í ljós að sjúklingar eru tregir til að trufla heilbrigðisstarfsfólk við störf sín í þeim tilgangi að segja frá verkjum (Mann og Redwood, 2000; Lynch, 2001) og það getur einnig haft áhrif á meðferðina.

Samband verkja og aldurs hefur verið talsvert rannsakað að undanförunu og virðist ljóst að verkjaupplifun breytist með aldrinum en þörf er á frekari rannsóknum til að skýra það betur (Gagliese, 2009). Niðurstöður rannsókna eftir kynjum eru misvísandi en sumar rannsóknir hafa sýnt að munur á styrk verkja milli kynja sé til staðar en aðrar rannsóknir benda til þess að svo sé ekki (Chung og Lui, 2003; Visentin o.fl., 2005).

Yfirlit rannsóknanna hér að framan bendir til þess að skurðsjúklingar finni fyrir verkjum sem koma má í veg fyrir. Í ljósi alvarlegra afleiðinga van- og ómeðhöndlaðra verkja er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar þekki algengi, styrk og áhrifabætti verkja hjá sínum sjúklingahópum og þekki hvernig staðið er að verkjameðferð á þeirra starfsvettvangi. Markmið könnunarinnar, sem hér er greint frá, var að kanna hve algengir og miklir verkir væru hjá sjúklingum fyrir og eftir aðgerð; samband verkja við daglegar athafnir, líðan sjúklinga og samskipti við aðra; mat þeirra á fræðslu um verki og verkjameðferð; viðhorf sjúklinga til verkja og verkjalyfja; ánægju sjúklinga með verkjameðferð og væntingar sjúklinga til verkja. Leitast er við að svara eftirfarandi rannsóknaspurningum:

1. Hvað gera sjúklingar ráð fyrir að hafa mikla verki eftir skurðaðgerð og hve algengir og hve miklir eru verkir fyrir og eftir skurðaðgerð?
2. Hver eru áhrif verkja á daglegar athafnir, líðan og samskipti sjúklinga við annað fólk?
3. Hversu ánægðir eru sjúklingar með verkjameðferð eftir skurðaðgerð og með viðbrögð hjúkrunarfræðinga og lækna þegar sjúklingarnir létu vita um verki?
4. Hversu langur er biðtími eftir verkjalyfjum og hver er reynsla sjúklinga af verkjameðferð?
5. Hversu algengt er að sjúklingar fái fræðslu um verki og verkjameðferð í tengslum við skurðaðgerð og hversu gagnlega telja þeir þá fræðslu?
6. Hver eru viðhorf sjúklinga til verkja og verkjalyfja?
7. Hvert er sambandið á milli eftirtalinna breyta: styrks verkja fyrir skurðaðgerð, styrks verkja eftir skurðaðgerð, tímalengdar verkja fyrir skurðaðgerð, væntinga til verkja, truflandi áhrifa verkja, ánægju með verkjameðferð, gagnlegra upplýsinga um verkjameðferð, viðhorfa til verkja og notkunar verkjalyfja, aldurs og kyns sjúklinga?
8. Er munur á verkjaskynjun eftir kynjum?

AÐFERÐAFRÆÐI

Úrtak þessarar lýsandi þversniðskönnunar er þægindaúrtak og takmarkaðist við sjúklinga sem valdir voru af skurðaðgerðalista daginn fyrir áætlaða skurðaðgerð: a) fóru í skurðaðgerð (utan keisaraskurð) á LSH á tímabilinu 6. til 25. febrúar 2006; b) voru 18 ára og eldri; c) voru áttaðir á stað, stund og eigin persónu; d) gátu lesið og skrifað íslensku; e) lágu á sjúkrahúsinu í a.m.k. einn sólarhring eftir skurðaðgerð; f) voru ekki lagðir inn á gjörgæsludeild eftir skurðaðgerð; g) voru metnir hæfir til þátttöku af hjúkrunarfræðingum á deild.

Skilyrðin uppfylltu 296 sjúklingar og samþykktu 235 þátttöku. 18 sjúklingar neituðu þátttöku, 12 treystu sér ekki til að svara vegna slappleika, ekki náðist að tala við 17 sjúklinga og 14 voru farnir heim. Útfylltum spurningalistum skiluðu 216 sjúklingar (91,9%). Flestir (66,2%; n=143) svöruðu spurningalistanum á fyrsta degi eftir aðgerð, 35 (16,2%) að kvöldi aðgerðardags, 15 (6,9%) á öðrum degi eftir aðgerð, 2 sjúklingar (0,9%) á þriðja og 2 (0,9%) á fjórða degi, sinn hvor sjúklingurinn á fimmta og sjötta degi og 3 (1,4%) sjúklingar á áttunda degi eftir aðgerð. 14 sjúklingar (6,5%) merktu ekki við á hvaða degi þeir svöruðu.

Mælitæki

Spurningalisti rannsóknarinnar er byggður á spurningalista sem saminn var af bandarísku verkjasamtökunum í þeim tilgangi að meta gæði verkjameðferðar (American Pain Society Quality of Care Committee, 1995). Að fengnu leyfi samtakanna var spurningalistinn þýddur á íslensku og bakþýddur af reyndum þýðanda. Þýðingarnar voru lesnar yfir af tvítyngdum einstaklingum. Ábendingar frá yfirlesurum um smávægilegar orðalagsbreytingar voru teknar til greina og þannig reynt að tryggja réttmæti þýðingarinnar (Ólöf Birna Kristjánsdóttir o.fl., 2000). Spurningalistinn var forprófaður á 27 sjúklingum af hand- og lyflækningadeildum á Landspítala og voru ekki gerðar athugasemdir við innihald spurninga, en þátttakendur voru beðnir um athugasemdir við spurningalistann ef þeir hefðu slíkar. Sami spurningalisti var lagður fyrir þægindaúrtak 97 bráðveikra sjúklinga á sama spítala ári síðar (Elinborg G. Sigurjónsdóttir o.fl., 2001) og komu heldur ekki neinar athugasemdir við listann þá. Með spurningalista bandarísku verkjasamtakanna eru skoðuð eftirtalin viðfangsefni sem lúta að verkjum: verkir eftir aðgerð, áhrif verkja á daglegt líf, ánægja með verkjameðferð, biðtími eftir verkjalyfjum, mat á verkjameðferð og viðhorf til verkjameðferðar. Auk þessa eru spurningar ætlaðar göngudeildarsjúklingum sem ekki hafa verið staðfærðar á Íslandi. Í okkar lista höfum við bætt við spurningum um verki fyrir aðgerð, styrk verkja strax eftir aðgerð og væntingar til verkja og er í lýsingu á spurningalistanum hér að neðan greint frá því hvaða spurningum var bætt við. Til að meta innihaldsréttmæti listans lásu sex hjúkrunarfræðingar og sérfræðingar í hjúkrun endanlegan listann yfir. Þeir gerðu ekki athugasemdir við hann.

Spurningalisti okkar tekur til sex viðfangsefna og er spurningum, sem meta hvert viðfangsefni, lýst hér á eftir:

(1) *Reynsla af verkjum.* Í sex spurningum var spurt um styrk verkja á tölukvarða 0 til 10, þar sem 0 þýðir „enginn verkur“ og 10 „verkir sem gætu ekki verið verri“. Spurt var um styrk verkja í hvíld og við hreyfingu fyrir aðgerð; þegar sjúklingur mundi fyrst eftir sér eftir aðgerð; þegar sjúklingur svaraði spurningalistanum; versta styrk verkjar sólarhring áður en honum var svarað og styrk verkja að jafnaði síðastliðinn sólarhring. Auk þess var spurt um styrk verkjar sem sjúklingurinn bjóst við að finna fyrir að aðgerð lokinni. Þá var spurt hvort sjúklingur hefði haft verki (já/nei) fyrir og eftir aðgerð og hversu lengi verkir hefðu verið til staðar fyrir

Ritrynd fræðigrein

aðgerð (fimm svarmöguleikar frá „minna en 7 dagar“ til „meira en 6 mánuðir“). Spurningar um verki fyrir og eftir aðgerð, styrk og lengd verkja fyrir aðgerð, styrk verkja strax eftir aðgerð og um væntingar til verkja eru fengnar úr rannsókn Herðisar Sveinsdóttur og Önnu Gyðu Gunnlaugsdóttur (1994) og eru ekki á lista bandarísku verkjasamtakanna.

(2) *Áhrif verkja á daglegt líf.* Með notkun tölukvarða (frá 0=engin áhrif til 10=gætu ekki haft meiri áhrif) var spurt um truflandi áhrif verkja á daglegar athafnir, skap, getu til göngu, samskipti við annað fólk, svefn og getu sjúklings til að hósta, draga djúpt andann og/eða hreyfa sig í rúmi.

(3) *Ánægja með verkjameðferð.* Til að meta ánægju með verkjameðferð var notaður tölukvarði frá 0 til 5 þar sem 0 þýðir „mjög óánægður“ og 5 „mjög ánægður“. Spurt var um ánægju með verkjameðferðina og með viðbrögð hjúkrunarfræðinga og lækna þegar sjúklingur lét vita um verki.

(4) *Biðtími sjúklinga eftir verkjalyfjum og mat á verkun verkjalyfja.* Spurt var um biðtíma eftir verkjalyfjum (sjö svarmöguleikar frá „bað aldrei um verkjalyf“ til „bað um verkjalyf en fékk ekki“); hvort verkjalyfið hefði dugað (já/nei); hvort sjúklingar hefðu beðið um stærri skammt eða annars konar lyf til að vinna bug á verknum (já/nei) og um biðtíma sjúklinga eftir stærri skammti eða öðru lyfi (sex svarmöguleikar frá „minna en 1 tími“ til „fékk ekki stærri skammt/annað lyf“).

(5) *Mat sjúklinga á fræðslu um verki og verkjameðferð.* Leitað var upplýsinga um hvort sjúklingar hefðu fengið upplýsingar um að verkjameðferð væri mikilvæg og því skyldu þeir tilkynna um verki (já/nei); hvort lækni og/eða hjúkrunarfræðingur hefðu sagt sjúklingum að þeir yrðu hugsanlega með verki eftir aðgerð (já/nei); hvort sjúklingar hefðu fengið upplýsingar um mikilvægi verkjameðferðar í tengslum við skurðaðgerð (já/nei) og hvort upplýsingar um verkjameðferð í tengslum við skurðaðgerð hefðu verið gagnlegar eða gagnslausar (mælt á tölukvarða 0 til 5 þar sem 0 stendur fyrir „gagnslausar upplýsingar“ og 5 fyrir „mjög gagnlegar upplýsingar“). Fyrsta spurningin var fengin úr bandaríska listanum, hinar þrjár voru frumsamdar af höfundum.

(6) *Viðhorf til verkja og verkjameðferðar.* Viðhorfin voru mæld með sjö fullyrðingum sem sjá má í töflu 4. Svarmöguleikar eru frá 0 til 5 þar sem 0 stendur fyrir „alls ekki sammála“ þessari fullyrðingu og 5 „mjög sammála“. Atriðagreining (Chronbachs- α) bandarísku útgáfu viðhorfalistans hefur mælst 0,72 (American Pain Society Quality of Care Committee, 1995) og á Íslandi 0,68 (Ólöf Birna Kristjánsdóttir o.fl., 2000) og 0,77 (Elínborg G. Sigurjónsdóttir o.fl., 2001). Sambærilegur áreiðanleiki kom fram hjá okkur (Chronbachs- α = 0,73). Fleiri stig á kvarðanum þýðir að viðhorf sjúklinga hamli líklega góðri verkjameðferð og fá stig að viðhorfin hamli líklega ekki.

Rannsóknarleyfi

Siðanefnd LSH, lækningaforstjóri og hjúkrunarforstjóri veittu heimild til rannsóknarinnar. Tilkynning var send til

Persónuverndar. Eftir að leyfi fékkst frá siðanefnd Landspítala var sent kynningarbréf um rannsóknina til yfirmanna þeirra deilda þar sem rannsóknin fór fram.

Framkvæmd gagnasöfnunar

Hjúkrunarfræðingar á legudeild sögðu sjúklingum, sem uppfylltu þátttökuskilyrði, frá rannsókninni og fengu samþykki fyrir því að rannsakandi kynnti rannsóknina frekar fyrir þeim. Ef sjúklingur samþykkti að taka þátt afhenti rannsakandi honum kynningarblað ásamt samþykkisblaði og kynnti honum rannsóknina. Spurningalistar voru afhentir sjúklingum á legudeild að kvöldi aðgerðardags eða daginn eftir aðgerð. Hvaða dagur var valinn var háð umfangi skurðaðgerðar og var ákvörðun tekin í samráði við hjúkrunarfræðinga á deild.

Tölfræðileg úrvinnsla

Öll gagnauðrvinnsla fór fram í SPSS 12.0. Við úrvinnslu gagna var beitt lýsandi tölfræði (meðaltal og staðalfrávik) og ályktunartölfræði. Til að kanna samband breyta var notaður Pearson-fylgnistuðull og t-próf eftir því sem við átti. Almenn viðmið við túlkun á tengslum eru að fylgni á bilinu 0,1 til 0,3 er veik fylgni, 0,3 til 0,5 er miðlungsfylgni og yfir 0,5 sterk fylgni (Burns og Grove, 2005). Marktæknimörk eru sett við $p < 0,05$.

Til að svara rannsóknaspurningum 7 og 8 voru spurningarnar tvær um styrk verkja fyrir aðgerð sameinaðar í breytuna Verkir fyrir aðgerð og spurningarnar fjórar um verk eftir aðgerð í breytuna Verkir eftir aðgerð. Áreiðanleiki beggja breyta var góður (Chronbachs- α =0,81 og 0,86). Jafnframt voru spurningarnar þrjár, sem mæla ánægju, sameinaðar í eina breytu sem kallast Ánægja með verkjameðferð (Chronbachs- α =0,85) og spurningarnar sex um truflandi áhrif verkja settar saman í eina breytu sem var gefið heitið Truflandi áhrif verkja (Chronbachs- α =0,83).

Svör þeirra 216 sjúklinga, sem svöruðu öllum spurningalistanum, eru notuð við greininguna. Skoðað var út frá breytum rannsóknarinnar hvort munur væri á svörum eftir því hvenær listanum var svarað. Eini marktæki munurinn, sem kom fram, var að meðalaldur sjúklinga, sem svöruðu að kvöldi aðgerðardags, var lægri en meðalaldur sjúklinga sem gaf ekki upp hvenær þeir svöruðu ($F=3,475$ (3); $p=0,017$). Í ljósi þessa var ákveðið að hafa alla sem svöruðu með í úrvinnslu.

NIÐURSTÖÐUR

Lýsing á þátttakendum

Í töflu 1 sést meðalaldur og kyn þátttakenda ásamt tegund skurðaðgerða.

Tafla 1. Lýsing á þátttakendum og tegund aðgerða.

Skurðaðgerðaflokkar	n	(%)	Karl/kona	Meðalaldur (sf)
Almenn skurðaðgerð*	56	(25,9%)	16/40	56,7 (14,5)
Bæklunaraðgerð	30	(13,9%)	11/19	60,5 (11,2)
Heila- og taugaaðgerð	28	(12,9%)	12/16	51,2 (14,2)
Kvensjúkdómaaðgerð	26	(12,0%)	0/26	51,4 (14,6)
Háls-, nef- og eyrnaaðgerð	23	(10,6%)	14/9	43,2 (13,7)
Þvagfæraaðgerð	18	(8,3%)	15/3	61,2 (14,7)
Brjóstholsaðgerð	12	(5,6%)	5/7	56,3 (13,1)
Lýtaaðgerð	11	(5,1%)	1/10	44,6 (19,2)
Æðaaðgerð	10	(4,6%)	7/3	64,1 (10,3)
Augnaðgerð	2	(0,9%)	1/1	54,0 (2,8)
Heildarfjöldi	216		82/134	54,5 (14,9)

* = aðgerðir á kviðarholi

n = fjöldi sjúklinga í hverjum skurðaðgerðaflokki

sf = staðalfrávik

Hvað gera sjúklingar ráð fyrir að hafa mikla verki eftir skurðaðgerð og hve algengir og hve miklir eru verkir fyrir og eftir skurðaðgerð?

133 (61,6%) sjúklingar svöruðu spurningu um væntingar til verkja eftir aðgerðir og var meðaltalsstyrkur áætlaðra verkja 5,4 (sjá töflu 2). Í töflunni sést einnig að tæpur helmingur sjúklinga var með verki fyrir aðgerð. Flestir (n=101) svöruðu spurningunni um hve lengi verkir hefðu staðið og höfðu 55 (54,5%) verið með verki í sex mánuði eða lengur, 17 (16,8%) í þrjá til sex mánuði, 17 (16,8%) í einn til tvo mánuði og 12 (11,9%) skemur en einn mánuð. Í töflunni sést meðaltalsstyrkur verkja í hvíld og við hreyfingu fyrir aðgerð hjá þeim sjúklingum sem höfðu verki fyrir aðgerð. Í töflu 2 sést enn fremur fjöldi sjúklinga með verki á mismunandi tímum eftir aðgerð og meðalstyrkur verkjanna.

Hver eru áhrif verkja á daglegar athafnir, líðan og samskipti sjúklinga við annað fólk?

Í töflu 3 sést að verkir höfðu mest áhrif á getu sjúklinga til að hósta, draga djúpt andann og/eða hreyfa sig í rúmi.

Hversu ánægðir eru sjúklingar með verkjameðferð eftir skurðaðgerð og með viðbrögð hjúkrunarfræðinga og lækna þegar sjúklingarnir létu vita um verki?

Tafla 2. Væntingar til verkja eftir aðgerð og styrkur verkja fyrir og eftir aðgerð (N=216).

	Fjöldi sjúklinga er svarar (n)	Styrkur verkja M (sf)*
Væntingar til verkja	133 (61,6%)	5,4 (2,43)
Verkir fyrir skurðaðgerð		
Í hvíld	120 (55,6%)	3,8 (2,70)
Við hreyfingu	119 (55,1%)	5,1 (2,80)
Verkir eftir skurðaðgerð		
Strax eftir skurðaðgerð	126 (58,3%)	4,3 (3,01)
Síðastliðinn sólarhring þegar spurningalista er svarað	187 (86,6%)	3,2 (2,08)
Verstu verkir síðastliðinn sólarhring	183 (84,7%)	5,9 (2,64)
Verkir að jafnaði síðastliðinn sólarhring †	184 (85,2%)	4,0 (2,18)

*M = Meðaltalsstyrkur verkja;

sf = Staðalfrávik

† = Verkir sem sjúklingar upplifðu að jafnaði

Tafla 3. Truflandi áhrif verkja á daglegar athafnir, líðan og samskipti sjúklinga við annað fólk (N=216).

	Fjöldi sjúklinga er svarar (n)	Meðaláhrif M (sf)*
Geta til að hósta, draga djúpt andann og/eða hreyfa sig í rúmi	182 (84,3%)	4,5 (3,06)
Daglegar athafnir	179 (82,8%)	4,5 (3,22)
Geta til göngu	183 (84,7%)	4,2 (3,34)
Svefn	182 (84,3%)	3,8 (2,94)
Skap	183 (84,7%)	1,8 (2,48)
Samskipti við annað fólk	180 (83,3%)	1,6 (2,55)

*M = meðaltalsstyrkur áhrifa; sf = staðalfrávik

Meirihluti sjúklinga (N=183), sem svöruðu spurningu um ánægju með verkjameðferð, var ánægður eða mjög ánægður með verkjameðferðina (90,7%) og aðeins 2,2% voru óánægð eða mjög óánægð. 166 sjúklingar svöruðu spurningu um

Ritrynd fræðigreina

ánægju með viðbrögð hjúkrunarfræðinga þegar látið var vita um verki og voru 94,5% þeirra ánægðir eða mjög ánægðir með viðbrögðin og 2,4% voru óánægðir eða mjög óánægðir. 94 sjúklingar svöruðu spurningu um viðbrögð lækna þegar látið var vita um verki og voru 90,4% ánægðir eða mjög ánægðir með viðbrögðin, 4,3% voru óánægðir eða mjög óánægðir.

Hversu langur er biðtími eftir verkjalyfjum og hver er reynsla sjúklinga af verkjameðferð?

Af 179 (82,9%) sjúklingum, sem svöruðu spurningunni um hvort þeir hefðu beðið um verkjalyf og hver biðtíminn eftir verkjalyfjum væri, sögðust 42 (23,5%) aldrei hafa beðið um verkjalyf og 137 (76,5%) að þeir hefðu beðið um verkjalyf. Biðin var styttri en 10 mínútur hjá 62,6% þeirra en 5% biðu í 11 til 20 mínútur og 2,2% biðu lengur en 60 mínútur.

179 sjúklingar (82,9%) svöruðu spurningunni um hvort verkjalyfið hefði dugað til að slá á verkinn og dugði lyfið hjá 58,1% þeirra en ekki hjá 34,6%. Sjúklingarnir voru einnig spurðir að því hvort þeir hefðu beðið um stærri skammt eða annars konar lyf til að vinna bug á verknum og af 117 (54,2%) sjúklingum, sem svöruðu, höfðu 42 (35,9%) beðið um stærri skammt eða annars konar lyf. Af 66 (30,6%) sjúklingum, sem svöruðu spurningunni um biðtíma eftir stærri skammti, biðu 46 (69,7%) innan við einn tíma, 5 (7,6%) biðu í einn til tvo tíma og 14 (21,2%) fengu ekki stærri skammt eða annað lyf.

Hversu algengt er að sjúklingar fái fræðslu um verki og verkjameðferð í tengslum við skurðaðgerð og hversu gagnlega telja þeir þá fræðslu?

Af 207 sjúklingum, sem svöruðu spurningunni um hvort þeir hefðu fengið upplýsingar um hugsanlega verki eftir aðgerð, sögðust 76,3% hafa fengið upplýsingar en 12,1% mundu ekki eftir því. 137 (66,8%) sjúklingum var sagt að verkjameðferð væri mikilvæg og því skyldu þeir tilkynna um verki.

Af 202 sjúklingum, sem svöruðu spurningunni um hvort þeir hefðu fengið upplýsingar um mikilvægi verkjameðferðar, greindu 102 (50,5%) frá því að þeir hefðu fengið slíkar upplýsingar, 61 (30,2%) fengu ekki slíkar upplýsingar og 39 (19,3%) mundu ekki eftir því.

Af 137 (63,4%) sjúklingum, sem svöruðu spurningunni um gagnsemi upplýsinga um verkjameðferð í tengslum við skurðaðgerð, fannst 117 (85,4%) þær gagnlegar og 20 (14,6%) þær gagnslausar.

Hver eru viðhorf sjúklinga til verkja og verkjalyfja?

Í töflu 4 sést að sjúklingar hafa að mestu leyti jákvæð viðhorf til verkja og verkjalyfja. Heildarmeðaltal fyrir fullyrðingarnar um viðhorf til verkja og verkjalyfja var 1,6 (sf=1,07).

Hvert er sambandið á milli eftirtalinna breyta: verkja fyrir skurðaðgerð, verkja eftir skurðaðgerð, tímalengdar verkja fyrir skurðaðgerð, væntinga til verkja, truflandi áhrifa verkja, ánægju með verkjameðferð, gagnlegra upplýsinga um verkjameðferð, viðhorfa til verkja og notkunar verkjalyfja og aldurs?

Tafla 4. Viðhorf sjúklinga til verkja og verkjalyfja (N=216).

	Fjöldi sjúklinga er svarar (n)	Meðalviðhorf M (sf) *
Fólk ánetjast verkjalyfjum auðveldlega	194 (89,8%)	2,4 (1,78)
Verkir gefa til kynna að veikindi fari versnandi	193 (89,4%)	2,3 (1,89)
Það er auðveldara að pola verkina en að kljást við aukaverkanir sem fylgja notkun verkjalyfja	193 (89,4%)	1,6 (1,71)
Spara ætti verkjalyf ef verkirnir kynnu að versna	198 (91,7%)	1,5 (1,84)
Góðir sjúklingar forðast að tala um verki	199 (92,1%)	1,4 (1,81)
Kvartanir um verki geta beint athygli læknisins frá meðhöndlun veikindanna	192 (88,9%)	1,1 (1,56)
Verkjalyf vinna ekki í raun á verkjum	197 (91,2%)	1,1 (1,60)
Heildarmeðaltalsstig viðhorfa til verkja og verkjalyfja		1,6 (1,07)

*M = meðaltal viðhorfa; sf = staðalfrávik

Kvarði 0-5, 0 þýðir að viðhorfin hindra ekki góða verkjameðferð og 5 að viðhorfin hindra hana.

Í töflu 5 sést að sterk fylgni er á milli þess að vera með verki fyrir og eftir aðgerð við truflandi áhrif verkja. Miðlungsfylgni er á milli þess að búast við verkjum eftir aðgerð, við að hafa verki fyrir aðgerð og eftir aðgerð, við truflandi áhrif verkja og við ánægju með verkjameðferð. Neikvæð veik fylgni er á milli aldurs og verkja eftir aðgerð. Einnig er veik fylgni milli aldurs og viðhorfa til verkja og verkjalyfja. Að öðru leyti er um lítil marktæk tengsl að ræða á milli þeirra breyta sem til skoðunar voru.

Er munur á verkjaskynjun eftir kynjum?

Notað var t-próf til að kanna hvort samband væri á meðaltalsstigum eftirfarandi breyta út frá kyni: Verkja fyrir aðgerð, Verkja eftir aðgerð, væntinga til verkja, truflandi áhrifa verkja, ánægju með verkjameðferð, gagnlegra upplýsinga um verkjameðferð og viðhorfa til verkjalyfja. Niðurstöður þess sýndu að konur voru með marktækt meiri verki eftir aðgerð en karlar (t(109)=2,36; p<0,05), gerðu ráð fyrir meiri verkjum eftir aðgerð en þeir (t(131)=2,33; p<0,05) og hjá konum frekar en körlum höfðu verkir meiri áhrif á daglegar athafnir, liðan og samskipti við annað fólk (t(143)=1,04; p<0,05). Karlar höfðu meiri hindrandi viðhorf en konur til verkja og verkjalyfja t(170)=2,06; p<0,05.

Ekki var marktækur munur milli kyns og ánægju sjúklinga með verkjameðferð og gagnlegra upplýsinga um verkjameðferð

Tafla 5. Fylgni (Pearson-r) milli verkja fyrir aðgerð, tímalengdar verkja fyrir aðgerð, væntinga til verkja, verkja eftir aðgerð, truflandi áhrifa verkja, ánægju með verkjameðferð, gagnlegra upplýsinga um verkjameðferð, viðhorfa til verkja og verkjalyfja og aldurs.

	Verkir fyrir aðgerð	Tímalengd verkja fyrir aðgerð	Væntingar til verkja	Verkir eftir aðgerð	Truflandi áhrif verkja	Ánægja með verkjameðferð	Gagnlegar upplýsingar	Viðhorf til verkja og verkjalyfja	Aldur
Verkir fyrir aðgerð	1								
Tímalengd verkja fyrir aðgerð	-	1							
Væntingar til verkja	0,320**	0,230	1						
Verkir eftir aðgerð	0,361**	0,201	0,424**	1					
Truflandi áhrif verkja	0,508**	0,201	0,443**	0,722**	1				
Ánægja með verkjameðferð	0,124	-0,072	0,330*	-0,139	-0,054	1			
Gagnlegar upplýsingar	-0,004	-0,222	-0,013	-0,181	-0,213*	-0,001	1		
Viðhorf til verkja og verkjalyfja	0,286**	0,204	0,079	0,123	0,164	-0,121	-0,086	1	
Aldur	-0,101	-0,031	-0,193*	-0,198*	-0,260**	-0,025	0,262**	0,181*	1

*p < 0,05, tvíhliða próf

**p < 0,01, tvíhliða próf

(N=216).

UMRÆÐUR

Niðurstöður rannsóknarinnar varpa ljósi á reynslu íslenskra sjúklinga af verkjum og verkjameðferð eftir skurðaðgerð. Þær sýna að verkirnir eru algengir og stór hluti sjúklinga er með slæma verki á sjúkrahúsinu. Þetta er í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna (Apfelbaum o.fl., 2003; Carr, 2001; Chung og Lui, 2003). Hlutfall sjúklinga með verki sólarhring áður en spurningalista var svarað er ívið hærra en komið hefur fram í öðrum sambærilegum íslenskum rannsóknum á skurðsjúklingum og sjúklingum á lyf- og skurðlækningadeildum, en að öðru leyti eru niðurstöður svipaðar (Herdís Sveinsdóttir og Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 1996; Elínborg G. Sigurjónsdóttir o.fl., 2001).

Ein algengasta orsök ófullnægjandi verkjameðferðar virðist vera að sjúklingar greini ekki frá verkjunum (Lynch, 2001). Orsakir þess geta verið margþættar og hefur verið nefnt að sjúklingar vilji ekki ónáða hjúkrunarfræðinga af hræðslu við að vera álitnir kvartgjarnir (Idvall, 2002), eru hræddir við aukaverkanir og ánetjun verkjalyfja (Carr, 2001; Manias o.fl., 2006) og neikvæð viðhorf þeirra gagnvart verkjum og verkjalyfjum (Ward o.fl., 1993). Vaxandi umræða í þjóðfélaginu um skort á hjúkrunarfræðingum, undirmönnun á deildum og mikið álag á hjúkrunarfræðingum getur jafnframt orsakað það að sjúklingar veigri sér við að biðja um verkjalyf.

Þátttakendur í rannsókninni virðast ekki hafa gert sér miklar vonir um verkjameðferð eftir aðgerð frekar en skurðsjúklingar

viðá annars staðar (Idvall, 2002; Svensson o.fl., 2001). Þetta er vandi sem taka þarf á af ákveðni og festu. Mikilvægt er að skipuleggja fræðslu á innskriftarmiðstöð með hliðsjón af þessu sem og að auka meðvitund almennings um gildi góðrar verkjameðferðar með almennri heilbrigðisfræðslu þar sem henni verður viðkomið.

Nýjar íslenskar rannsóknir á viðhorfum og þekkingu hjúkrunarfræðinga og lækna á verkjum og verkjameðferð fundust ekki en rannsóknir hafa sýnt að þeir þættir geta hafa áhrif á verkjameðferð (Dihle o.fl., 2006; McCaffery og Robinson, 2002). Hins vegar benda niðurstöður nýlegrar íslenskrar rannsóknar, sem gerð var á reynslu hjúkrunarfræðinga af því að annast sjúklinga með verki, til þess að góð fræðileg þekking hjúkrunarfræðinga á verkjum nægi ekki ein og sér til að veita fullnægjandi verkjameðferð. Ýmsir aðrir þættir, meðal annars stofnanalegir þættir og samskipti við lækna hafi þar áhrif (Blondal og Halldorsdóttir, 2009). Því þarf einnig að skoða slíka þætti í viðbót við hefðbundna kennslu um verki og verkjameðferð og tryggja að stöðugt séu í gangi verkferlar sem viðhalda árvekni starfsfólks gagnvart mikilvægi góðrar verkjameðferðar eftir skurðaðgerð. Sú niðurstaða, að fræðslu um verki og verkjameðferð sé ábótavant, bendir jafnframt til þess að endurskoða þurfi tilhögun þeirrar fræðslu til skurðsjúklinga.

Sú niðurstaða, að sjúklingarnir töldu verki hafa áhrif á daglegar athafnir sínar, kom ekki á óvart (Elínborg G. Sigurjónsdóttir

Ritrynd fræðigreina

o.fl., 2001; Herdís Sveinsdóttir og Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 1996; McNeill o.fl., 1998; Warrén Stomberg og Öman, 2006). Í ljósi þeirra alvarlegu afleiðinga, sem vanmeðhöndlaðir verkir geta haft á líðan sjúklinga með aukinni hættu á fylgikvillum eftir aðgerð og lengri sjúkrahúsdvöl (Apfelbaum o.fl., 2003; Chung og Lui, 2003; Pasero, Paice o.fl., 1999), er nauðsynlegt að árétta enn frekar mikilvægi þess að heilbrigðisstarfsfólk viðhaldi árvekni sinni.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að sjúklingar eru almennt ánægðir með verkjameðferð og er það eins og rauður þráður í rannsóknum á verkjum og verkjameðferð og hafa rannsakendur mikið velt því fyrir sér hvað valdi (Apfelbaum o.fl., 2003; Elínborg G. Sigurjónsdóttir o.fl., 2001; McNeill o.fl., 1998). Helstu skýringar eru taldar þær að sjúklingar hafi hreinlega ekki þekkingu á því hvað felst í góðri verkjameðferð, dæmi starfsfólk af góðmennsku þess og taki viljann fyrir verkið (Gordon o.fl., 2002; Boström o.fl., 1997). Þess má einnig geta að á meðan rannsóknin fór fram var mikil umræða í þjóðfélaginu um álag á heilbrigðisstarfsfólki á sjúkrahúsum og sú umræða hefur hugsanlega orðið til þess að sjúklingarnir voru ánægðir með alla þjónustu sem þeir fengu í sjúkrahúslegunni.

Biðtími eftir verkjalyfjum var stuttur hjá þátttakendum rannsóknarinnar. Þetta bendir til þess að starfsfólk bregðist skjótt við verkjum sjúklinga en þar sem verkir eru talsverðir má álykta að verkjalyfjakammtar séu ekki nægir eða notuð hafa verið röng verkjalyf. Þetta áréttar mikilvægi reglulegrar verkjalyfjagjafar fyrst eftir aðgerð og reglulegs verkjamats (Paice o.fl., 2005).

Samræmi var á milli væntinga sjúklinganna til verkja og þeirra verkja sem þeir höfðu eftir aðgerðina. Mikilvægt er að afla upplýsinga um fyrri reynslu þeirra af verkjum, hvað þeir gera ráð fyrir að hafa mikla verki eftir aðgerð og hvers þeir vænta af verkjameðferð. Þannig er hægt að greina sjúklinga sem þarfnast sérstakrar athygli og veita þeim verkjameðferð sem sniðin er að þeirra þörfum.

Eldri sjúklingar greindu frá minni verkjum eftir aðgerð og höfðu neikvæðara viðhorf til verkja og verkjalyfja en þeir yngri og er það í samræmi við niðurstöður fleiri rannsókna (Chung og Lui, 2003; Elínborg G. Sigurjónsdóttir o.fl., 2001; Warrén Stomberg og Öman, 2006). Skýringar þessa má finna í þeirri staðreynd að eldri sjúklingar eru oft með sjúkdóma sem hafa í för með sér aðra verki, eins og liðagigt, beinþynningu og æðasjúkdóma (Pasero, Reed o.fl., 1999), og eru því vanir að vera með verki. Einnig eru aldraðir oft ekki í stakk búnir til að tjá sig um verki því hæfileikinn til að hugsa óhlutbundið minnkar með aldrinum og aldraðir geta því átt í erfiðleikum með að nota tölukvarða til að meta styrk verkja (Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 2006). Aldraðir voru ekki skoðaðir sérstaklega í þessari rannsókn en full ástæða virðist vera til þess að skoða betur verki, verkjameðferð og afleiðingar vanmeðhöndlaðra verkja hjá öldruðum Íslendingum. Sama á við um konur en niðurstöðurnar leiddu í ljós að konur voru með meiri verki en karlar eftir aðgerð og gerðu frekar ráð fyrir verkjum. Er það í samræmi við niðurstöður annarra og

hefur það verið skýrt með minna þoli þeirra gagnvart verkjum, að þær lýsi meiri sársauka við verkjaáreiti og að hefð sé fyrir því að konur tjái sig frekar um verki en karlar sem bít frekar á jaxlinn og kvarti ekki (Chung og Lui, 2003; Yates o.fl., 1998). Hvort sem orsök er líffræðileg eða menningarbundin þá gefa niðurstöðurnar vísbendingar um að meta þurfi verki hjá konum og körlum á mismunandi hátt og ef til vill að kynin þarfnist mismunandi meðferðar.

Helstu takmarkanir þessarar rannsóknar eru að um þæginda-úrtak er að ræða og að gagna var aflað á tiltölulega stuttu tímabili. Það var ekki gerður greinamunur á því hvort sjúklingar hefðu fengið deyfingu og/eða svæfingu í skurðaðgerð en það getur haft áhrif á reynslu þeirra af verkjum. Enn fremur hefði mátt afla upplýsinga um verkina á fleiri tímapunktum og safna gögnum um notkun verkjalyfja og annars konar verkjameðferðar. Það hefði styrkt rannsóknina ef allir hefðu svarað á sama tíma, eða daginn eftir aðgerð eins og til stóð. Nokkrir sjúklingar völdu að svara spurningalistanum ekki strax heldur biðu með það allt þar til á áttunda degi eftir aðgerð. Það bendir til þess að heppilegt hefði verið að biða á meðan sjúklingar fylltu út listann. Þá má geta þess að gögn voru ekki greind út frá aðgerðum og sjúkdómsgreiningu og það getur vissulega skipt máli. Hins vegar fæst yfirlit yfir verki sjúklinga á ákveðnum tíma og gefur það mynd af verkjareynslu skurðsjúklinga á spítalanum. Það sem telst vera styrkur rannsóknarinnar er að úrtakið var stórt (N=216), svarhlutfall hátt (91,6%) og að öllum sjúklingum á LSH, sem fóru í aðgerð á tilteknu tímabili, var boðin þátttaka. Þetta eykur ytra réttmæti rannsóknarinnar.

LOKAORÐ

Niðurstöðurnar sýna að meirihluti sjúklinga finnur fyrir verkjum eftir skurðaðgerð. Þrátt fyrir það var mikill meirihluti sjúklinga ánægður með verkjameðferðina sem hann fékk. Einnig kom í ljós að fræðslu til sjúklinga var ábótavant og mikilvægt er því að bæta verkjameðferð og fræðslu til þessara sjúklinga til að koma í veg fyrir fylgikvilla vanmeðhöndlaðra verkja. Sú niðurstaða, að konur gera frekar ráð fyrir verkjum og greina frá meiri verkjum en karlar, bendir til að fræðsla og verkjameðferð skuli kynjamiðuð. Verkjameðferð er samvinnuverkefni heilbrigðisstarfsfólks og sjúklinga og í verkjafræðslu skal hvetja sjúklinga til að greina frá verkjum og gera þá skilvirkari þátttakendur í verkjameðferð sinni.

Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa heilbrigðisstarfsfólki færi á að sjá hvernig sjúklingar meta verkjameðferð. Þær verða notaðar til að leggja hlutlægt mat á gæði verkjameðferðar og gefa til kynna að bæta þurfi verkjameðferð og fræðslu þessara sjúklinga.

Rannsóknin var styrkt af Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga og vísindasjóði Landspítala.

Heimildaskrá

American Pain Society Quality of Care Committee, APSQCC (1995). Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain, JAMA, 274 (23), 1874-1880.

- Anna Gyða Gunnlaugsdóttir (2006). Hjúkrunarfræðilegt mat á verkjum. Í Helga Jónsdóttir (ritstj.), *Frá innsæi til inngripa. Þekkingarþróun í hjúkrunar- og ljósmóðurfraði* (bls. 19-39). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Apfelbaum, J.L., Chen, C., Metha, S.S., og Gan, T.J. (2003). Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia & Analgesia*, 97, 534-540.
- Blay, N., og Donoghue, J. (2005). The effect of pre-admission education on domiciliary recovery following laparoscopic cholecystectomy. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22 (4), 14-19.
- Blondal, K., og Halldorsdóttir, S. (2009). The challenge of caring for patients in pain: From the nurse's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2897-2906.
- Boström, B.M., Ramberg, T., Davis, B.D., og Fridlund, B. (1997). Survey of postoperative pain management. *Journal of Nursing Management*, 5, 341-349.
- Burns, N., og Grove, S.K. (2005). *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique, and Utilization* (5. útg.). St. Louis: Elsevier
- Carr, E.C. (2001). Impact of postoperative pain on patient experience and recovery. *Professional Nurse*, 17 (1), 37-40.
- Chung, J.W.Y., og 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, 13-21.
- Dihle, A., Bjølseth, G., og Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 469-479.
- Elinborg G. Sigurjónsdóttir, Ingibjörg J. Friðbertsdóttir, Ingunn Steinþórsdóttir og Þórunn M. Lárusdóttir (2001). *Gæði verkjameðferðar á Landspítala-háskólasjúkrahúsi*. Lokaritgerð til B.S.-gráðu. Reykjavík: Hjúkrunarfræðideild, Háskóli Íslands.
- Eriksen, J.R., Poornorozy, P., Jorgensen, L.N., Jacobsen, B., Friis-Andersen, H.U., og Rosenberg, J. (2009). Pain, quality of life and recovery after laparoscopic ventral hernia repair. *Hernia*, 13, 13-21.
- Gagliese, L. (2009). Pain and Aging: The emergence of a new subfield of pain research. *Journal of Pain*, 10, 343-353.
- Garretson, S. (2004). Benefits of pre-operative information programmes. *Nursing Standard*, 18 (47), 33-37.
- Gilmartin, J., og Wright, K. (2007). The nurse's role in day surgery: A literature review. *International Nursing Review*, 54, 183-190.
- Gordon, D.B., Pellino, T.A., Miaskowski, C., McNeill, J.A., Paice, J.A., Laferriere, D., og Bookbinder, M. (2002). A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: Recommendations for standardized outcome measures. *Pain Management Nursing*, 3 (4), 116-130.
- Haljamäe, H., og Warrén Stomberg, M. (2003). Postoperative pain management: Clinical practice is still not optimal. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 14, 207-210.
- Herdís Sveinsdóttir og Anna Gyða Gunnlaugsdóttir (1996). Verkir og verkjameðferð skurðsjúklinga: Væntingar og reynsla. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 5 (72), 232-239.
- Idvall, E. (2002). Post-operative patients in severe pain but satisfied with pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (6), 841-842.
- International Association for the Study of Pain, IASP (1994). *IASP pain terminology*. Sótt 23. mars 2006 á <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>.
- Lynch, M. (2001). Pain as the fifth vital sign. *Journal of Intravenous Nursing*, 24 (2), 85-94.
- Manias, E., Botti, M., og Bucknall, T. (2006). Patients' decision-making strategies for managing postoperative pain. *The Journal of Pain*, 7 (6), 428-437.
- Manias, E., Bucknall, T., og Botti, M. (2005). Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting. *Pain Management Nursing*, 6 (1), 18-29.
- Mann, E., og Redwood, S. (2000). Improving pain management: Breaking down the invisible barrier. *British Journal of Nursing*, 9 (19), 2067-2072.
- McCaffery, M. (1999). *Pain management: Problems and progress*. Í M. McCaffery og C. Pasero (ritstj.), *Pain: Clinical manual* (2. útg.) (bls. 1-14). St. Louis: Mosby.
- McCaffery, M., og Ferrell, B.R. (1997). Nurse's knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made? *Journal of Pain Symptom Management*, 14, 175-188.
- McCaffery, M., og Robinson, E.S. (2002). Your patient is in pain. Here's how you respond. *Nursing*, 32 (10), 36-45.
- McNeill, J.A., Sherwood, G.D., Starck, P.L., og Thompson, C.J. (1998). Assessing clinical outcomes: Patient satisfaction with pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 16 (1), 29-40.
- Morgan, G.E., Mikhail, M.S., Murrey, M.J., og Larson, C.P. (2002). *Clinical anesthesiology* (3. útg.). New York: McGraw-Hill.
- Ólöf Birna Kristjánsdóttir, Sigrún Anna Qvinesland og Svava Kristinsdóttir (2000). *Þýðing og forprófun á mælitæki sem metur gæði verkjameðferðar*. Óbirt lokaritgerð til B.S.-gráðu. Reykjavík: Námsbraut í hjúkrunarfræði, Háskóli Íslands.
- Paice, J.A., Noskin, G.A., Vanagunas, A., og Shott, S. (2005). Efficacy and safety of scheduled dosing of opioid analgesics: A quality improvement study. *The Journal of Pain*, 6 (10), 639-643.
- Pasero, C., Paice, J.A., og McCaffery, M. (1999). *Basic mechanisms underlying the causes and effects of pain*. Í M. McCaffery og C. Pasero (ritstj.), *Pain: Clinical manual* (2. útg.) (bls. 15-34). St. Louis: Mosby.
- Pasero, C., Reed, B.A., og McCaffery, M. (1999). *Pain in elderly*. Í M. McCaffery og C. Pasero (ritstj.), *Pain: Clinical manual* (2. útg.) (bls. 674-710). St. Louis: Mosby.
- Sawyer, J., Haslam, L., Robinson, S., Daines, P., og Stilos, K. (2008). Pain prevalence study in a large Canadian teaching hospital. *Pain Management Nursing*, 9, 104-112.
- Shuldham, C. (1999). A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 171-177.
- Sikorski, K.A., og Barker, D.M. (2005). *Clients with pain*. Í J.M. Black og J. Hokanson Hawks (ritstj.), *Medical-Surgical Nursing. Clinical management for positive outcomes* (7.útg.) (bls. 440-485). St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Sjöling, M., Norbergh, K.G., Malke, H., og Asplund, K. (2006). What information do patients waiting for and undergoing arthroplastic surgery want? Their side of the story. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 10, 5-14.
- Sommer, M., Geurts, J.W.J.M., Stessel, B., Kessels, A.G.H., Peters, M.L., Patijn, J., Kleef, M., Kremer, B., og Marcus, M.A.E. (2009). Prevalence and predictors of postoperative pain after ear, nose, and throat surgery. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 135, 124-130.
- Strohbuecker, B., Mayer, H., Evers, G., og Sabatowski, R. (2005). Pain prevalence in hospitalized patients in a German university teaching hospital. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29 (5), 498-506.
- Svensson, I., Sjöström, B., og Haljamäe, H. (2001). Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management. *European Journal of Pain*, 5, 125-133.
- Visentin, M., Zanolini, E., Trentin, L., Sartori, S., og Marco, R. (2005). Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals. *European Journal of Pain*, 9, 61-67.
- Walker, J.A. (2002). Emotional and psychological preoperative preparation in adults. *British Journal of Nursing*, 11 (8), 567-575.
- Ward, S.E., Goldberg, N., Miller-McCauley, V., Mueller, C., Nolan, A., Pawlik-Plank, D., Robbins, A., Stormoen, D., og Weissman, D.E. (1993). Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain*, 52, 319-324.
- Warrén Stomberg, M., og Öman, U.-B. (2006). Patients undergoing total hip arthroplasty: A perioperative pain experience. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 451-458.
- Yates, P., Dewar, A., Edwards, H., Fentiman, B., Najman, J., Nash, R., Richardson, V., og Fraser, J. (1998). The prevalence and perception of pain amongst hospital in-patients. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 521-530.