

FRÆÐSLA SKURÐSJÚKLINGA: INNTAK, ÁNÆGJA OG ÁHRIFAPÆTTIR

ÚTDRÁTTUR

Rannsóknir hafa sýnt margháttaðan ávinning sjúklingafræðslu en lítið er vitað um gagnsemi fræðslu eða ánægju skurðsjúklinga á Íslandi með veitta fræðslu. Megintilgangur þessarar rannsóknar var að lýsa fræðslu sem skurðsjúklingar á Landspítala telja sig fá á sjúkrahúsi og heima fjórum vikum síðar og meta hvað hefur áhrif á ánægju þeirra með fræðsluna. Úrtakið var 733 innkallaðir sjúklingar sem fóru í valaðgerð 15. janúar til 15. júlí 2007. Svörun var 74%. Gagna var aflað með tveim spurningalistum, á sjúkrahúsinu og heima fjórum vikum eftir heimkomu. Spurt var um sjúklingafræðslu og ánægju með hana, kvíða og þunglyndi, verki og önnur einkenni, aðdraganda sjúkrahúsvistar og sjúkrahúsdvöl, heilsufar og árangur aðgerða, ánægju með umönnun og stuðning og bakgrunn þátttakenda. Almennt voru sjúklingar ánægðir með fræðsluna. Þeir voru þó ánægðari aðspurðir á spítalanum heldur en heima. Atriði, sem sjúklingar óskuðu frekari fræðslu um á sjúkrahúsinu, voru einkum fylgikvillar aðgerðar, hreyfing, sjúkdómur og verkir en eftir heimkomu ýmislegt sem tengist verkjum og afturbata.

Minni ánægja með fræðslu fyrir aðgerð tengdist meiri sársauka á spítalanum, minni gagnsemi upplýsinga fyrir aðgerð, minni stuðningi vina og ættingja á spítala og minni ánægju með umönnun á spítalanum. Þættir, sem höfðu áhrif á minni ánægju með fræðslu á spítala um ferlið eftir að heim var komið, tengdust meðal annars kvíðaeinkennum á spítala og heima, þunglyndiseinkennum á spítala og heima, sársauka á spítala og almennt einkennum fyrir aðgerð og heima. Aðrir þættir, sem þessu tengdust, voru að vilja fá betri upplýsingar, hafa ekki náð sér eftir aðgerð, minni ánægja með stuðning vina og ættingja svo og minni ánægja með umönnun. Þá voru yngri sjúklingar og konur óánægðari.

Fræðsluparfir skurðsjúklinga eru umfangsmiklar og vara fram yfir sjúkrahúsvistina. Bæta þarf einstaka þætti fræðslunnar og skipuleggja sérstaklega mat, fræðslu og eftirfylgd sjúklinga sem fyrirjáanlega vegnar ver. Ávinningur gæti orðið aukin ánægja sjúklinga og ódýrari heilbrigðisþjónusta vegna fækkunar einkenna, fylgikvilla og endurinnlagna.

Lykilorð: Skurðsjúklingar, fræðsla, hjúkrunarfræðingar.

INNGANGUR

Lög um réttindi sjúklinga (1997) kveða á um rétt sjúklinga til að fá upplýsingar um heilsufar, meðferð, ástand og batahorfur og ýmis þýðingarmikil atriði er varða eftirmeðferð, svo sem lyfjagjöf, mataræði, þjálfun og hreyfingu. Lögin hvíla á niðurstöðum fjölda rannsókna sem hafa sýnt gildi þess að sjúklingar séu vel upplýstir. Kröfur nútímasamfélags lúta auk þess að aukinni sjálfsábyrgð einstaklingsins hvað heilsu varðar.

ENGLISH SUMMARY

Blondal, K., Olafsdottir, H.S., Johannesdottir, S., Sveinsdottir, H.
The Icelandic Journal of Nursing (2011), 87 (1), 49-60

SURGERY RELATED INFORMATION: CONTENT, SATISFACTION AND INFLUENTIAL FACTORS

Research has shown various benefits of patient education. However little is known about its effectiveness and about Icelandic surgical patients' satisfaction with the education. This study aims to describe the perceived information surgical patients at Landspítali – University hospital receive at the hospital and at home four weeks later and assess what affects their satisfaction with received information. The sample included 733 patients admitted for planned surgery from January 15th to July 15th 2007. The response rate was 74%. Information was collected with two questionnaires, administered at the hospital and at home four weeks later, addressing symptoms, patient information, support, satisfaction, disease, surgery, situation at home, and background. Generally the patients were satisfied with the information received. At the hospital the patients most often wanted more information about complications of surgery, movement, disease, and pain. At home they wanted more information about pain and the period of recovery.

Less satisfaction with information was related to more pain at the hospital, less beneficial information before surgery, less support of friends and family at the hospital and less satisfaction with the care they received at the hospital. Less satisfaction with information they received at the hospital about post-discharge recovery was for example related to anxiety at the hospital and at home, depression at the hospital and home and pain at the hospital. Less satisfaction with information they received at the hospital was also related to symptoms in general before surgery and at home, wanting better information, not having recovered after surgery and less satisfaction with the support of friends and family. Women and younger patients were more dissatisfied.

Surgical patients have extensive educational needs. Special consideration must be given to the information and follow-up of patients at risk for negative outcome and those who are dissatisfied with care. The benefits could be more satisfied patients and less health care related expenses because of fewer symptoms, complications and readmissions to hospital.

Keywords: Surgical patients, information, nurses.

Correspondance: katrinbl@landspitali.is.

Á tímum fjárskorts og styttri legutíma aðgerðasjúklinga er hætt við að aðrir þættir hjúkrunarþjónustu en þeir sem lúta að líkamlegum þörfum víki. Í nokkrum íslenskum rannsóknum hafa sjúklingar verið spurðir hvort þeir séu ánægðir með upplýsingar sem þeir fengu meðan á sjúkrahúsdvöl stóð og benda svörin yfirleitt til þess að sjúklingar séu ánægðir (Sveinsdóttir og Gunnlaugsdóttir, 1996; Þórdís K. Þorsteinsdóttir, 2006; Þórgunnur Jóhannsdóttir og Margrét M. Arnardóttir, 2005). Hugtakið sjúklingaánægja er þó vandmeðfarið þar sem um huglægt og oft óljóst fyrirbæri er að ræða (Tishelman og Sachs, 1992; Wagner og Bear, 2009). Erfitt hefur reynst að aðgreina mælingar á heildaránægju sjúklinga með hjúkrunarþjónustuna frá ánægju þeirra með einstaka þætti þjónustunnar (Sjöling o.fl., 2003). Þrátt fyrir þetta hefur sjúklingaánægja verið viðfangsefni fjölmargra rannsókna og það endurspeglar hversu mikilvægt þykir að leita upplýsinga hjá sjúklingum sjálfum um gæði þjónustu og eru hugtökin ánægja og gæði nú nær samofin (Wagner og Bear, 2009). Þannig er talið mikilvægt að leita til sjúklinga þegar skipuleggja á nýja meðferð eða meta hjúkrunarþjónustu sem þegar er til staðar, enda þurfa væntingar og álit sjúklinga og heilbrigðisstarfsfólks alls ekki að fara saman (Dozier o.fl., 2001). Í mörgum þessara rannsókna koma fram tengsl ánægju sjúklinga með veitta þjónustu og sjúklingafræðslu og enn fremur hafa fræðsla og upplýsingar áhrif á mat skurðsjúklinga á gæðum hjúkrunar (Krupat o.fl., 2000). Í hugtakagreiningu Wagner og Bear (2009) á ánægju sjúklinga með hjúkrunarþjónustu eru upplýsingar, sem sjúklingum eru veittar um heilsufar sitt, eitt þeirra lyklatríða sem stuðla að aukinni ánægju sjúklinga. Ánægja sjúklinga með veitta þjónustu gefur vísbendingar um hvar úrbóta er þörf en jafnframt hverju er vel sinnt (Tishelman og Sachs, 1992).

Hér verður greint frá rannsókn sem gerð var á Landspítala árið 2007 í þeim tilgangi að lýsa fræðslu sem skurðsjúklingar á skurðeildum Landspítala segjast fá í sjúkrahúslagunni og heima fjórum vikum síðar og skoða þætti sem hafa áhrif á ánægju þeirra með fræðsluna.

Fræðsla skurðsjúklinga

Sjúklingafræðsla hvílir á þeirri hugmyndafræði að þekking og skilningur á eigin veikindum, bataferli og viðhaldi heilbrigðis sé til hagsbóta fyrir einstaklinginn, fjölskyldu hans og þjóðfélagið allt (Redman, 2007). Skurðsjúklingar virðast leita upplýsinga til að aðlagast betur aðstæðum sem gera þá óvissa og eftir því sem óvissan er meiri eykst þörfin fyrir upplýsingar (Galloway og Graydon, 1996). Hér á eftir verður gerð stuttlega grein fyrir þremur þáttum sjúklingafræðslu: ávinningi fyrir sjúklinga og samfélag, þörfum skurðsjúklinga við útskrift og formi fræðslunnar.

Ávinningur sjúklingafræðslu fyrir sjúkling, fjölskyldu og samfélag

Rannsóknir á fræðslu skurðsjúklinga benda til margháttaðs ávinnings hennar, svo sem aukinnar ánægju með meðferð, minni verkja og kvíða, færri fylgikvilla, aukins sjálfstæðis og sjálfsbjargargetu, aukinnar meðferðarhaldni og bættrar aðlögunar (Bastable, 2006; Blay og Donoghue, 2005; Cebeci og Celik, 2008; Hodginson o.fl., 2000; Lin og Wang, 2005;

Sjöling o.fl., 2003; Suhonen og Leino-Kilpi, 2006). Þá virðist sjúklingafræðsla og mikilvæg fyrir fjölskylduna þar sem þeir umönnunaraðilar, sem eru viðstaddir útskriftarfræðslu, eru síður kvíðnir og ánægðari, og fá sjúklingarnir færri heilsutengd vandamál eftir útskrift en ella (Driscoll, 2000).

Samfélagslegur ávinningur fræðslunnar felst í skemmri sjúkrahúsdvöl (Devine, 1992; Suhonen og Leino-Kilpi, 2006) en einnig færri og jafnvel skemmri endurinnlögnum (Naylor og McCauley, 1999). Þá virðist óvæntum endurkomum til heilbrigðisstofnana vegna vandamála eftir aðgerðir fækka (Williams, 2008). Getur það skýrst af því að sjúklingar, sem fá sértæka útskriftarfræðslu, finna fyrir færri vandamálum eftir útskrift (Cebeci og Celik, 2008).

Fræðsluþarfir skurðsjúklinga við útskrift

Niðurstöður margra rannsókna sýna að sérstök útskriftarfræðsla hefur jákvæð áhrif. Í yfirlitsgrein um fræðsluþarfir skurðsjúklinga við útskrift reyndust þær helstu vera: umhirða skurðsársins, verkir og önnur einkenni, virkni og hreyfifærni og upplýsingar um mataræði, útskilnað, vinnu, endurkomu, eftirlit með aukaverkunum og lífsgæði (Pieper o.fl., 2006). Niðurstöður annarrar fræðilegrar úttektar á upplýsingum, sem skurðsjúklingar fá, eru sambærilegar niðurstöðum Pieper og félaga en gefa jafnframt til kynna að þarfirnar eru mismunandi frá einum tíma til annars (Suhonen og Leino-Kilpi, 2006). Ekki er hægt að gera ráð fyrir að fræðsluþarfir sjúklinga séu fullkomlega uppfylltar við útskrift. Til dæmis nægði ekki ítarleg munnleg og skrifleg útskriftarfræðsla sjúklingum, sem gengust undir blöðruhálskirtilsbrotnám, til að gera þá fullfæra um að ráða við fylgikvilla aðgerðar (Burt o.fl., 2005). Samhljóða ofangreindu voru niðurstöður rannsókna á fræðsluþörfum 148 eldri aðgerðasjúklinga sem, þrátt fyrir góða útskriftarfræðslu, höfðu áfram umfangsmiklar fræðsluþarfir tengdar sjálfsumönnun og einkennameðferð auk þarfa fyrir samræður vegna tilfinningalegra viðbragða sinna (Hughes o.fl., 2000).

Form og tilhögun sjúklingafræðslu

Athygli rannsækenda hefur gjarnan beinst að því að skoða hvaða form og tilhögun fræðslu nýttist sjúklingum best, svo sem hóp- eða einstaklingsfræðsla, munnleg fræðsla, bæklingar, myndbönd eða netfræðsla. Undanfarið hefur til dæmis fjölgað rannsóknum sem draga fram mikilvægi einstaklingshæfðrar fræðslu og virðist slík fræðsla leiða í ljós betri andlega líðan þeirra sjúklinga sem slíka fræðslu hljóta (Sørlie o.fl., 2006; McMurray o.fl., 2007). Að auki virðist þetta fræðsluform draga úr tíðni fylgikvilla eftir aðgerð og geta orðið til þess að sjúklingar muni frekar fræðsluna og þurfi síður að leita frekari upplýsinga um meðferð einkenna (Blay og Donoghue, 2005). Þannig virðist fræðsla, sem er einstaklingsmiðuð hvað varðar innihald og tilhögun, vera árangursríkari hvað heilsufar og nám snertir (Fredericks o.fl., 2010). Tímasetning fræðslu skiptir einnig máli þegar horft er til ánægju sjúklinga (Hodginson o.fl., 2000) en gæði samskipta heilbrigðisstarfsfólks við sjúkling virðast jafnframt eitt af því sem miklu skiptir um heildaránægju sjúklinga með meðferð og fræðslu (Sørlie o.fl., 2000).

Af ofangreindu má sjá að skurðsjúklingar hafa yfirgripsmiklar fræðsluþarfir og að uppfylling þeirra þarfa hefur jákvæð áhrif á líðan og afkomu auk fjárhagslegs ávinnings. Athygli vekja því rannsóknir sem sýna að skurðsjúklingar virðast oft ekki fá viðhlítandi fræðslu (Suhonen og Leino-Kilpi, 2006; Williams, 2008) og það þrátt fyrir lagalegan rétt sjúklinga. Lítið er vitað um þessi mál meðal skurðsjúklinga á Íslandi. Tvær íslenskar rannsóknir á fræðslu skurðsjúklinga fundust við leit í Rannsóknargagnasafni Íslands og Gegni (Hafðís Skúladóttir, 2007; Þórgunnur Jóhannsdóttir og Margrét M. Arnardóttir, 2005). Úrtök rannsókna voru fremur lítil en niðurstöður beggja benda til að bæta megi sjúklingafræðslu hér á landi. Mikilvægt er að afla frekari upplýsinga um stöðu mála hérlendis og skoða hversu ánægðir skurðsjúklingar eru með þá fræðslu sem þeir fá svo hægt sé að ráðast í nauðsynlegar úrbætur.

Tilgangur rannsókna

Megintilgangur þessarar lýsandi panelrannsóknar, þar sem sami hópur þátttakenda svaraði spurningalistum á ákveðnum tímamörkum í aðgerðarferlinu, var að lýsa fræðslu sem skurðsjúklingar á Landspítala segjast fá meðan þeir liggja á sjúkrahúsi og heima fjórum vikum síðar og meta hvað hefur áhrif á ánægju þeirra með fræðsluna. Leitast var við að svara eftirfarandi rannsóknaspurningum:

1. Hvernig er fræðslu til skurðsjúklinga á Landspítala háttað?
2. Hvaða þættir fræðslu til skurðsjúklinga á Landspítala hefðu mátt vera betri að mati sjúklinganna?
3. Hversu ánægðir eru skurðsjúklingar á Landspítala með þá fræðslu sem þeir fá?
4. Hvert er samband ánægju sjúklinga með fræðslu fyrir aðgerð við a) tegund aðgerðar; b) fræðslu sem þeir fengu fyrir aðgerð; c) kvíða og þunglyndi á spítalanum; d) verki fyrir aðgerð og á spítalanum; e) einkenni fyrir aðgerð; f) aðdraganda sjúkrahúsvistar og sjúkrahúsdvöl; g) heilsufar; h) bakgrunn; i) ánægju með umönnun á spítalanum og ánægju með stuðning vina og ættingja.
5. Hvert er samband ánægju sjúklinga með fræðslu, sem þeir fengu á spítalanum um ferlið eftir að heim væri komið, við a) tegund aðgerðar; b) tíma frá aðgerð; c) fræðslu sem þeir fengu á spítalanum og fyrir heimferð; d) einkenni kvíða og þunglyndis á spítala og heima; e) verki heima og á spítala; f) einkenni heima og fyrir aðgerð; g) aðdraganda sjúkrahúsvistar og sjúkrahúsdvöl; h) heilsufar og árangur aðgerðar; i) bakgrunn; j) ánægju með umönnun á spítalanum og ánægju með stuðning vina og ættingja.

AÐFERÐAFRÆÐI

Þýði og úrtak

Þýðið var sjúklingar innkallaðir á skurðdeildir Landspítala á tímabilinu 15. janúar til 15. júlí 2007 til aðgerðar á brjóstholi (hjarta, lungum), þvægfærum (nýrum, blöðruhálskirtli), meltingarfærum (ristli, gallblöðru, þindarsliti), brjóstum (brjóstaupþýgging/minnkun), vegna aðgerðar á hrygg, eða til hné- eða mjaðmaskipta. Úrtakið takmarkaðist við þá sem gátu lesið og skilið íslensku, dvöldu á sjúkrahúsi að minnsta kosti í sólarhring eftir aðgerð, og voru metnir andlega hæfir til þátttöku af hjúkrunarfræðingi.

Á rannsóknatímanum fóru 845 sjúklingar í aðgerð. Af þeim náðist ekki í 50 sjúklinga og 62 uppfylltu ekki skilyrði rannsóknarinnar. Ástæða þess að hjúkrunarfræðingar á deildinni máttu sjúklingana ekki hæfa til þátttöku var oftast aldur þeirra eða sjúkdómsástand. Í mörgum tilvikum var um að ræða mjög fullorðið fólk sem heyrði eða sá mjög illa eða var svo veikt að ekki var talið ráðlegt að æskja þátttöku þess.

Mælitæki

Gagna var aflað með tveim spurningalistum, annar var lagður fyrir á sjúkrahúsinu (spítalalisti) og hinn heima (heimalisti). Spurt var um einkenni kvíða og þunglyndis, almenn einkenni, sjúklingafræðslu, ánægju með meðferð, þætti tengda sjúkdómi og aðgerðarferli, ástand heima fyrir og bakgrunnsspurningar. Listarnir voru frábrugðnir að því leyti að á spítalanum var spurt um þætti tengda sjúkdómi og aðgerðarferli, ástand heima fyrir og bakgrunn og heima var ítarlega spurt um þætti varðandi spítaladvöl, árangur aðgerðar, svefn og svefnvenjur (sjá frekari skýringar síðar). Í báðum listunum í þessari rannsókn var matstækið the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) auk þess sem verkjaspurningar byggjast á *American Pain Society* (1995). Síðari listinn innihélt jafnframt spurningar um svefn unnar af Bryndísi Benediktsdóttur o.fl. (2000). Að öðru leyti voru spurningar samdar af reyndum hjúkrunarfræðingum starfandi á skurðeildum Landspítala og höfundum.

Ánægja með fræðslu. Ein spurning laut að ánægju með fræðslu veitta fyrir aðgerð og önnur ánægju með fræðslu um ferlið eftir að heim var komið. Á spítalanum var spurt hversu ánægður eða óánægður sjúklingurinn hefði verið með fræðslu sem hann fékk fyrir aðgerð. Heima var spurt um ánægju og óánægju með fræðslu sem viðkomandi fékk á sjúkrahúsinu um ferlið eftir að heim var komið. Svarmöguleikar lágu á bilinu 1 til 5 þar sem 1 þýddi mjög ánægður og 5 mjög óánægður.

Fræðsla. Til að meta í hverju fræðsla til skurðsjúklinga felst var á spítalanum spurt hvort sjúklingar hefðu fengið upplýsingar um 17 atriði fyrir aðgerðina og heima var spurt um hvort þeir hefðu fengið fræðslu um 23 atriði á spítalanum eða við útskrift. Þátttakendur í þessari rannsókn fóru í mismunandi tegundir aðgerða og ljóst þótti að áhersla í fræðslu væri mismunandi eftir sjúklingahópum. Því var ákveðið að áhersla skyldi lögð á að afla upplýsinga um atriði tengd almennri fræðslu til sjúklinga sem fara í skurðaðgerð. Hópur hjúkrunarfræðinga, sem starfa á mismunandi deildum skurðsviðs Landspítala, valdi í samvinnu við rannsakendur þessi atriði. Atriðin eru ekki talin upp hér en snúa að fræðslu um verki og verkjameðferð, hreyfingu, svefn, útskiðnað, aðgerðina, aðdraganda að aðgerð, afturbatann og daglegt líf. Athugað var innra samræmi í svörum sjúklinganna við atriðunum 17 sem spurt var um fyrir aðgerð og þeirra 23 sem spurt var um heima. Innra samræmið var vel viðunandi (Chronbachs-alfa fyrir 17 atriði 0,890 og fyrir atriðin 23 0,941) og voru því útbúnar tvær breytur sem notaðar eru við greininguna *Upplýsingar fyrir aðgerð* og *Upplýsingar á spítalanum og við útskrift*. Áður en ákveðið var að útbúa þessar tvær breytur voru atriðalistarnir tveir þáttgreindir, auk þess að atriðum var raðað saman út frá efnislegum sambærileika

þeirra. Ekki náðust viðunandi niðurstöður úr þeim aðgerðum. Til að meta hvort fræðsla um ákveðin atriði hefði mátt vera betri voru sjúklingarnir á spítalanum og heima beðnir um að merkja við atriði sem þeir hefðu viljað fá betri upplýsingar um.

Á spítalanum og heima var spurt hver veitti fræðsluna (hjúkrunarfræðingur, læknir, sjúkrahjálpari, næringarráðgjafi, sjúkraliði, annar) og var á spítalanum spurt hversu gagnleg fræðslan fyrir aðgerð hefði verið (1=mjög gagnleg, 2=frekar gagnleg, 3=hvorki né, 4=lítið gagnleg, 5=gagnaðist ekki). Heima var spurt hvort viðkomandi hefði fengið skriflegt fræðsluefni með sér heim af sjúkrahúsinu um eftirmeðferð (já/nei) og um gagnsemi þess (1=mjög gagnlegt, 5=gagnaðist ekki). Að lokum var spurt á hvaða formi fræðslan hefði verið og hvort viðkomandi hefði leitað annað en til heilbrigðisstarfsfólks um upplýsingar.

Kvíði og þunglyndi. Til að mæla kvíða og þunglyndi var notað matstækið the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en það skiptist í sjö fullyrðingar sem lýsa einkennum kvíða og sjö fullyrðingar sem lýsa einkennum þunglyndis. Þátttakendur eru beðnir um svar sem lýsir líðan þeirra síðastliðna viku út frá fjórum svarmöguleikum og eru heildargildi hvors hluta á bilinu 0-21 (Herrmann, 1997; Snaith, 2003). Fleiri stig á kvarðanum benda til fleiri einkenna þunglyndis/kvíða. Innra samræmi svara (Chronbachs-alfa) við kvíðahlutanum var 0,89 á spítala en 0,87 þegar heim var komið og í þunglyndishlutanum 0,80 á spítalanum en 0,81 heima.

Verkir og önnur einkenni. Á spítalanum og heima var spurt um styrk verkja síðastliðna sólarhringa, hafi verkir verið til staðar, og styrk núverandi verkja á tölukvarða frá 0-10 (0=enginn verkur; 10=verkur gæti ekki verið verri). Töluvarðasvörin tvö á spítalanum annars vegar og heima hins vegar voru sameinuð í sitt hvora breytuna sem kallast spítalasársauki (Chronbachs-alfa=0,727) og heimasársauki (Chronbachs-alfa=0,874). Spurt var hvort 12 önnur einkenni hefðu valdið vanlíðan annars vegar síðastliðna 7 daga fyrir innlögn og hins vegar í vikunni áður en heimalistanum var svarað. Einkennin voru valin á listann á sambærilegan máta og ákveðið var hvaða upplýsinga var aflað um fræðslu fyrir aðgerð og við útskrift. Jafnframt var einkennalistinn þáttagreindur og einkennum raðað saman efnislega en ekki fengust nógu góðar niðurstöður. Bestu niðurstöður fengust með því að útbúa tvær breytur, aðra úr einkennum á spítala, *heildareinkenni á spítala* (Chronbachs-alfa=0,743) og hina úr einkennum heima *heildareinkenni heima* (Chronbachs-alfa=0,702).

Aðdragandi sjúkrahúsvistar og sjúkrahúsdvöl. Spurt var hvort sjúklingur hefði verið á biðlista eftir aðgerð (já/nei), hvort fresta hefði þurft aðgerð (já/nei), hvort bið hefði verið eftir aðgerð á aðgerðardegi (já/nei, veit ekki), hvort sjúklingi hefði verið sagt af hugsanlegri bið (já/nei) og fjölda daga á sjúkrahúsi eftir aðgerð.

Heilsufar og árangur aðgerða. Leitað var upplýsinga um hvort sjúklingur hefði hafið vinnu að nýju (já/nei/á ekki við), hversu vel hann hefði náð sér (mjög vel, vel, sæmilega, illa, mjög illa), hvort aðgerðin hefði borið þann árangur sem búist var við (já/

nei), hvort batinn væri í samræmi við væntingar fyrir aðgerð (já/nei) og hvernig heilsan hefði verið áður en sjúklingur greindist með núverandi sjúkdóm. Svarmöguleikar voru fimm, frá mjög góð til mjög slæm.

Ánægja með umönnun og stuðning vina og ættingja. Á spítalanum og heima var spurt um hversu ánægður sjúklingur var með stuðning vina og/eða ættingja frá því sjúkdómur, sem leiddi til aðgerðar, greindist og um ánægju með umönnun sem sjúklingur fékk á spítala í tengslum við sjúkdóminn. Svarmöguleikar voru fimm, frá mjög ánægður til mjög óánægður.

Bakgrunnsspurningar

Spurt var um hjúskaparstöðu, börn undir 18 ára aldri á heimilinu, kyn, aldur, búsetu, hvort einhver annar á heimilinu ætti við veikindi að stríða eða þyrfti aðstoð við dagleg verk.

Forprófun fór fram á 5 skurðdeildum og tóku 12 skurðsjúklingar þátt. 5 þessara 12 sjúklinga svöruðu líka heimalista enda um sjúklinga að ræða sem höfðu áður farið í aðgerð og þekktu ferlið heima. Að auki var heimalistinn lagður fyrir 4 eldri einstaklinga sem rannsakendur þekktu til og höfðu tiltölulega nýlega farið í aðgerð og höfðu því innsæi í bataferlið heima. Nokkrar athugasemdir komu fram og var listinn endurskoðaður út frá þeim. Það tekur um það bil 20 mínútur að svara hvorum lista.

Framkvæmd og gagnasöfnun

Á innskriftarmiðstöð Landspítala var sjúklingi greint frá rannsókninni og hann spurður hvort starfsmaður rannsóknarinnar mætti hafa samband við hann á sjúkradeild. Að fengnu samþykki var haft samband við sjúkling á deild, rannsóknin kynnt, honum afhentur spítalalistinn og beðinn um að svara honum fyrir útskrift af sjúkrahúsinu. Sjúklingar voru beðnir að svara listanum sex vikum eftir útskrift en þeir réðu því hvort þeir fengju hann afhentan við útskrift eða fengju hann póstsendan sex vikum síðar. Hringt var í alla sjúklinga, jafnt þá sem tóku listann með sér heim af spítalanum og hina sem fengu hann sendan í pósti, og þeir minntir á að senda inn listann. Í stöku tilfellum var hringt tvívegis í sjúklinga. Samkvæmt framangreindu var ætlunin sú að sjúklingarnir svöruðu seinni listanum sex vikum eftir útskrift. Raunin varð hins vegar sú að hluti þeirra sem tóku listann með sér heim svaraði honum fyrr en til stóð. Rannsakendur tóku þá ákvörðun að greina einvörðungu þá lista sem svarað var að lágmarki fjórum vikum frá útskrift.

Siðanefnd Landspítala veitti heimild fyrir rannsókninni (nr. 13/2006) svo og lækninga- og hjúkrunarforstjórar spítalans. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar (nr. S2969/2006).

Tölfræðileg úrvinnsla

Tölfræðiúrvinnsla fór fram með tölfræðiforritinu Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), 17. útgáfu. Notuð er lýsandi tölfræði til að lýsa rannsóknaspurningum eitt til þrjú og einhliða dreifigreining og kíкваðratpróf til að svara spurningum 4 og 5. Notað var Bonferroni-próf til að greina marktækni milli hópa ef einhliða dreifigreining sýndi marktækan mun.

Marktæknimörk voru sett við $p \leq 0,05$.

Pegar gerð er grein fyrir lýsandi niðurstöðum á spítala og við svörun á rannsóknaspurningu 4 eru notuð svör allra sjúklinga sem svöruðu spítalalistanum. Pegar gerð er grein fyrir lýsandi niðurstöðum heima og við svörun á rannsóknaspurningu 5 eru notuð svör sjúklinga sem svöruðu þegar liðnar voru að lágmarki 4 vikur frá útskrift af spítala.

NIÐURSTÖÐUR

Pátttakendur

Endanlegt úrtak var 733 sjúklingar. Pátttöku höfnuðu 118 og 43 samþykktu pátttöku en skiluðu ekki spurningalistum. 572 sjúklingar (78%) skiluðu a.m.k. einum spurningalista, 561 (76,5%) spítalalistanum, 481 (68,6%) heimalistanum og 470 sjúklingar (64,1%) báðum listunum. Einungis 416 (56,8%) skiluðu heimalistanum á tilskildum tíma eða fjórum vikum eftir útskrift eða síðar ($M=50,27$ dagar; $sf=13,3$ dagar), hinir 54 skiluðu áður en sá tími var liðinn.

Í brjóstholsaðgerð fóru 78 sjúklingar, þvagfæraaðgerð 88 sjúklingar, meltingarfæraaðgerð 93 sjúklingar, brjós-klos- eða bakaðgerð 123 sjúklingar, hné- og mjaðmaskipti 121 sjúklingur og brjóstaaðgerðir 37 sjúklingar.

Rannsóknarspurning 1. Hvernig er fræðsla til skurðsjúklinga á Landspítala háttað?

Til að svara þessari spurningu er lýst niðurstöðum um hver veitti fræðslu á spítalanum, innihald fræðslu á spítala og heima og gagnsemi og form fræðslunnar.

Aðspurðir á sjúkrahúsinu ($N=561$) sögðu 66,1% sjúklinga að hjúkrunarfræðingar, 55,2% að lækna og 48,8% að sjúkrahjálfarar hefðu veitt þeim fræðslu. Sambærilegar tölur, þegar spurt var heima ($N=416$), voru 79,1%, 66,1% og 58,7%. Mikill minnihluti sjúklinga sagði aðrar starfstéttir hafa frætt sig. 98 sjúklingar sögðust hafa leitað upplýsinga um sjúkdóm sinn annað en til heilbrigðisstétta. Nefndu þeir helst netið, sjúklinga sem hefðu farið í sams konar aðgerðir og starfsfólk heilbrigðiskerfisins (lækna, hjúkrunarfræðinga) sem þeir þekktu. Aðspurðir heima ($N=416$) sögðu 50,7% pátttakenda fræðsluna á sjúkrahúsinu hafa verið munnlega og 43,8% skriflega. 307 sjúklingar fengu skriflegt fræðsluefni með sér heim af spítalanum og 88,9% þeirra sögðu það hafa verið mjög/frekar gagnlegt.

Á sjúkrahúsinu var spurt hvort sjúklingar hefðu fengið fræðslu um 17 atriði og svöruðu á bilinu 460 til 506 hverju atriði. Hlutföllin hér á eftir eru gefin upp út frá fjölda sem svaraði hverju atriði fyrir sig. Rúm 80% svarenda töldu að fræðsla um viðkomandi atriði ætti við í þeirra tilviki og yfir 90% að 14 atriðanna ættu við. Mikill meirihluti sjúklinga (72,8% til 82,6%) sagðist hafa fengið góðar upplýsingar fyrir aðgerð um svæfingu og deyfingu, hvað yrði gert í aðgerð, um sjúkdóminn sjálfan, um áætlaða lengd sjúkrahúsdvalar og um hreyfingu eftir aðgerð. Stór hópur sjúklinga (28,5% til 47,2%) fékk hins vegar alls engar upplýsingar um öndunaræfingar, fótaæfingar, hugsanlega röskun á svefni á sjúkrahúsinu, næringu eftir aðgerð og hugsanlegar breytingar á útskilnaði. Aðspurðir hversu gagnleg fræðslan hefði verið á spítalanum sögðu 94,1% þeirra sem svöruðu ($N=540$) að hún hefði verið mjög eða frekar

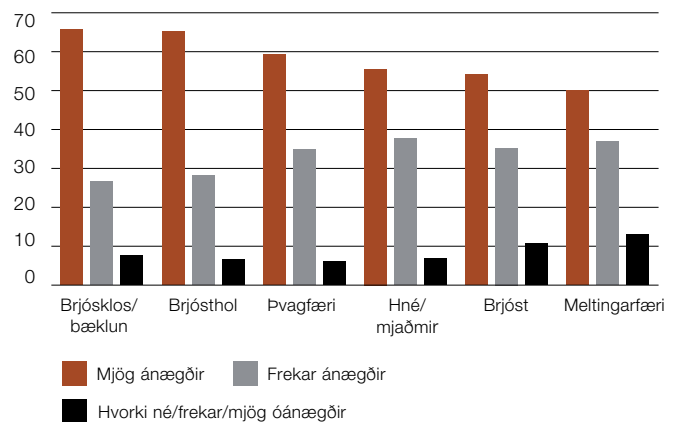
Tafla 1. Hlutfall sjúklinga sem telja að ákveðnir þættir fræðslu hefðu mátt vera betri fyrir aðgerð og fyrir útskrift.

Fræðsla fyrir aðgerð (spurt á sjúkrahúsi) ($N=556$)		Fræðsla um ferlið eftir að heim er komið (spurt heima) ($N=414$)	
Þættir fræðslu	%	Þættir fræðslu	%
Fylgikvillar aðgerðar	15,6	Tíminn sem það tekur að jafna sig	33,1
Hreyfing eftir aðgerð	15,1	Verkir	21,7
Sjúkdómurinn sjálfur	14,0	Notkun verkjalyfja	20,8
Verkir	13,5	Hvenær ætti að draga úr verkjalyfjanotkun?	20,8
Verkjameðferð	11,3	Hvenær væri æskilegt að hefja störf að nýju?	18,6
Skurðsár	11,0	Hvenær ætti að hafa samband við lækni/sjúkradeild?	15,9
Hægðir	9,5	Skurðsár	13,8
Næring	9,4	Hreyfing	13,3
Tími aðgerðar á aðgerðardegi	9,4	Notkun svefnlyfja	11,6
Þvaglosun	8,5	Kynlíf	11,4
Aðgerðin sjálf	7,9	Mataræði	10,9
Notkun svefnlyfja	7,0	Svefn	10,6
Lengd sjúkrahúsdvalar	6,8	Hægðir	10,4
Öndunaræfingar	6,5	Þvaglosun	9,2
Svefn	5,4	Hvenær væri í lagi að fara í bað/sturtu?	7,0
Svæfing/deyfing	4,3		

gagnleg. Heima var spurt um 23 atriði og var fjöldi sjúklinga, sem svaraði hverju atriði, frá 380 til 402. Yfir 90% sjúklinganna sögðu að 14 atriðanna ættu við um sig og yfir 80% að 22 þeirra ættu við um sig, en 22% sjúklinganna sögðu ekki eiga við um sig að fá fræðslu um hvenær þeir gætu hafið störf að nýju. Yfir 60% sjúklinga (60% til 71,6%) fengu góðar upplýsingar um hvort og þá hvenær þeir ættu að mæta í eftirlit, um æskilega hreyfingu eftir aðgerð og um hvenær væri æskilegt að fara í bað eða sturtu. Hlutfall sjúklinga, sem fékk engar upplýsingar um hve lengi mætti búast við að verkir myndu vara eftir aðgerð, var 21,8%, þeirra sem fékk engar upplýsingar um hvenær ætti að draga úr verkjalyfjanotkun 39,6% og 52,2% sjúklinga fengu ekki upplýsingar um aðra verkjameðferð en lyfjameðferð. Um 36% þátttakenda fengu engar upplýsingar um óeðlileg einkenni frá skurðsári og hvað ætti að gera vegna þeirra og tæp 50% fengu ekki upplýsingar um hugsanlega röskun á svefni eftir heimkomu og hugsanlega notkun svefnlyfja fyrst eftir heimkomu. Þá sögðust 56,3% ekki hafa fengið upplýsingar um hugsanlegar breytingar á kynlífi eftir aðgerð og álíka hlutfall fékk engar upplýsingar um hugsanlegar breytingar á útskilnaði og hvað ætti að gera í slíkum tilvikum. Að lokum má geta þess að 48,1% sjúklinga fékk engar upplýsingar um mataræði.

Rannsóknarspurning 2. Hvaða þættir fræðslu til skurðsjúklinga hefðu mátt vera betri að mati sjúklinganna?

Tafla 1 sýnir hlutfall sjúklinga sem telja að fræðsla um hina ýmsu þætti hefði mátt vera betri. Þar sést að fyrir aðgerð hefðu flestir sjúklinganna (15,6%) viljað fá betri upplýsingar um



Fjöldi, sem fór í brjóstholsaðgerð og svaraði, var 78, í þvagfæraaðgerð 86, meltingarfæraaðgerð 92, brjóslos- eða bæklunaraðgerð 132, hné- eða mjaðmaaðgerð 117 og brjóstaaðgerð 37. Ekki er marktækur munur á ánægju sjúklinga eftir aðgerðum.

Mynd 1. Hlutfallsleg ánægja sjúklinga með fræðslu eftir aðgerðum. Spurt á spítala.

fylgikvilla aðgerðar. Aðspurðir heima sögðust hins vegar 33,1% þeirra að þeir hefðu viljað fá betri upplýsingar áður en þeir útskrifuðust af spítalanum um tímann sem það tekur að jafna sig og um 20% þeirra vildi betri upplýsingar um ýmislegt tengt verkjum og verkjameðferð.

Tafla 2. Samanburður á meðalstigafjölda sjúklinga á breytum í töflunni sem segjast mjög ánægðir, frekar ánægðir eða hvorki né/frekar/mjög óánægðir með fræðslu sem þeir fengu fyrir aðgerð með notkun einhliða dreifigreiningar.

Breytur	Mjög ánægðir			Frekar ánægðir			Hvorki né/frekar/mjög óánægðir			Spönn	ANOVA
	n	M	(sf)	n	M	(sf)	n	M	(sf)		
Upplýsingar fyrir aðgerð#	195	44,8	(6,9)	111	37,9	(7,3)	30	31,0	(7,2)	19 - 68	F(2,430)=68,717;p=0,00**
HADS-kvíði fyrir aðgerð##	293	3,3	(2,8)	157	4,1	(3,2)	40	4,4	(3,4)	0 - 15	F(2,487)=5,134;p=0,01**
HADS-þunglyndi fyrir aðgerð	290	3,5	(2,7)	161	4,0	(3,1)	40	4,3	(3,6)	0 - 14	F(2,488)=2,390;p=0,09
Spítalasársauki##	240	3,8	(1,9)	132	4,4	(1,8)	33	4,1	(1,8)	1 - 9	F(2,402)=3,892;p=0,02*
Heildareinkenni spítala	192	16,3	(4,3)	111	16,1	(4,9)	27	17,3	(6,1)	9 - 48	F(2,327)=0,726;p=0,49
Ánægja með umönnun á spítala (spurt á spítala)#	314	1,1	(0,3)	175	1,3	(0,5)	42	1,5	(0,6)	1 - 5	F(2,528)=24,494;p=0,00**
Ánægja með stuðning vina/ættingja (spurt á spítala)#	306	1,3	(0,6)	172	1,5	(0,8)	43	1,7	(0,8)	1 - 5	F(2,518)=9,783;p=0,00**
Heilsa fyrir núverandi sjúkdómsgreiningu	309	1,9	(1,1)	174	1,9	(1,0)	44	1,9	(1,0)	1 - 5	F(2,524)=0,232;p=0,79
Lengd sjúkrahúslegu (dagar)	252	4,2	(4,1)	150	5,7	(8,6)	31	5,3	(6,6)	1 - 90	F(2,430)=2,775;p=0,06
Aldur (ár)	317	58,6	(13,9)	172	57,5	(15,7)	44	54,7	(15,6)	18 - 90	F(2,530)=1,468;p=0,23

*p<0,05; **p<0,01

Marktækur munur var á öllum hópunum. ##Marktækur munur var á þeim sem sögðust mjög ánægðir með fræðsluna og hinum hópunum tveimur. Bonferroni-próf var notað til að greina marktækni á milli hópa.

Tafla 3. Samanburður á hlutfalli sjúklinga sem segjast mjög ánægðir, frekar ánægðir eða hvorki né/frekar/mjög óánægðir með fræðslu sem þeir fengu fyrir aðgerð með notkun kíkvaðratprófa og út frá breytum í töflunni.

Breytur	Mjög ánægðir (%)	Frekar ánægðir (%)	Hvorki né/frekar/mjög óánægðir (%)	χ	(df)	p
Búseta (N=532)				3,567	(2)	0,17
Höfuðborgarsvæði	43,8	23,7	7,1			
Landsbyggð	15,4	8,8	1,1			
Var á biðlista fyrir aðgerð (N=531)				3,067	(2)	0,22
Já	44,3	22,8	6,6			
Nei	14,5	10,2	1,7			
Aðgerð frestað (N=538)				1,794	(2)	0,41
Já	12,5	8,6	1,7			
Nei	46,7	24,2	6,5			
Bið eftir aðgerð á aðgerðardegi (N=536)				1,834	(4)	0,77+
Já	10,3	7,1	1,9			
Nei	46,1	24,6	6,2			
Veit ekki	4,1	1,3	0,2			
Sjúklingi verið sagt frá að bið væri hugsanleg (N=523)				8,321	(2)	0,02*
Já	29,3	12,0	2,9			
Nei	30,0	20,7	5,2			
Börn yngri en 18 ára á heimilinu (N=541)				779	(2)	0,68
Já	12,8	7,6	2,2			
Nei	46,4	25,1	5,9			
Í sambúð (N=539)				5,894	(2)	0,05*
Já	47,9	23,2	5,9			
Nei	11,5	9,3	2,2			
Kyn (N=533)				5,023	(2)	0,08
Kona	24,2	15,9	4,5			
Karl	35,1	16,5	3,8			
Aðrir heimilismenn veikir (N=452)				3,233	(2)	0,20
Já	18,4	10,6	3,5			
Nei	43,1	19,7	4,6			
Aðrir heimilismenn þarfnast aðstoðar (N=507)				0,189	(2)	0,90
Já	8,3	4,9	1,2			
Nei	51,5	27,2	8,9			

+ Of fáir þátttakendur svöruðu öllum svarmöguleikum til að unnt væri að reikna út marktækni.

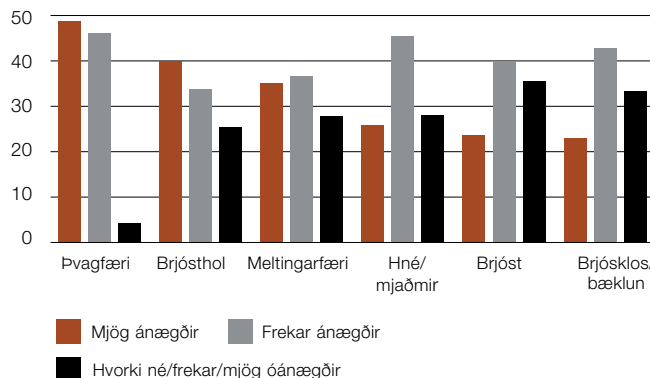
*p<0,05

**p<0,01

Rannsóknarspurning 3. Hversu ánægðir eru skurðsjúklingar á Landspítala með fræðslu sem þeir fá?

Á spítalanum svöruðu 533 spurningunni um ánægju með fræðslu og voru 59,9% þeirra mjög ánægðir með fræðsluna, 32,5% frekar ánægðir og 6,9% hvorki né. Aðspurðir heima (N=416) voru 32,7% sjúklinga mjög ánægðir með fræðsluna sem þeir fengu á spítalanum fyrir útskrift, 41,5% voru frekar ánægðir, 19,9% hvorki né og 5,9% voru frekar eða mjög óánægðir með fræðsluna. Sjúklingarnir voru marktækt líklegri til að lýsa yfir mjög mikilli ánægju með fræðsluna aðspurðir á spítalanum heldur en heima (p<0,001).

Rannsóknarspurning 4. Hvert er samband ánægju sjúklinga með fræðslu fyrir aðgerð við tegund aðgerðar; fræðslu sem þeir fengu fyrir aðgerð; einkenni kvíða og þunglyndis á spítalanum; verki; einkenni fyrir aðgerð; aðdraganda sjúkrahúsvistar og sjúkrahúsdvöl; heilsufar; bakgrunn; ánægju með umönnun og ánægju með stuðning vina og ættingja?



Fjöldi, sem fór í brjóstholsaðgerð og svaraði, var 62, í þvagfæraaðgerð 65, meltingarfæraaðgerð 68, brjóslos- eða bæklunaraðgerð 95, hné- eða mjaðmaaðgerð 92 og brjóstaaðgerð 25. Marktækur munur var á hlutfallslegri ánægju sjúklinganna eftir aðgerðum ($\chi^2=28,110$, $df=10$, $p=0,00$).

Mynd 2. Hlutfallslega ánægja sjúklinga með fræðslu eftir aðgerðum. Spurt heima.

Mynd 1 sýnir ánægju sjúklinga með fræðsluna eftir aðgerðum. Ekki var um marktækan mun á svörum að ræða eftir þeim.

Í töflum 2 og 3 er að finna lýsandi niðurstöður og samband við breyturnar sem spurt er um. Í töflu 2 kemur meðal annars fram að sjúklingar, sem eru ánægðari með fræðslu fyrir aðgerð, eru marktækt líklegri en hinir sjúklingarnir til að segjast fá upplýsingar um fleiri atriði fyrir aðgerðina (fá fleiri stig á *upplýsingar fyrir aðgerð*), greina frá færri einkennum um kvíða, finna minni sársauka á spítalanum (fá færri stig á *spítalasársauka*), eru ánægðari með umönnunina sem þeir fengu á spítalanum og með stuðning vina og ættingja. Í töflu 3 sést að sjúklingar í sambúð eru frekar mjög ánægðir með fræðsluna en þeir sem eru ekki í sambúð og sama á við um sjúklinga sem vissu að þeir þyrftu ef til vill að bíða eftir aðgerð á aðgerðardegi heldur en þeir sem ekki fengu slíkar upplýsingar.

Rannsóknarspurning 5: Hvert er samband ánægju sjúklinga með fræðslu sem þeir fengu á spítalanum um ferlið eftir að heim var komið við tegund aðgerðar, tíma frá aðgerð, fræðslu sem þeir fengu á spítalanum og fyrir heimferð, einkenni kvíða og þunglyndis á spítala og heima, verki heima og á spítala, einkenni heima og fyrir aðgerð, aðdraganda sjúkrahúsvistar og sjúkrahúsdvöl, heilsufar og árangur aðgerðar, bakgrunn, ánægju með umönnun á spítalanum og ánægju með stuðning vina og ættingja.

Mynd 2 sýnir ánægju sjúklinga með fræðsluna sem þeir fengu á spítalanum aðspurðir heima eftir aðgerðum. Þar sést að hlutfallslega flestir sjúklingar, sem fóru í þvagfæraaðgerð, voru mjög ánægðir með fræðsluna. Hlutfallslega flestir sjúklingar, sem fóru í aðgerð á brjóstum, voru hvorki né/mjög/frekar óánægðir með fræðsluna. Marktækur munur var á hlutfallslegri

Tafla 4. Samanburður á meðalstigafjölda sjúklinga á breytum í töflunni sem segjast mjög ánægðir, frekar ánægðir eða hvorki né/frekar/mjög óánægðir með fræðslu sem þeir fengu á sjúkrahúsinu um ferlið eftir að heim er komið með notkun einhliða dreifigreiningar.

Breytur	Mjög ánægðir			Frekar ánægðir			Hvorki né/frekar/mjög óánægðir			Spönn	ANOVA
	n	M	(sf)	n	M	(sf)	n	M	(sf)		
Upplýsingar á spítalanum og við útskrift#	97	60,7	(11,9)	122	51,1	(12,6)	89	40,1	(8,9)	24 - 92	F(2,305)=75,321;p=0,00**
Gagnsemi skriflegs fræðsluefnis#	110	1,2	(0,5)	116	1,8	(0,5)	65	2,1	(0,7)	1 - 4	F(2,288)=53,017p=0,00**
Tími frá aðgerð (dagar)	133	50,0	(13,7)	169	50,4	(13,5)	105	50,7	(13,0)	28 - 144	F(2,404)=0,077;p=0,926
HADS-kvíði á spítala##	126	2,8	(2,4)	153	3,8	(3,2)	96	4,1	(3,2)	0 - 14	F(2,372)=6,686;p=0,01**
HADS-þunglyndi á spítala##	122	3,0	(2,7)	153	3,8	(3,1)	96	4,1	(3,0)	0-14	F(2,368)=4,722;p=0,01**
HADS-kvíði heima##	125	2,3	(2,6)	159	3,3	(2,8)	102	4,0	(3,1)	0 - 15	F(2,383)=11,174;p=0,00**
HADS-þunglyndi heima##	124	2,4	(2,7)	159	3,3	(2,8)	98	3,9	(3,0)	0 - 16	F(2,378)=7,854;p=0,00**
Ánægja með umönnun á spítala (spurt heima)#	132	1,1	(0,3)	166	1,4	(0,7)	105	1,8	(0,9)	1 - 5	F(2,400)=35,669;p=0,00**
Ánægja með stuðning vina/ættingja (spurt heima)	125	1,3	(0,7)	163	1,4	(0,7)	104	1,5	(0,8)	1 - 5	F(2,389)=1,735;p=0,18
Heimasársauki	28	3,1	(1,7)	58	3,1	(1,7)	44	3,4	(1,8)	0 - 8	F(2,127)=0,407;p=0,67
Spítalasársauki	86	3,7	(2,0)	128	4,0	(1,9)	82	3,9	(1,9)	0 - 9	F(2,293)=1,108;p=0,33
Heildareinkenni heima##	83	13,5	(2,1)	111	14,8	(3,1)	77	15,4	(3,9)	12 - 30	F(2,268)=8,448;p=0,00**
Heildareinkenni spítala###	80	16,0	(4,3)	102	15,5	(3,9)	63	17,7	(6,0)	9 - 48	F(2,242)=4,433;p=0,01**
Heilsa fyrir núverandi sjúkdómsgreiningu	128	1,8	(1,1)	166	1,9	(0,9)	103	1,8	(1,1)	1 - 5	F(2,394)=0,666;p=0,51
Lengd sjúkrahúslegu (dagar)	126	4,7	(4,8)	166	4,7	(4,8)	100	5,3	(9,8)	1 - 90	F(2,389)=352;p=0,70
Hversu vel náð sér eftir aðgerð##	128	1,6	(0,8)	167	2,1	(0,8)	104	2,2	(0,9)	1 - 5	F(2,396)=20,169;p=0,00**
Aldur (ár)###	132	61,5	(14,2)	165	58,7	(13,9)	103	55,9	(15,3)	19 - 90	F(2,397)=4,452;p=0,01**

*p<0,05; **p<0,01

Marktækur munur var á öllum hópunum; ##Marktækur munur var á þeim sem sögðust mjög ánægðir með fræðsluna og hinum hópunum tveimur; ###Marktækur munur var á þeim sem sögðust mjög ánægðir og þeim sem voru hvorki né, frekar eða mjög óánægðir; Bonferroni-próf var notað til að greina marktækni á milli hópa.

Tafla 5. Samanburður á hlutfalli sjúklinga sem segjast mjög ánægðir, frekar ánægðir eða hvorki né/frekar/mjög óánægðir með fræðslu sem þeir fengu á sjúkrahúsinu um ferlið eftir að heim er komið með notkun kíkvaðratprófa og út frá breytum í töflunni.

Breytur	Mjög ánægðir (%)	Frekar ánægðir (%)	Hvorki né/frekar/mjög óánægðir (%)	χ^2	(df)	p
Fékk skriflegt fræðsluefni heim af sjúkrahúsi (N=404)				14,486	(2)	0,00**
Já	28,2	31,4	15,8			
Nei	4,7	9,9	9,9			
Búseta (N=399)				4,031	(2)	0,13
Höfuðborgarsvæði	23,6	28,8	20,8			
Landsbyggð	9,3	12,5	5,0			
Var á biðlista fyrir aðgerð (N=399)				2,927	(2)	0,23
Já	23,6	32,6	18,0			
Nei	8,8	9,0	8,0			
Aðgerð frestað eftir að búið var að ákveða aðgerðardag(N=403)				5,492	(2)	0,06
Já	5,5	11,7	6,7			
Nei	27,0	29,8	19,4			
Bið eftir aðgerð á aðgerðardegi (N=402)				4,013	(4)	0,40
Já	5,2	8,5	6,0			
Nei	26,9	31,1	19,2			
Veit ekki	0,5	1,7	1,0			
Sjúklingi verið sagt frá að bið eftir aðgerð væri hugsanleg (N=391)				0,665	(2)	0,7
Já	14,3	18,4	10,5			
Nei	17,9	23,0	15,9			
Börn yngri en 18 ára á heimilinu (N=405)				6,652	(2)	0,04*
Já	5,2	8,4	7,7			
Nei	27,4	33,1	18,3			
Í sambúð (N=404)				2,987	(2)	0,23
Já	26,2	33,9	18,8			
Nei	6,4	7,7	6,9			
Kyn (N=399)				9,366	(2)	0,01**
Kona	12,3	16,5	14,3			
Karl	20,8	24,8	11,3			
Aðrir heimilismenn veikir (N=335)				4,033	(2)	0,133
Já	9,6	11,9	9,9			
Nei	23,3	30,7	14,6			
Aðrir heimilismenn þarfnast aðstoðar (N=379)				0,132	(2)	0,936
Já	4,7	5,5	3,4			
Nei	27,7	35,9	22,7			
Aðgerð borið árangur svipað og búist var við (N=389)				6,986	(2)	0,03*
Já	31,9	37,5	22,4			
Nei	1,0	4,1	3,1			
Bati í samræmi við væntingar fyrir aðgerð (N=397)				9,929	(4)	0,04*
Já	28,5	30,7	19,4			
Nei	2,0	6,5	4,3			
Annað	2,0	3,8	2,8			
Vinna hafin að nýju				3,558	(4)	0,47
Já	11,6	17,8	9,4			
Nei	9,9	13,3	8,6			
Á ekki við	11,1	10,4	7,9			

*p<0,05

**p<0,01

ánægju sjúklinganna eftir aðgerðum ($\chi^2=28,110$, $df=10$, $p=0,00$).

Í töflum 4 og 5 er að finna lýsandi niðurstöður og samband við breytur sem spurt er um.

Í töflu 4 sést að sjúklingar, sem eru ánægðari með fræðslu um ferlið eftir að heim var komið, eru marktækt eldri, líklegri til að segjast fá upplýsingar um fleiri atriði (fá fleiri stig á *upplýsingar á spítalanum og við útskrift*), segja skriflegt fræðsluefni gagnlegt, eru ánægðari með umönnun á spítalanum aðspurðir heima, greina frá færri heildareinkennum og einkennum um kvíða og þunglyndi á spítalanum og heima, og segjast frekar hafa náð sér vel eftir aðgerðina heldur en hinir. Í töflu 5 sést að karlar, þeir sem fengu skriflegt fræðsluefni heim af sjúkrahúsinu, þeir sem eru án barna á heimilinu, þeir sem telja að aðgerðin hafi borið svipaðan árangur og búist var við og þeir sem telja batann í samræmi við væntingar fyrir aðgerð eru líklegri til að vera ánægðir með fræðsluna en samanburðarhópar.

UMFJÖLLUN

Í þessari rannsókn koma fram mikilvægar upplýsingar um atriði sem hafa áhrif á ánægju skurðsjúklinga á Landspítala með fræðslu og hvað má bæta í fræðslu þeirra fyrir aðgerð og heimferð og hvaða þættir hafa þar helst áhrif.

Þegar lítið er til þess hvaða starfstétt veitir sjúklingum oftast fræðslu kemur fram að algengast er að hjúkrunarfræðingar veiti fræðsluna. Sýnir það glöggst hversu mikilvægu hlutverki hjúkrunarfræðingar gegna í þessu tilliti. Þó má einnig sjá að þetta hlutverk gæti verið enn veigameira, ekki síst í fræðslu fyrir aðgerð. Það er til dæmis athyglisvert að sjá að 98 sjúklingar leita til annarra en heilbrigðisfólks um upplýsingar og að þeir eru jafnframt óánægðari með fræðsluna. Því er nauðsynlegt að sjúklingar hafi aðgang að fullnægjandi fræðslu og að hana veiti fagaðilar sem gjörþekkja aðgerðarferlið. Það, að sjúklingar, sem eru ánægðari með fræðslu fyrir aðgerð, séu marktækt líklegri til að segjast fá upplýsingar um fleiri atriði fyrir aðgerðina en hinir, bendir einnig til að ekki megi draga úr þeirri fræðslu sem þegar er veitt. Mikilvægi ítarlegra upplýsinga endurspeglast og í því að þeir sjúklingar, sem fá skriflegt kennsluefni fyrir útskrift, eru ánægðari með fræðslu um ferlið, sem þeir fengu á sjúkrahúsinu, eftir að heim er komið. Hér mætti þó einnig skoða að þar sem fjölbreyttari kennsluhættir virðast árangursríkari (Fredericks o.fl., 2010; Suhonen og Leino-Kilpi, 2006; Sørli o.fl., 2006) þyrfti að auka notkun slíkra kennsluhátta en einungis 1,1% sjúklinga í rannsókn okkar sagði að notað hefði verið myndband eða tölva við fræðsluna.

Niðurstöður þessarar rannsóknar eru samhljóma þeim rannsóknum sem gefa til kynna að hluti sjúklinga fái ekki þá fræðslu sem þeir telja nauðsynlega (Suhonen og Leino-Kilpi, 2006) og því virðist einstökum þáttum hennar ábótavant. Þannig fær hluti sjúklinga ekki fræðslu um fylgikvilla, sjúkdóminn sjálfan, hreyfingu og verki fyrir aðgerð en slíkt gæti auðveldað þeim að takast á við það sem komið getur upp á eftir aðgerð. Þá er aðkallandi að bæta fræðslu um verkjameðferð fyrir heimferð.

Er slíkt mikilvægt fyrir andlega og líkamlega velliðan (Sjöling o.fl., 2003) og til að draga úr líkum á fylgikvillum aðgerða (Wilder-Smith og Schuler, 1992). Einnig er nauðsynlegt að allir sjúklingar viti hvenær þeir eigi að leita aðstoðar vegna einkenna eftir að heim er komið. Slíkar óskir komu einnig fram í íslenski rannsókn á útskriftarfræðslu sjúklinga af lyfja- og skurðeildum (Hafðís Skúladóttir, 2007) og rennir enn stoðum undir að þessi atriði fræðslunnar þurfi að bæta. Flest þau atriði, sem sjúklingar æsktu frekari upplýsinga um, hafa einnig komið fram áður (Jacobs, 2000; Pieper, o.fl. 2006; Suhonen og Leino-Kilpi, 2006; Williams, 2008), þó er „tíminn sem það tekur að jafna sig“ nokkuð meira áberandi hér en annars staðar. Kynlíf er einnig atriði sem sjúklingar vilja meiri fræðslu um og hefur ekki verið áberandi annars staðar.

Þó stærsti hluti sjúklinga í þessari rannsókn sé ánægður með fræðsluna og telji hana gagnlega er greinilegt að skoða þarf sérstaklega fræðslu ákveðinna sjúklingahópa sem fyrirsjáanlega þurfa meiri eða annars konar fræðslu og eftirfylgd. Fræðsluþarfir skurðsjúklinga hafa hingað til gjarna verið skoðaðar frá sjónarhorni ýmissa aðgerðategunda, svo sem hjartaaðgerða (Cebeci og Celik, 2008) eða liðskiptaaðgerða (Sjöling o.fl., 2006). Niðurstöður okkar benda til að auk þessa þurfi við skipulagningu fræðslunnar að taka tillit til lýðfræðilegra einkenna, svo sem aldurs, kyns og fjölskylduáðstæðna, sem áhrif hafa á ánægju sjúklinga og hefur slíkt ekki komið fram í rannsóknum sem þessum hérlandis áður. Jafnframt þarf að huga að heildareinkennum sjúklinga: verkjum, kvíða og þunglyndi og merkjum um seinkaðan bata sem draga úr ánægju og hafa tæpast hlotið nægilega athygli hingað til. Þess vegna skyldi ekki steypa alla sjúklinga í sama mót við skipulagningu fræðslunnar (Blay og Donoghue, 2005; McMurray o.fl., 2007; Sørli o.fl., 2006). Skoða þarf hvernig sjúklingunum reiðir af eftir aðgerðina og hverjar væntingar þeirra um bata eru. Þannig virðist sem áhrifum annarra einkenna en verkja á ánægju skurðsjúklinga hafi lítill gaumur verið gefinn í rannsóknum fram til þessa. Okkar niðurstöður styðja niðurstöður rannsóknar McMurray o.fl. (2007) en þar kom fram að taka þurfi tillit til aldurs, kyns, skurðaðgerðar og stuðnings ættingja og heilbrigðiskerfis við fræðslu fyrir útskrift. Þær stangast hins vegar á við niðurstöður rannsóknar Clark o.fl. (2005) sem gaf til kynna að ánægja sjúklinga með fræðslu við útskrift tengist ekki lýðfræðilegum þáttum svo sem aldri, kyni eða hvernig þeir meta heilsufar sitt. Sú rannsókn var þó ekki einskorðuð við skurðsjúklinga auk þess sem frekar var lögð áhersla á að skoða ánægju sjúklinga eftir sjúkdómaflokkum en sálrænum eða líkamlegum einkennum sem þeir sýna eftir aðgerð. Áður hefur verið bent á að það að laga fræðsluna að fræðsluþörfum hvers og eins sé vænlegt til árangurs (Fredericks o.fl., 2010; Suhonen og Leino-Kilpi, 2006) og í mörgum samanburðarrannsóknum hefur slík fræðsla verið borin saman við venjubundna fræðslu (Blay og Donoghue, 2005). Hins vegar er oft óljóst hvað einstaklingshæfð fræðsla nákvæmlega þýðir í þessum rannsóknum (Fredericks o.fl., 2010) og hvort hún jafngildi þar eingöngu meira magni fræðslu. Því þyrfti í þessu tilliti að skilgreina betur hugtakið einstaklingshæfð fræðsla.

Hér kom fram að ekki var munur á ánægju sjúklinga með fræðslu eftir tegund aðgerðar þegar spurt var á spítala. Vera má að vegna margbreytileika þeirra hafi þau atriði, sem spurt var um, haft misjafnt vægi frá einni aðgerð til annarrar og því hafi slíkur munur ekki komið fram.

Eitt af því sem hér vekur athygli er að sjúklingar virðast ánægðari með fræðsluna á sjúkrahúsinu heldur en þegar heim er komið. Ekki fundust rannsóknir sem styðja þessar niðurstöður sérstaklega. Fyrri rannsóknarniðurstöður hafa hins vegar sýnt að ekki er endilega samband milli þess að vera vel upplýstur einum sólarhring fyrir útskrift og vera jafn-vel upplýstur einni til tveimur vikum seinna (Henderson og Zernike, 2001) og því þörf á áframhaldandi fræðslu eftir útskrift (Broughton o.fl., 1995; McMurray o.fl., 2007). Slíkt gæti þá bent til þess að eftir að úr öryggi sjúkrahússins er komið þurfi sjúklingar meiri stuðning en veittur hefur verið hingað til. Hér gæti einnig skipt máli að sjúklingum virðist gagnast betur fræðsla sem veitt er við fleiri en eitt skipti (Fredericks o.fl., 2010). Svör sjúklinga um atriði, sem þeir telja að megi vera betri í fræðslu við útskrift, geta einnig endurspeglað öryggi þeirra. Mikilvægi eftirfylgdar er því ljóst en samkvæmt okkar reynslu er skipulögð eftirfylgd skurðsjúklinga hins vegar oft takmörkuð.

Ef til vill gæti hér komið á óvart að yngri sjúklingar eru óánægðari en þeir eldri með fræðslu um ferlið eftir að heim var komið þrátt fyrir að ætla mætti að þeir séu almennt fljótari að ná sér og þeir sækir sér frekar þekkingu sjálfir á veraldarvefinn. Samrýmist þetta þó fyrri upplýsingum um að yngri skurðsjúklingar séu óánægðari með fræðslu en þeir sem eldri eru (Ottosson o.fl., 1997). Gagnstætt okkar rannsókn telja þó Johansson o.fl. (2002) aldræða skurðsjúklingar þurfa meiri fræðslu en yngri en sé mið tekið af okkar niðurstöðum þurfa þeir sem yngri eru ekki síður athygli við.

Það að konur séu óánægðari en karlmenn með fræðsluna eftir að heim er komið samræmist eldri rannsóknum um að konur séu óánægðari með upplýsingar sem þær fá (Ottosson o.fl., 1997). Það að þessi munur komi ekki fram á sjúkrahúsinu gæti þó einnig bent til þess að það séu fleiri atriði sem tengjast heimkomu og aðstæðum heima fyrir sem þarna hafi áhrif.

Í þessari rannsókn snerust tvær spurningar um ánægju sjúklinga með fræðslu. Vert er að íhuga hvort mögulegt sé að sjúklingar vilji með þessu láta í ljós ánægju með umönnun á sjúkrahúsinu í heild sinni (Sjöling o.fl., 2003). Einnig þarf að hafa í huga að samband sjúklinga við heilbrigðisstarfsfólk hefur mjög mikið að segja varðandi ánægju þeirra með veitta meðferð og hvernig þeir taka við fræðslu um ástand sitt og meðferð (Sørle o.fl., 2000).

Takmarkanir rannsóknarinnar

Í gagnasöfnun voru notaðir spurningalistar með stöðluðum spurningum. Því gæti vantað einhver atriði sem sjúklingar vilja fá fræðslu um eða eru ánægðir eða óánægðir með. Við mat á þátttöku þarf að hafa í huga að þátttakendur voru misvel á sig komnir. Þeir sem fóru í einfaldari aðgerðir, sem gáfu góðan

bata, hafa þannig ef til vill ekki fundið tilgang í að svara síðari spurningalistanum. Þá má ætla að máttfarnari sjúklingar og þeir sem voru óánægðari með bata sinn hafi síður svarað listanum. Framkvæmd við heimtur á heimalista hefði enn fremur mátt vera skýrari. Sjúklingar fengu að velja um að taka listann með sér heim eða fá hann sendan. Virðist það hafa leitt til þess að hluti hópsins svaraði listanum of fljótt eftir heimkomu. Við úrvinnslu var stuðst við fjölda marktækniþróa en það getur valdið því að tengsl, sem eru ómarktæk, mælast marktæk. Varast ber því að oftúlka niðurstöður. Síðast en ekki síst má nefna að stór hluti spurningalistans var unninn af reyndum hjúkrunarfræðingum starfandi á skurðeildum Landspítala og byggist því ekki á spurningalista sem þróaður hefur verið í fyrri rannsóknum. Allar niðurstöður ber að túlka með það í huga.

LOKAORÐ

Fræðsla skurðsjúklinga er flókið fyrirbæri og skoða þarf mat sjúklinga á ánægju og gagnsemi hennar frá ýmsum sjónarhornum og á mismunandi tímum fyrir og eftir útskrift. Ljóst er að þeir hafa yfirgripsmiklar fræðsluþarfir sem nauðsynlegt er að sinna af kostgæfni. Stærstur hluti skurðsjúklinga er ánægður með fræðsluna og telur hana gagnlega og því mikilvægt að halda því sem vel er gert. Þó er ljóst að bæta þarf fræðslu þeirra sem sýna ákveðin einkenni eða hafa ákveðinn bakgrunn og því er ekki nægjanlegt að skipuleggja fræðslu skurðsjúklinga út frá tegund aðgerðar eða umfangi einu saman heldur þarf og að taka tillit til lýðfræðilegra sérkenna, andlegs og líkamlegs ástands og viðbragða hvers og eins. Þá er nauðsynlegt að meta sérstaklega þörf fyrir eftirfylgd því fræðsluþarfir skurðsjúklinga vara fram yfir útskrift.

Með því að efla fræðslu og auka eftirfylgd, til dæmis á hjúkrunarstýrðum göngudeildum, í síma eða með gagnvirkri fræðslu á netinu mætti auka gagnsemi fræðslu skurðsjúklinga. Lokaávinningurinn gæti orðið betri líðan og ánægja sjúklinga og ódýrari heilbrigðisþjónusta vegna fækkunar einkenna, fylgikvilla og endurinnlagna.

Niðurstöður rannsóknarinnar verða nýttar til endurskipulagningar fræðslu skurðsjúklinga á skurðlækningasviði LSH.

Þakkið

Höfundar vilja þakka hjúkrunarfræðingunum Sigríði S. Þorleifsdóttur, Margréti Sigmundsdóttur, Soffíu Eiríksdóttur og Þuríði Geirsdóttur fyrir vinnu að þessu verkefni, þátttakendum rannsóknarinnar fyrir svörin og B-hluta vísindasjóðs FÍH, vísindasjóði Landspítala og vísindasjóði Háskóla Íslands fyrir veittan stuðning.

HEIMILDIR

- American Pain Society Quality of Care Committee APSQCC, (1995). Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *Journal of the American Medical Association*, 274 (23), 1874-1880.
- Bastable, S.B. (2006). *Essentials of Patient Education*. London: Jones and Barlett Publishers International.
- 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.

- Broughton, M., Doulton, G., Topham, C., og Marks, C. (1995). Informal out-patient discussions with patients following surgery for large bowel cancer: Are they beneficial? *European Journal of Cancer Care*, 4 (2), 57-62.
- Bryndís Benediktsdóttir, Kristinn Tómasson og Pórarinn Gíslason (2000). Einkenni breytingaskiðs og meðferð þeirra hjá 50 ára íslenskum konum. *Læknablaðið*, 86, 501-7.
- Burt, J., Moore, K., Caelli, K., og Anderson, M. (2005). Radical prostatectomy: Men's experiences and postoperative needs. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (7), 883-890.
- Cebeci, F., og Celik, S.S. (2008). Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *Journal of Clinical Nursing*, 1 (3), 412-420.
- Clark, P.A., Drain, M., Gesell, S.B., Mylod, D.M., Kaldenberg, D.O., og Hamilton, J. (2005). Patient perceptions of quality in discharge instruction. *Patient Education and Counseling*, 59 (1), 56-68.
- Devine, E.C. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: A meta-analysis of 191 studies. *Patient Education and Counseling*, 19 (2), 129-142.
- Dozier, A.M., Kitzman, H.J., Ingersoll, G.L., Holmberg, S., og Schultz, A.W. (2001). Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care. *Research in Nursing and Health*, 24 (6), 506-517.
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: An analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5), 1165-1173.
- Fredericks, S., Guruge, S., Sidani, S., og Wan, T. (2010). Postoperative patient education: A systematic review. *Clinical Nursing Research*, 19 (2), 144-164.
- Galloway, S.C., og Graydon, J.E. (1996). Uncertainty, symptom distress, and information needs after surgery for cancer of the colon. *Cancer Nursing*, 19 (2), 112-117.
- Hafðís Skúladóttir (2007). Fræðsla á skurð- og lyflækningadeildum: Nám er forsenda þess að manneskja geti aðlagast nýjum aðstæðum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 83 (1), 14-20.
- Henderson, A., og Zernike, W. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (3), 435-441.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital anxiety and depression scale: A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (1), 17-41.
- Hodgkinson, B., Evans, D., og O'Neill, S. (2000). *Knowledge retention from pre-operative patient information: A systematic review*. Adelaide: Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery.
- Hughes, L.C., Hodgson, N.A., Muller, P., Robinson, L.A., og McCordle, R. (2000). Information needs of elderly postsurgical cancer patients during the transition from hospital to home. *Journal of Nursing Scholarship*, 32 (1), 25-30.
- Jacobs, V. (2000). Informational needs of surgical patients following discharge. *Applied Nursing Research*, 13 (1), 12-18.
- Johansson, K., Hupli, M., og Salantera, S. (2002). Patients' learning needs after hip arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (5), 634-639.
- Krupat, E., Fancey, M., og Cleary, P.D. (2000). Information and its impact on satisfaction among surgical patients. *Social Science and Medicine*, 51 (12), 1817-1825.
- Lin, L.Y., og Wang, R.H. (2005). Abdominal surgery, pain and anxiety: Preoperative nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (3), 252-60.
- Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.
- McMurray, A., Johnson, P., Wallis, M., Patterson, E., og Griffiths, S. (2007). General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (9), 1602-1609.
- Naylor, M.D., og McCauley, K.M. (1999). The effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders hospitalized with common medical and surgical cardiac conditions. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (1), 44-54.
- Ottosson, B., Hallberg, I.R., Axelsson, K., og Loven, L. (1997). Patients' satisfaction with surgical care impaired by cuts in expenditure and after interventions to improve nursing care at a surgical clinic. *International Journal on Quality in Health Care*, 9 (1), 43-53.
- Pieper, B., Sieggreen, M., Freeland, B., Kulwicki, P., Frattaroli, M., Sidor, D., o.fl. (2006). Discharge information needs of patients after surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33 (3), 281-291.
- Redman, B.K. (2007). *The practice of patient education*. St. Louis: Mosby.
- Sjöling, M., Norbergh, K.-G., Malzer, 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 (1), 5-14.
- Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N., og Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*, 51 (2), 169-176.
- Snaith, R.P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1 (29). Sótt 4. febrúar 2009 á <http://www.hqlo.com/content/1/1/29>.
- Suhonen, R., og Leino-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 61 (1), 5-15.
- Sveinsdóttir, H., og Gunnlaugsdóttir, A.G. (1996). Description of pain and pain management in a sample of surgical patients experiencing pain. *Proceedings of the 1st International Nursing Conference on Connecting Conversations of Nursing: Nursing Scholarship and Practice*, Reykjavík, 20-22. júní.
- Sørli, T., Sexton, H.C., Busund, R., og Sørli, D. (2000). Predictors of satisfaction with surgical treatment. *International Journal on Quality in Health Care*, 12 (1), 31-40.
- Sørli, T., Busund, R., Sexton, J., Sexton, H., og Sørli, D. (2006). Video information combined with individualized information sessions: Effects upon emotional well-being following coronary artery bypass surgery: – A randomized trial. *Patient Education and Counseling*, 65 (2), 180-188.
- Tishelman, C., og Sachs, L. (1992). Hopes and expectations of Swedish cancer patients: Contradictions surrounding patient satisfaction with care. *Psycho-Oncology*, 1, 253-268.
- Wagner, D., og Bear, M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: A concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (3), 692-701.
- Wilder-Smith, C.H., og Schuler, L. (1992). Postoperative analgesia: Pain by choice? The influence of patient attitudes and patient education. *Pain*, 50 (3), 257-262.
- Williams, B. (2008). Supporting self-care of patients following general abdominal surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (5), 584-592.
- Þórdís K. Þorsteinsdóttir (2006). *Tilfinningaleg liðan og lífsgæði sjúklinga með ristil- og endaparmskrabbamein eftir skurðaðgerð*. Óbirt M.S.-ritgerð: Háskóli Íslands, hjúkrunarfræðideild.
- Þórgunnur Jóhannsdóttir og Margrét María Arnardóttir (2005). Geta þeir meðtekið fræðslu? *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 81 (3), 20.



www.linde-healthcare.is