

KVIÐI OG ÞUNGLYNDI SKURÐSJÚKLINGA Á LANDSPÍTALA

ÚTDRÁTTUR

Iðulega er meiri áhersla lögð á líkamlega umönnun en sálræna þegar hjúkrunarþjónusta er veitt á skurðeildum. Tilgangur rannsóknarinnar var að lýsa sálrænni líðan skurðsjúklinga með því að meta kvíða- og þunglyndiseinkenni þeirra á spítala og heima fjórum vikum síðar og athuga tengsl við verk, almenn einkenni, þætti tengda heilsu og spítalalegu og bakgrunn. Gagna var aflað með spurningalistum og voru einkenni kvíða og þunglyndis metin með HADS-kvarðanum. Fleiri stig á kvarðanum benda til að einstaklingur hafi mörg einkenni um kvíða eða þunglyndi. Úrtakið var 733 innkallaðir sjúklingar sem fóru í aðgerð 15. janúar til 15. júlí 2007 og var svörun 56,8%.

Niðurstöður sýna sterk tengsl á milli einkenna kvíða og þunglyndis á spítala ($r=0,76$) og heima ($r=0,78$). Á spítalanum voru 25 sjúklingar með einkenni hugsanlegs eða líklegs kvíða og þunglyndis, 21 sjúklingur heima og sjö sjúklingar bæði á spítalanum og heima. Almennir voru veik til miðlungssterk tengsl á milli almennra einkenna og kvíða- og þunglyndiseinkenna. Sterkust voru tengslin við minnisskerðingu, erfiðleika með hreyfingu, erfiðleika í kynlífi og mæði. Miðlungssterk tengsl voru á milli þess að vera með mörg almenn einkenni á spítala og einkenni kvíða og þunglyndis á spítala. Sambærileg tengsl komu fram heima. Sjúklingarnir voru ánægðari með umönnunina sem þeir fengu á spítalanum aðspurðir þar heldur en heima. Hærri aldur og meiri ánægja með umönnun hafði veika neikvæða tengingu við kvíða og þunglyndi, bæði á spítala og heima. Konur, sjúklingar með börn á heimilinu, sjúklingar þar sem heimilismeðlimur átti við veikindi að stríða eða þurfti aðstoð við daglegt atferli ásamt þeim sem töldu bata sinn og árangur aðgerðar ekki í samræmi við væntingar fengu að jafnaði fleiri stig á kvíða- og þunglyndiskvörðum HADS.

Lagt er til að á Landspítala verði útbúin aðferð til að greina sálræna vanlíðan skurðsjúklinga og benda á íhlutun. Eftirfylgni í síma, þar sem leitað er eftir ákveðnum einkennum, er einföld leið til að finna sjúklinga sem gætu talist í áhættuhópi.

Lýkilorð: Kvíði, þunglyndi, verkir, einkenni, skurðsjúklingar.

INNGANGUR

Meginmarkmið hjúkrunarþjónustu á skurðeildum er líkamleg umönnun, að koma í veg fyrir fylgikvilla aðgerða og koma sjúklingum til bata án áfalla. Rannsóknir á umönnun skurðsjúklinga sýna að tími hjúkrunarfræðinga fer að mestu í að sinna líkamlegum þörfum sjúklinganna (Kleinbeck, 2000; Leinonen o.fl., 2001) og að sálrænum þörfum þeirra er iðulega ekki sinnt fyrir en hinu „raunverulega starfi“ er lokið

ENGLISH SUMMARY

Sveinsdóttir, H. Thorsteinsdóttir, Th.K., Sigmundsdóttir, M., Eiríksdóttir, S., and Geirsdóttir, Th.

The Icelandic Journal of Nursing (2009). 85 (6), 46-56.

ANXIETY AND DEPRESSION AMONG SURGICAL PATIENTS

Perioperative nursing care is mainly focused on physical care with psychological needs less addressed. The objective of this study was to describe surgical patients psychological well-being by assessing symptoms of anxiety and depression, pain, general symptoms and care among surgical patients at Landspítali-University Hospital (LUH). Higher scores on HADS indicate more symptoms of anxiety and depression. Data were collected with a questionnaire, at the hospital and at home four weeks later. Symptoms of anxiety and depression were measured by HADS. The sample was 733 patients who had surgery from January 15 until July 15, 2007 and response rate was 56.8%.

Findings revealed a correlation between symptoms of anxiety and depression at the hospital ($r=0.76$) and at home ($r=0.78$). Twenty five patients were diagnosed with “doubtful” or definite symptoms of anxiety and depression at the hospital, 21 patients at home and seven patients at both hospital and home. In general, weak or medium significant correlations were found between general symptoms and symptoms of anxiety and depression. The correlation was strongest with memory impairment, sexual difficulties, difficulties with movement and dyspnoea. Medium correlation was also found between having a number of general symptoms and symptoms of anxiety and depression.

Patients' satisfaction with care was significantly higher when asked at the hospital than at home. Satisfaction with care and age had a weak significant negative correlation with anxiety and depression at both time points. Female patients, patients with children at home, those living with sick relatives, with relatives needing assistance with daily activities and those who found their recovery and the success of the operation not as expected experienced significantly more symptoms of anxiety and depression.

The perioperative wards at LUH should develop an intervention to detect psychological distress in surgical patients and provide resources. Furthermore, a follow-up telephone call consisting of symptom specified questions can be effective to detect patients at risk.

Key words: Anxiety, depression, pain, symptoms, surgical patients.

Correspondance: herdis@hi.is.

Ritrynd fræðigreina

og þá oft á handahófskenndan hátt (Mitchell, 2005). Þegar saman fer aðhald í fjármálum, skortur á hjúkrunarfræðingum og æ styttri legutími sjúklinga er hætt við að aðrir þættir hjúkrunarþjónustu en þeir sem lúta að líkamlegum þörfum verði undir. Afleiðingar ógreindra og ómeðhöndlaðra sálrænna vandamála geta verið alvarlegar (World Health Organization, 2008) og því er mikilvægt að starfsfólk legudeilda, þar með talið hjúkrunarfræðingar, geti greint sjúklinga í áhættuhópi og brugðist raunhæft við. Hér verður greint frá rannsókn sem unnin var á Landspítala vorið 2007 í þeim tilgangi að varpa ljósi á samband kvíða- og þunglyndiseinkenna, almennra einkenna og dvalar skurðsjúklinga á skurðlækningasviði spítalans.

Kvíði og þunglyndi

Yfirvofandi skurðaðgerð veldur fólki kvíða sem getur haft áhrif á allt bataferlið. Þar er ekki átt við kvíða sem eðlileg og jákvæð viðbrögð eins og skilgreining hjúkrunargreiningar hljóðar, heldur sáran kvíða sem veldur óþægilegri tilfinningu og hefur áhrif á hegðun einstaklingsins (Ásta Thoroddsen, 2002). Það sem sjúklingum finnst kvíðvænlegast er svæfingin (að vakna upp á meðan aðgerð stendur eða vakna ekki eftir aðgerð), óttinn við hið óþekkta, hugsanleg krabbameinsgreining, vanmáttarkennd, verkir og hræðsla við fylgikvilla (Leinonen og Leino-Kilpi, 1999; Mitchell, 2005). Ómeðhöndlaður kvíði getur aukið á sársauka eftir aðgerð, þörf fyrir verkja- og svæfingalyf, lengt sjúkrahúsdvöl, leitt til sýkinga, annarra fylgikvilla og jafnvel dauða (Boeke o.fl., 1992; Carr o.fl., 2005; Frazier o.fl., 2003; Glaser o.fl., 1999; Kalkman o.fl., 2003; Manyande og Salmon, 1998; Nelson o.fl., 1998; Ramsay, 1972).

Í rannsóknum hjúkrunarfræðinga hefur þunglyndi skurðsjúklinga ekki notið sömu athygli og kvíði. Tíu ára gamalt yfirlit 97 hjúkrunarrannsókna á umönnun skurðsjúklinga leiddi í ljós að mest áhersla var lögð á kvíða og verki en þunglyndi var ekki nefnt (Leinonen og Leino-Kilpi, 1999). Ekki er sjáanlegt að þessar áherslur hafi breyst. Hins vegar hefur verið bent á að þó stór hluti sjúklinga sé með mörg einkenni kvíða og þunglyndis sé þess ekki endilega getið í hjúkrunarskráningu (Carr o.fl., 2005). Í nýlegri úttekt á kvíða skurðsjúklinga gagnrýnir breski hjúkrunarfræðingurinn Mark Mitchell að hjúkrunarfræðingar hafi ekki skipulagt nýjar aðferðir til að meðhöndla sálræna vanlíðan í tengslum við skurðaðgerðir. Enn sé notast við úrræði frá því á síðari hluta síðustu aldar þegar fyrstu rannsóknandiurstöður um árangur fræðslu komu fram (Mitchell, 2005). Þær aðferðir, sem felast einkum í að veita upplýsingar og dreifa athygli (e. distraction), séu vissulega gildar en þær þurfi að endurskoða og þá þarf að taka mið af þeim breytingum sem átt hafa sér stað í nútímaheilbrigðisþjónustu. Rannsóknir á þunglyndi í tengslum við skurðaðgerðir gefa til kynna að þunglyndið sé tengt alvarleika veikindanna, skertri virkni, endurinnlögnum og nýtingu mögulegra úrræða (Levenson o.fl., 1990; Silverstone, 1990). Flestar þeirra rannsókna hafa einskorðast við hjartaaðgerðir. Þær gefa til kynna að einkenni þunglyndis fyrir aðgerð auki líkur á endurinnlögnum, lakari almennri líðan, bakslagi sjúkdóms og síðari íhlutun svo sem hjartaþræðingu, auk neikvæðra áhrifa á daglegt atferli eins og að klæðast, þvo sér, fara á fætur og nærast (Ai o.fl., 2006; Baker o.fl., 2001; Ben-Zur o.fl., 2000;

Connerney o.fl., 2001; Perski o.fl., 1998; Pignay-Demaria o.fl., 2003; Saur o.fl., 2001). Þetta bendir til þess að mikilvægt sé að leggja mat á sálræna líðan sjúklinga þegar þeir leggjast inn á sjúkrahæð, en slíkt mat gæti leitt til þess að sjúklingar væru aðstoðaðir í tæka tíð og komið í veg fyrir óþægindi síðar. Fleiri hópar skurðsjúklinga en hjartasjúklingar hafa verið skoðaðir með tilliti til þunglyndis og er þá kvíði iðulega jafnframt metinn. Meðal karla, sem fara í blöðruhálskirtilstöku, og kvenna, sem fara í aðgerðir vegna kvensjúkdóma, virðast fara saman fleiri einkenni kvíða og þunglyndis fyrir aðgerð og meiri verkir eftir aðgerð, hvort heldur er strax eftir aðgerð eða nokkrum vikum síðar (Carr o.fl., 2005; Ene o.fl., 2006).

Í bandarískri rannsókn meðal aldraðra sjúklinga reyndust fleiri einkenni um þunglyndi fyrir aðgerð auka líkur á bráðaóráði eftir aðgerð (Leung o.fl., 2005). Breskir rannsakendur mátu einkenni kvíða og þunglyndis við innlagn á og við útskrift af sjúkrahæð hjá sjúklingum sem þurfti að taka af fót. Einkenni kvíða og þunglyndis minnkuðu almennt fljótt eftir aðgerðina en sjúklingar, sem höfðu lengi fundið fyrir slíkum einkennum, lágu lengur á sjúkrahæð en aðrir (Singh o.fl., 2007). Þetta gefur til kynna að eðli sjúkdómsins, sem leiðir til aðgerðar, hefur áhrif á líðan fyrir aðgerð en vanlíðan eftir aðgerð virðist vega afar þungt í því hvernig sjúklingum farnast.

Matskvarðinn Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), sem mælir einkenni kvíða og þunglyndis, var útbúið til að meta algengustu sálrænu truflanirnar hjá líkamlega veikum sjúklingum (Zigmond og Snaith, 1983). Höfundarnir gengu út frá því að þunglyndi og kvíði fylgdu ekki aðeins líkamlegum veikindum heldur gætu þau verið dulin og komið fram sem líkamleg veikindi. Þeir töldu að sjúklingarnir sjálfir væru best til þess fallnir að dæma um eigin líðan og útbjuggu matskvarða sem er allt í senn stuttur, auðskiljanlegur og metur líðanina án þess að of- eða vanmeta alvarlegri geðkvilla. Þessi kvarði hefur verið notaður í fjölda rannsókna og metur einkenni kvíða og þunglyndis. Gagnrýni á kvarðann lýtur helst að því að hann greini ekki nægilega vel sjúklinga með þunglyndis- eða kvíðaröskun (Hall o.fl., 1999; Herrmann, 1997). Þeirri gagnrýni hefur verið svarað með að benda á að megintilgangur matskvarðans sé að greina einkenni kvíða og þunglyndis hjá líkamlega veikum sjúklingum en ekki að greina geðsjúkdóma. Í samantekt á reynslu af HADS-kvarðanum í klínískum rannsóknum kemur fram að kvarðinn hafi nýst vel á sjúkrahúsum til að greina þá sjúklinga sem þarfnist frekari athugunar (Herrmann, 1997). Þar kemur einnig fram að almennt fara konur hærra en karlmenn á kvíðakvarðanum og karlmenn hærra en konur á þunglyndiskvarðanum. Þá kom fram ólínulegt samband aldurs við HADS. Sjúklingar á aldrinum 30 til 39 ára fara hæst á kvíðakvarðanum en sjúklingar eldri en sjötugir lægst. Á þunglyndiskvarðanum fara sjúklingar á aldrinum 50 til 59 ára hæst en þeir sem yngri eru en 30 ára lægst. Fylgni er einnig á milli þess að fara hátt á HADS og líða skort á sálfélagslegum úrræðum. Þetta á ekki sérstaklega við um skurðsjúklinga, en rannsóknir á kvíða skurðsjúklinga hafa sýnt að yngri sjúklingar séu kvíðnari en þeir sem eldri eru (Herrmann, 1997).

Hérlendis hefur meðalstig á kvíðakvarða HADS meðal almennings greinst á bilinu 4,34 til 4,48 og meðalstig á þunglyndiskvarðanum verið á bilinu 3,26 til 3,33 (Magnusson o.fl., 2000).

Þeim sjúklingum virðist sérstaklega hætt við kvíða í tengslum við skurðaðgerðir sem eru yngri, kvenkyns, með börn á heimili, eiga við marga sjúkdóma að stríða, þurfa aðstoð við daglegar athafnir eða búa við erfiðar heimilisaðstæður, svo sem veikindi annarra heimilismanna (Karanci og Dirik, 2003; Kocaman o.fl., 2007).

Þar sem kvíði er skilgreind hjúkrunargreining með tilgreindum greiningarþáttum og hjúkrunarméðferð er skiljanlegt að rannsóknir hjúkrunarfræðinga hafi fremur beinst að kvíða en þunglyndi. Sú skilgreining, sem notuð er í hjúkrun hér á landi, er að kvíði sé „óljós tilfinning eða geigur sem ósjálfráð viðbrögð fylgja; orsökina er oft ósértæk eða ókunn einstaklingnum; hræðslutilfinning vegna yfirvofandi hættu: Þetta er breytilegt viðvörunarmerki um yfirvofandi hættu og gerir einstaklinginn hæfari til að bregðast við ógn“ (Ásta Thoroddsen, 2002, bls. 161). Þunglyndi fellur hins vegar ekki undir hjúkrunargreiningar og það hefur ef til vill leitt til færri rannsókna og hugsanlega minni áherslu á þunglyndi í klínisku starfi hjúkrunarfræðinga. Þó eru einkenni þunglyndis viðfangsefni hjúkrunarfræðinga sem endurspeglast í hjúkrunargreiningunum vonleysi og vanmáttarkennd. Í þessari rannsókn voru athuguð einkenni kvíða og þunglyndis sem vissulega eru viðfangsefni hjúkrunarfræðinga.

Hér á landi hafa kvíða- og þunglyndiseinkenni meðal skurðsjúklinga verið rannsökuð í tveimur meistaraprófsverkefnum. Í rannsókn á tilfinningalegri líðan og lífsgæðum sjúklinga með ristil- og endaparmskrabbamein eftir skurðaðgerð reyndust þrjú af níttján þátttakendum með líkleg einkenni kvíða eða þunglyndis á HADS-kvarða (Pórdís K. Þorsteinsdóttir, 2006). Hin rannsóknin hafði þann tilgang að afla þekkingar á því hvernig skurðsjúklingar takast á við sinn afturbata heima án aðstoðar heilbrigðisstarfsfólks. Um var að ræða túlkandi, fyrirbærafræðilega rannsókn og var úrtakið tilgangsúrtak 14 skurðsjúklinga, frá þremur stofnunum, sem dvalið höfðu skemur en tvo sólarhringa á viðkomandi stofnun. Í niðurstöðunum komu fram fjögur meginþemu og tengjast tvö þeirra einkennum um sálræna vanlíðan. Annars vegar fannst sjúklingunum þeir vera einir á báti og hins vegar fundu þeir fyrir óöryggi (Erlín Óskarsdóttir, 2002). Nokkrar íslenskar rannsóknir hafa lýst einkennum sjúklinga eftir skurðaðgerðir, þá aðallega verkjum. Meginniðurstöður eru þær að stór hópur sjúklinga finnur til óþarflega mikilla verkja (Herdís Sveinsdóttir og Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 1996; Lára Borg Ásmundsdóttir, 2007).

Tilgangur

Megintilgangur þessarar rannsóknar var að lýsa sálrænni líðan með því að mæla einkenni kvíða og þunglyndis meðal skurðsjúklinga á skurðeildum Landspítala á meðan þeir liggja á spítalanum og heima að liðnum fjórum vikum eða síðar og athuga tengsl við verki, almenn einkenni og þætti tengda heilsu og spítaladvöl. Leitast er við að svara eftirfarandi rannsóknaspurningum:

1. Hversu algeng eru, hver er meðalstyrkur og hvert er samband kvíða- og þunglyndiseinkenna hjá skurðsjúklingum á Landspítala og heima þegar að lágmarki fjórar vikur eru liðnar frá aðgerð?
2. Hvert er samband kvíða- og þunglyndiseinkenna meðal skurðsjúklinga á Landspítala við verki, almenn einkenni, þætti tengda heilsu og spítaladvöl og bakgrunnsbreytur á spítalanum og heima þegar að lágmarki fjórar vikur eru liðnar frá aðgerð?

AÐFERÐ

Þýði og úrtak

Þýðið var sjúklingar innkallaðir á skurðeildir Landspítala á tímabilinu 15. janúar til 15. júlí 2007 til aðgerðar á hjarta, lungum, þvægfærum, ristli, gallblöðru, blöðruhálskirtli, brjóstum, nýrum, vegna brjóstklöss, þindarslits eða til hné- eða mjaðma-skipta. Úrtakið var takmarkað við þá sem gátu lesið og skilið íslensku, dvöldu á spítalanum að minnsta kosti sólarhring eftir aðgerð, útskrifuðust heim, svöruðu heimalista fjórum vikum eftir heimkomu eða síðar og voru metnir andlega hæfir til þátttöku af hjúkrunarfræðingi.

Á rannsóknartímanum fóru 845 sjúklingar í aðgerð. Af þeim náðist ekki í 50 sjúklinga og 62 uppfylltu ekki skilyrði rannsóknarinnar. Ástæða þess, að hjúkrunarfræðingar á deildinni mátu 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 lasið að ekki var talið ráðlegt að biðja það um að taka þátt.

Endanlegt úrtak var því 733 sjúklingar. Þátttöku höfnuðu 118 sjúklingar og 43 sjúklingar samþykktu þátttöku en skiluðu ekki spurningalistum; 572 sjúklingar (78%) skiluðu að minnsta kosti einum spurningalista, 561 (76,5%) spítalalistanum, 481 (68,6%) heimalistanum og 470 sjúklingar (64,1%) báðum listunum en einungis 416 (56,8%) heimalistanum fjórum vikum eða síðar ($M=50,27$ dagar; $sf=13,3$ dagar).

Mælitæki

Gagna var aflað með tveim spurningalistum, annar var lagður fyrir á spítalanum og hinn heima. Spurt var um einkenni kvíða og þunglyndis (HADS), almenn einkenni, svefn, sjúklingafræðslu, stuðning, ánægju með umönnun, þætti tengda sjúkdómi og aðgerðarferli, ástand heima fyrir og bakgrunn. 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 tengda spítaladvöl, árangur aðgerðar, svefn og svefnvenjur. Ekki er greint frá niðurstöðum um svefn og sjúklingafræðslu hér. Forprófun fór fram á 5 deildum og tóku 12 sjúklingar þátt í henni. Nokkrar athugasemdir komu fram og voru spurningalistarnir endurskoðaðir með tilliti til þeirra. Það tekur u.þ.b. 20 mínútur að svara hvorum lista.

Kvíði og þunglyndi. HADS-kvarðinn skiptist í sjö fullyrðingar sem lýsa einkennum kvíða (kvíðakvarði) og sjö fullyrðingar sem

Ritrynd fræðigreina

lýsa einkennum þunglyndis (þunglyndiskvarði). Fullryðingarnar eru ýmist jákvæðar, „Ég er kát(ur)“, eða neikvæðar, „Ég hef áhyggjur“. Þátttakendur eru beðnir um svar sem lýsir líðan þeirra síðastliðna viku út frá fjórum svarmöguleikum og eru heildargildi hvors hluta á bilinu 0-21 stig. Heildarfjöldi stiga á bilinu 0-7 í hvorum hluta telst innan eðlilegra marka, 8-10 stig gefa til kynna hugsanlegan kvíða eða þunglyndi (e. *doubtful cases*), sú niðurstaða gefur ástæðu til eftirlits, en 11 stig eða fleiri sýna líklegan kvíða eða þunglyndi (e. *definite cases*) og þá gæti sjúklingur þarfnast meðferðar (Zigmond og Snaith, 1983). Það tekur 2-6 mínútur að svara spurningunum. Þýðingin, sem notuð var í rannsókninni, var gerð af þýðingamiðstöð nferNelson, réttihafa listans, og prófuð á 19 sjúklingum sem gengust undir skurðaðgerð á LSH vegna ristil- og endaparmskrabbameins (Þórdís K. Þorsteinsdóttir, 2006). 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. Schaaber o.fl. (2000) hafa einnig gert íslenska þýðingu sem hefur verið áreiðanleikaprófuð og notuð í íslensku þýði (Þórunn Sævarsdóttir, 2005; Magnusson o.fl., 2000). Þá hafa Jakob Smári o.fl. (2008) fjallað ítarlega um íslenska gerð HADS.

Verkir voru metnir með fjórum spurningum á spítalanum og fimm heima. Á spítalanum var spurt um hvort fólk hefði haft verki fyrir aðgerð (stöðugt, oftast, stundum, ekki), síðastliðinn sólarhring (já, nei) og 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). Heima var spurt um verki vegna aðgerðarinnar frá útskrift af spítala (já, nei), lýsingu á verkjum frá því heim var komið (hef haft stöðuga verki, hef oft haft verki, hef stundum verið með verki), verki síðastliðinn sólarhring (já, nei) og styrk núverandi verkja og verkja síðastliðinn sólarhring á tölukvarðanum. Töluvarðasvörin tvö heima og á spítala voru sameinuð í breytur sem kallast *Spítalasársauki* (Chronbachs-alfa=0,727) og *Heimasársauki* (Chronbachs-alfa=0,874). Spurt var hvort 12 önnur almenn einkenni hefðu valdið vanlíðan síðastliðna 7 daga (ekki, lítili, miðlungsmikilli, mjög mikilli). Búnar voru til tvær breytur, önnur úr almennum einkennum á spítala, *Heildareinkennum spítala* (Chronbachs-alfa=0,743) og hin úr almennum einkennum heima, *Heildareinkennum heima* (Chronbachs-alfa=0,702).

Þættir tengdir heilsu og spítaladvöl. Á spítalanum var spurt um heilsu áður en sjúklingur greindist með núverandi sjúkdóm (mjög góð, frekar góð, hvorki góð né slæm, frekar slæm, mjög slæm), hvort sjúklingur væri á biðlista eftir aðgerð (já, nei), um frestun aðgerðar á aðgerðardegi (já, nei), um bið eftir aðgerð á aðgerðardegi (já, nei, veit ekki) og um dvöl á gjörgæsludeild (já, nei). Heima var spurt um fjölda daga á spítala eftir aðgerð, hvert sjúklingurinn útskrifaðist, hvort hann hefði hafið vinnu að nýju (já, nei), 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) og hvort batinn væri í samræmi við væntingar fyrir aðgerð (já, nei). Að lokum var spurt, bæði

á spítalanum og heima, um ánægju með þá umönnun sem veitt var á spítala í tengslum við sjúkdóminn. Svarmöguleikar voru: mjög ánægð(ur), frekar ánægð(ur), hvorki/né, frekar óánægð(ur), mjög óánægð(ur).

Bakgrunnsspurningar. Spurt var um hjúskaparstöðu, fjölda barna undir 18 ára aldri á heimili, kyn, aldur, hæð, þyngd, búsetu, hvort einhver annar á heimilinu ætti við veikindi að stríða (já,nei) eða þyrfti aðstoð við daglegar athafnir (já, nei).

Framkvæmd / 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 sjúklings var haft samband við hann á deild, rannsóknin kynnt og honum afhentur fyrri spurningalistinn. Þess var óskað að listanum væri svarað fyrir útskrift af spítalanum. Sjúklingar réðu því hvort þeir fengju síðari listann afhentan á spítalanum eða hvort hann væri póstsundur heim sex vikum eftir útskrift. Hringt var í alla sjúklinga, jafnt þá sem tóku listann með sér heim af spítalanum og hina sem fengu hann sendan í pósti, sex vikum síðar og þeir minntir á að senda inn listann. Í stöku tilfellum var hringt tvívegis í sjúklinga. Síðanefnd 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. útg. Notuð var lýsandi tölfræði (meðaltöl (M), staðalfrávik (sf), spönnun, hlutfall og fjöldi) og var marktækni mæld með kíkvaðratprófi og t-prófi. Einnig voru tengsl milli breytna reiknuð með Pearson-fylgnistuðli sem nær frá -1 (fullkomin neikvæð fylgni) til +1 (fullkomin jákvæð fylgni). 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). Marktækniörök eru sett við $p < 0,05$.

Svör þeirra 416 þátttakenda, sem svöruðu bæði spítala- og heimalista, eru notuð við greininguna. Skoðað var í sambandi við allar breytur rannsóknarinnar hvort marktækur munur væri á svörum þátttakenda út frá því hvenær heimalistanum var svarað og var aldrei um marktækan mun að ræða. Gögnin eru því ekki greind út frá tíma.

NIÐURSTÖÐUR

Þátttakendur

Í rannsókninni tóku þátt 228 karlar og 180 konur, 8 sjúklingar gáfu ekki upp kyn. Sjúklingarnir fóru í eftirtaldir aðgerðir: hjarta- og lungnaaðgerð 62 sjúklingar (14,9%), nýrna- og blöðruhálsaðgerð 65 sjúklingar (15,6%), meltingarfæraaðgerð 71 sjúklingur (17,1%), í brjós-klos- og bakaðgerðir fóru 97 sjúklingar (23,3%), hné- og mjaðmaskipti 95 sjúklingar (22,8%) og brjóstaaðgerðir 26 sjúklingar (6,3%).

Tafla 1. Tengsl verkja, heildareinkenna, kvíða- og þunglyndiseinkenna heima og á spítala

	Heima		Á spítala		Spítala-sársauki	Heima-sársauki	Heildareinkenni spítala
	Einkenni kvíða	Einkenni þunglyndis	Einkenni kvíða	Einkenni þunglyndis			
Einkenni kvíða heima	1						
Einkenni þunglyndis heima	0,78**	1					
Einkenni kvíða á spítala	0,56**	0,53**	1				
Einkenni þunglyndis á spítala	0,53**	0,63**	0,76**	1			
Spítalasársauki	0,12*	0,15**	0,17**	0,19**	1		
Heimasársauki	0,10	0,05	0,23**	0,27**	0,35**	1	
Heildareinkenni á spítala	0,19**	0,22**	0,35**	0,28**	0,27**	0,13	1
Heildareinkenni heima	0,32**	0,35**	0,35**	0,24**	0,18*	0,30**	0,36**

**Marktækt við $p < 0,01$

*Marktækt við $p < 0,05$

Meðalaldur karla var 60,9 ár (sf=13,8; spönnun 24-90 ár), meðalhæð 179,7 cm (sf=6,0; spönnun 163-199 cm), meðalþyngd 90,0 kg (sf=15,7; spönnun 53-145 kg) og meðallíkamsþyngdarstuðull 27,8 (sf=4,3; spönnun 17-42,1). Hjá konum var meðalaldur 56,4 ár (sf=14,8; spönnun 19-86 ár), meðalhæð 166,7 cm (sf=5,9; spönnun 136-182 cm), meðalþyngd 79,5 kg (sf=16,1; spönnun 49-149 kg) og meðallíkamsþyngdarstuðull 28,6 (sf=5,7; spönnun 16,1-51).

Mikill meirihluti sjúklinga, eða 78,6%, (n=327), hafði ekki börn undir 18 ára aldri á heimili, 78,2% (n=325) sjúklinga voru gift eða í sambúð, 16,8% (n=70) bjuggu ein og 72,4% (n=301) voru af höfuðborgarsvæðinu. Á heimilum 26,2% sjúklinga (n=109) átti einhver annar við veikindi að stríða og hjá 12,5% (n=52) þurfti einhver á heimilinu á aðstoð að halda við daglegar athafnir.

Rannsóknarspurning 1: Hversu algeng eru, hver er meðalstyrkur og hvert er samband kvíða- og þunglyndiseinkenna hjá skurðsjúklingum á Landspítala og heima þegar að lágmarki fjórar vikur eru liðnar frá aðgerð?

Meðalstigafjöldi á HADS-kvíðakvarða heima var 3,2 (sf=2,9; spönnun 0-15; N=392) og á spítala 3,5 (sf=3,0; spönnun 0-14; N=381). Á þunglyndishluta matstækisins var meðalstigafjöldi heima 3,2 (sf=2,8; spönnun 0-16; N=386) og á spítala 3,6 (sf=2,9; spönnun 0-14; N=379). Tafla 1 sýnir sterka jákvæða fylgni á milli kvíða og þunglyndis á spítala ($r=0,76$) og heima ($r=0,78$).

Tafla 2. Fjöldi sjúklinga sem greindust með hugsanlegan eða líklegan kvíða eða þunglyndi samkvæmt svargildum HADS.

	Kvíði á spítala	Kvíði heima	Þunglyndi á spítala	Þunglyndi heima
Kvíði á spítala	59	-	-	-
Kvíði heima	15	50	-	-
Þunglyndi á spítala	35	12	58	-
Þunglyndi heima	11	25	14	45

Tafla 2 sýnir fjölda sjúklinga sem fara yfir viðmið um hugsanlegan eða líklegan kvíða eða þunglyndi á spítala og heima, 25 sjúklingar fóru yfir viðmiðin fyrir bæði kvíða og þunglyndi á spítalanum og 21 sjúklingur heima. Sjö sjúklingar voru yfir viðmiðunum bæði á spítalanum og heima (sést ekki í töflu).

Rannsóknarspurning 2: Hvert er samband einkenna kvíða og þunglyndis skurðsjúklinga á LSH við verki, almenn einkenni, þætti tengda heilsu og spítaladöl og bakgrunnsbreytur, á spítalanum og heima þegar að lágmarki fjórar vikur eru liðnar frá aðgerð?

Verkir

Flestir sjúklinganna (74,8%) voru með verki fyrir skurðaðgerð og 50,1% með verkina oftast eða stöðugt. Meðaltalsstyrkur verkja á Spítalasársauka var 3,9 (sf=1,9; spönnun 0,5-9,0; N=304). Heima sögðust 273 sjúklingar (65,6%) hafa fundið fyrir verkjum vegna aðgerðarinnar frá því þeir útskrifuðust af spítalanum og voru 25,5% þeirra oft eða stöðugt með verki. Meðaltalsstyrkur verkja á Heimasársauka var 3,2 (sf=1,7; spönnun 0,5-8,0; N=133). Tafla 1 sýnir almennt veik tengsl verkja við einkenni kvíða og þunglyndis jafnt heima og á spítala, hins vegar eru miðlungstengsl á milli verkja heima og verkja á spítala.

Almenn einkenni

Tafla 3 sýnir fjölda og hlutfall sjúklinga sem sögðu almenn einkenni hafa valdið talsverðri til mikilli vanlíðan viku fyrir innlögn á spítala og vikuna áður en spurningalista var svarað heima. Hæst hlutfall sjúklinga sagði erfiðleika við hreyfingu valda vanlíðan bæði á spítala (49,4%) og heima (21,2%).

Tafla 4 sýnir að tengsl almennra einkenna við einkenni kvíða og þunglyndis eru almennt veik. Miðlungssterk tengsl eru þó á milli þess að finna fyrir mæði eða minnisskerðingu heima og hafa einkenni kvíða og þunglyndis heima.

Miðlungssterk tengsl eru á milli þess að finna talsvert eða mikið fyrir mörgum einkennum á spítala (*Heildareinkenni á spítala*) og hafa einkenni kvíða og þunglyndis á spítala og veik tengsl við að hafa einkenni kvíða og þunglyndis heima.

Ritrynd fræðigreina

Tafla 3. Einkenni sem valda sjúklingum talsverðri, mikilli eða mjög mikilli vanlíðan á spítala og heima.

Einkenni	Á spítala*			Heima**		
	N	Talsverð til mjög mikil vanlíðan n (%)	Ekki vanlíðan n (%)	N	Talsverð til mjög mikil vanlíðan n (%)	Ekki vanlíðan n %
Erfiðleikar með hreyfingu	340	168 (49,4)	126 (37,1)	385	82 (21,2)	193 (50,1)
Erfiðleikar í kynlífi	302	61 (20,2)	204 (67,5)	337	35 (10,4)	269 (79,8)
Mæði	327	60 (18,3)	199 (60,9)	379	47 (12,4)	264 (69,7)
Minnisskerðing	291	14 (4,8)	243 (83,5)	362	27 (7,5)	290 (80,1)
Lystarleysi	304	37 (12,2)	212 (69,7)	380	29 (7,6)	314 (82,6)
Þvagtrengsla	316	33 (10,4)	253 (80,0)	368	9 (2,4)	328 (89,1)
Hægðatregsla	312	36 (11,6)	280 (72,4)	373	40 (10,7)	281 (75,3)
Ógleði	303	25 (8,2)	252 (83,2)	364	23 (6,2)	322 (87,5)
Erfiðleikar við að borða	296	21 (7,1)	256 (86,5)	361	10 (2,8)	327 (90,6)
Niðurgangur	304	19 (6,3)	259 (85,2)	364	17 (4,6)	319 (87,6)
Þvagmissir	299	18 (6,0)	247 (82,6)	369	27 (7,3)	314 (85,1)
Uppköst	298	8 (2,6)	280 (94,0)	355	1 (0,3)	347 (97,7)

*Síðustu 7 daga fyrir innlögn

**Síðastliðna 7 daga

Sambærilegt mynstur kemur fram þegar horft er á einkenni heima (*Heildareinkenni heima*) (tafla 1).

Þættir tengdir heilsu og spítaladvöl

Meirihluti sjúklinganna (75,3%) sagði heilsu sína hafa verið mjög eða frekar góða áður en núverandi sjúkdómur greindist. Heilsa fyrir aðgerð hafði marktæka, veika neikvæða tengingu við kvíða- og þunglyndiseinkenni á spítala og kvíðaeinkenni heima (r á bilinu $-0,10$ til $-0,21$). Meðallegutími á spítalanum var 4,8 dagar ($sf=6,4$; spönnun 1-90), 103 sjúklingar fóru á gjörgæsludeild að aðgerð lokinni og var meðallengd dvalar þar 1,2 dagar ($sf=0,7$; spönnun 0-5). Um fjórðungur þátttakenda ($n=144$) var á biðlista eftir að komast í aðgerð, hjá 124 sjúklingum var aðgerð frestað á aðgerðardegi og 80 sjúklingar sögðust hafa beðið eftir að komast í aðgerð á aðgerðardegi. Þessar breytur höfðu ekki marktæk tengsl við kvíða- og þunglyndiseinkenni.

Þegar spurt var heima sögðust 38,5% sjúklinga ($N=416$) hafa hafið vinnu að nýju og voru kvíða- og þunglyndiseinkenni þeirra sambærileg og hjá þeim sem voru ekki komnir til vinnu. 87,7% sjúklinga sögðu aðgerð hafa borið þann árangur sem búist var við, 76,7% að batinn væri í samræmi við væntingar og 34,9% sjúklinga sögðust hafa náð sér mjög vel eftir aðgerðina og 2,7% mjög illa eða illa. Sjúklingar, sem töldu aðgerðina ekki hafa borið þann árangur sem búist var við, að batinn væri ekki í samræmi við væntingar og sem höfðu ekki náð sér mjög vel eftir aðgerðina, fengu að öllu jöfnu marktækt fleiri stig á kvíða- og þunglyndiskvörðunum, jafnt heima og á spítala (sjá töflu 5).

Sjúklingarnir voru almennt ánægðir með umönnunina sem þeir fengu á spítalanum. Aðspurðir á spítalanum sögðust 84,6% sjúklinga mjög ánægðir með umönnunina en þegar þeir voru

spurðir heima voru 71% sjúklinga ánægðir með umönnunina sem þeir fengu á spítalanum. Þarna var um marktækan mun að ræða ($p<0,001$; kíkvaðrat). Ánægja með umönnun hafði veika neikvæða tengingu við einkenni kvíða og þunglyndis, bæði á spítala og heima (r á bilinu $-0,10$ upp í $-0,21$; $p<0,05$).

Bakgrunnsbreytur

Veik marktæk neikvæð tengsl voru á milli hærri aldurs og einkenna kvíða á spítala ($r=-0,18$) og heima ($r=-0,20$) og einkenna þunglyndis á spítala ($r=-0,17$) og heima ($r=-0,18$). Ekki var um marktæk tengsl að ræða milli líkamsþyngdarstuðuls og kvíða- og þunglyndiseinkenna. Á spítalanum fóru konur og þeir sem höfðu börn undir 18 ára aldri á heimilinu að meðaltali marktækt hærra á kvíða- og þunglyndiskvörðunum en karlar og þeir sem bjuggu á barnlausum heimilum. Á spítalanum fóru jafnframt sjúklingar, sem greindu frá veikindum annarra heimilismanna og að aðrir heimilismenn þyrftu aðstoð við daglegar athafnir, marktækt hærra á þunglyndiskvörðunum en samanburðarhópar. Sama mynstur kom fram í stigafjölda á kvíða- og þunglyndiskvörðunum heima. Eina frávikíð var að þeir sem greindu frá veikindum annarra heimilismanna fóru marktækt hærra, ekki bara á þunglyndiskvörðunum heldur líka á kvíðakvörðunum (sjá töflu 5). Að auki fóru þeir að jafnaði hærra á kvörðunum sem töldu að aðgerð hefði ekki borið þann árangur sem búist var við og að batinn væri ekki í samræmi við væntingar (sjá töflu 5). Ekki var marktækt samband á milli sambúðar og kvíða- og þunglyndiseinkenna.

UMRÆÐUR

Við túlkun á niðurstöðum þarf að hafa í huga að ekki er verið að skoða orsakasamhengi heldur hvort ákveðnir þættir fara saman.

Tafla 4. Tengsl kvíða- og þunglyndiseinkenna við vanlíðan vegna eftirtalinnna einkenna 7 dögum fyrir innlögn á sjúkrahús (spurt á sjúkrahúsi) og vanlíðan heima vikuna áður en spurningalista er svarað (heima).

Einkenni	Spurt um einkenni viku fyrir innlögn				Spurt um einkenni sl. viku heima			
	Á spítala		Heima		Á spítala		Heima	
	Einkenni kvíða	Einkenni þunglyndis	Einkenni kvíða	Einkenni þunglyndis	Einkenni kvíða	Einkenni þunglyndis	Einkenni kvíða	Einkenni þunglyndis
Niðurgangur	0,09	0,13*	0,17	0,05	0,11	0,13*	0,09	0,11
Ógleði	0,13**	0,15*	0,09	0,14*	0,14*	0,14*	0,20**	0,19**
Hægðatregða	0,19**	0,14*	0,11	0,11	0,07	0,03	0,14*	0,09
Uppköst	0,10	0,04	0,03	0,03	0,02	0,02	0,01	0,03
Pvagtregða	0,07	0,02	0,09	0,07	0,03	0,01	0,04	0,02
Pvagmissir	0,19**	0,16**	0,18**	0,11	0,14*	0,07	0,09	0,06
Minnisskerðing	0,29**	0,27**	0,21**	0,20**	0,28**	0,19**	0,29**	0,30**
Erfiðleikar í kynlífi	0,27**	0,26**	0,14*	0,20**	0,17*	0,12*	0,14*	0,22**
Erfiðleikar með hreyfingu	0,17**	0,16**	0,13*	0,14*	0,25**	0,19**	0,27**	0,29**
Lystarleysi	0,19**	0,17**	0,09	0,12**	0,17**	0,13**	0,20**	0,18**
Erfiðleikar við að borða	0,18**	0,11	0,01	0,00	0,10	0,05	0,12*	0,12
Mæði	0,24**	0,19**	0,17**	0,18**	0,2**	0,16**	0,32**	0,32**

**Marktækt við $p < 0,01$

*Marktækt við $p < 0,05$

Pau sterku tengsl einkenna kvíða og þunglyndis á spítala, sem fram koma við einkenni kvíða og þunglyndis heima, benda þó sterklega til þess að fylgja beri vel eftir sjúklingum sem á spítalanum sýna merki um kvíða eða þunglyndi. Nýleg rannsókn á notkun HADS við að greina einkenni kvíða og þunglyndis hjá hjartasjúklingum í endurhæfingu á Reykjalundi sýndi að notkun matstækisins bætti engu við klínískt mat hjúkrunarfræðinga og lækna við venjubundna innlögn (Karl Kristjánsson o.fl., 2007). Venjubundin innritunar- eða útskriftarviðtöl á skurðeildum Landspítala fela hins vegar ekki í sér kerfisbundið klínískt mat þar sem sérstaklega er skoðuð sálræn líðan sjúklinga. Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna þó að einmitt beri að leggja meiri áherslu á slíkt mat hjúkrunarfræðinga á líðan sjúklinga. Einnig mætti leggja meiri áherslu á umönnun þar sem ánægja með hana er tengd minni einkennum um kvíða og þunglyndi.

Hið sterka samband, sem kom í ljós á milli kvíða- og þunglyndisvarðanna, getur bent til þess að kvarðarnir greini ekki nægjanlega á milli einkenna kvíða og þunglyndis heldur mæli í raun sama fyrirbærið sem mætti nefna „sálræna vanlíðan“. Þetta þyrfti þó að skoða betur og leggja áherslu á markmiðið með notkun kvarðans, en kvarðinn var settur fram til skimunar en ekki til greiningar (Herrmann, 1997).

Í ljósi þess að u.þ.b. 50 sjúklingar sýna einkenni um sálræna vanlíðan er full ástæða til að búa til greiningaraðferð á skurðeildum LSH, ekki síst í ljósi alvarlegra afleiðinga sem ómeðhöndluð vanlíðan getur haft á sjúklinga (sjá umfjöllun í inngangi). Slíkt greiningartæki gæti nýst bæði við að vísa sjúklingum áfram til nákvæmara mats og viðeigandi meðferðar hjá öðrum sérfræðingum og til markvissrar hjúkrunar.

Veik marktæk tengsl voru á milli hinna ýmsu almennu einkenna, sem spurt var um, og einkenna kvíða og þunglyndis. Við túlkun á þessum niðurstöðum þarf að hafa í huga að stærð úrtaka, eins og í þessari rannsókn, getur haft áhrif á marktækni tengslanna þannig að veik tengsl geta orðið marktæk. Saman fór að finna fyrir einkennum kvíða og þunglyndis heima og að finna fyrir mörgum líkamlegum einkennum heima og þá sérstaklega mæði, minnsleysi og erfiðleikum með hreyfingu. Önnur leið til að finna sjúklinga, sem hugsanlega þjást af sálrænni vanlíðan, er að fylgja þeim eftir með símtölum þar sem spurt væri um valin einkenni kvíða og þunglyndis, verki, hreyfingu, matarlyst og fleiri atriði sem lúta að daglegu atferli (Ai o.fl., 2006; Baker o.fl., 2001; Ben-Zur o.fl., 2000; Connerney o.fl., 2001; Mitchell, 2005; Pignay-Demaria o.fl., 2003). Niðurstöður sýndu að það að finna samtímis fyrir mörgum af þeim 12 einkennum, sem spurt var um, tengdist einkennum kvíða og þunglyndis. Í ljósi þessa teljum við ástæðu til að huga sérstaklega að sjúklingum sem finna fyrir mörgum einkennum samtímis á spítalanum.

Það kemur tæpast á óvart að fleiri kvíða- og þunglyndiseinkenni fari saman við að afturbati og árangur aðgerðar sé ekki í samræmi við batann. Niðurstöður okkar um að konur, yngri sjúklingar og sjúklingar, þar sem aðrir heimilismenn eiga við veikindi að stríða, finni frekar fyrir einkennum kvíða er í samræmi við niðurstöður annarra (Karanci og Dirik, 2003; Kocaman o.fl., 2007). Aukinn kvíða þessara einstaklinga má ef til vill skýra með umönnunarálagi, að þeir kvíði því að geta ekki sjálfir sinnt umönnun heimilismanna vegna endurbata eftir aðgerð. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar á skurðeildum séu vel á verði um þessa áhættuhópa við hjúkrunarmeðferð

Ritrýnd fræðigrein

Tafla 5. Munur á meðaltalsstigum á kvíða og þunglyndiskvarða HADS á spítala og heima eftir því hvort börn undir 18 ára aldri eru á heimilinu, eftir kyni, árangri aðgerðar að mati sjúklings, veikindum annarra heimilismanna, bata í samræmi við væntingar og hvort einhver á heimilinu þyrfti aðstoð við daglegar athafnir.

	n	M (+sf)	t (df)	p
Kvíðakvarði heima			-2,476 (389)	0,014*
Börn yngri en 18 ára ekki heima	304	3,0 (+2,8)		
Börn yngri en 18 ára heima	87	3,9 (+3,1)		
Þunglyndiskvarði heima			-2,885 (382)	0,004**
Börn yngri en 18 ára ekki heima	301	3,0 (+2,8)		
Börn yngri en 18 ára heima	83	3,9 (+2,9)		
Kvíðakvarði á spítala			-3,200 (378)	0,001*
Börn yngri en 18 ára ekki heima	295	3,3 (+2,9)		
Börn yngri en 18 ára heima	85	4,4 (+3,1)		
Þunglyndiskvarði á spítala			-3,226 (376)	0,001**
Börn yngri en 18 ára ekki heima	293	3,4 (+2,9)		
Börn yngri en 18 ára heima	83	4,5 (+3,2)		
Kvíðakvarði heima			-2,883 (384)	0,004**
Karl	217	2,8 (+2,6)		
Kona	169	3,7 (+3,1)		
Þunglyndiskvarði heima			-2,077 (377)	0,039*
Karl	216	2,9 (+2,6)		
Kona	163	3,5 (+3,0)		
Kvíðakvarði á spítala			-3,068 (375)	0,005*
Karl	217	3,2 (+2,8)		
Kona	160	4,0 (+3,2)		
Þunglyndiskvarði á spítala			-2,525 (375)	0,025*
Karl	210	3,3 (+3,0)		
Kona	167	4,1 (+3,0)		
Kvíðakvarði heima			-2,688 (376)	0,008**
Aðgerð bar árangur sem búist var við	348	3,1 (+2,8)		
Aðgerð bar ekki árangur sem búist var við	30	4,5 (+3,3)		
Þunglyndiskvarði heima			-3,261 (370)	0,001**
Aðgerð bar árangur sem búist var við	342	3,0 (+2,7)		
Aðgerð bar ekki árangur sem búist var við	30	4,7 (+3,7)		
Kvíðakvarði á spítala			-3,222(361)	0,001**
Aðgerð bar árangur sem búist var við	333	3,3 (+2,8)		
Aðgerð bar ekki árangur sem búist var við	30	5,1 (+3,7)		
Þunglyndiskvarði á spítala			-1,628 (359)	0,104
Aðgerð bar árangur sem búist var við	332	3,5 (+2,9)		
Aðgerð bar ekki árangur sem búist var við	29	4,4 (+3,2)		
Kvíðakvarði heima			-1,671 (321)	0,096
Heimilismaður á við veikindi að stríða	103	3,6 (+3,2)		
Heimilismaður á ekki við veikindi að stríða	220	3,0 (+2,7)		
Þunglyndiskvarði heima			-1,347 (316)	0,179
Heimilismaður á við veikindi að stríða	104	3,4 (+3,0)		
Heimilismaður á ekki við veikindi að stríða	214	3,0 (+2,8)		

Tafla 5. framhald	n	M (+sf)	t (df)	p
Kvíðakvarði spítala			-1,015 (314)	0,311
Heimilismaður á við veikindi að stríða	102	3,8 (+2,9)		
Heimilismaður á ekki við veikindi að stríða	214	3,5 (+2,9)		
Punglyndiskvarði á spítala			-2,097 (315)	0,037*
Heimilismaður á við veikindi að stríða	99	4,2 (+3,2)		
Heimilismaður á ekki við veikindi að stríða	218	3,4 (+2,9)		
Kvíðakvarði heima			-2,785 (348)	0,006**
Bati í samræmi við væntingar	301	3,0 (+2,7)		
Bati ekki í samræmi við væntingar	49	4,2 (+3,2)		
Punglyndiskvarði heima			-2,517 (344)	0,012*
Bati í samræmi við væntingar	297	3,0 (+2,7)		
Bati ekki í samræmi við væntingar	49	4,1 (+3,3)		
Kvíðakvarði á spítala			-2,662 (336)	0,008**
Bati í samræmi við væntingar	290	3,4 (+2,8)		
Bati ekki í samræmi við væntingar	48	4,6 (+3,6)		
Punglyndiskvarði á spítala			-2,152 (335)	0,032*
Bati í samræmi við væntingar	289	3,5 (+2,9)		
Bati ekki í samræmi við væntingar	48	4,6 (+3,2)		
Kvíðakvarði heima			-1,497 (366)	0,135
Heimilismaður þarf aðstoð við daglegar athafnir	51	3,8 (+3,3)		
Heimilismaður þarf ekki aðstoð við daglegar athafnir	317	3,2 (+2,8)		
Kvíðakvarði á spítala			-1,689 (352)	0,092
Heimilismaður þarf aðstoð við daglegar athafnir	47	4,3 (+3,4)		
Heimilismaður þarf ekki aðstoð við daglegar athafnir	307	3,5 (+2,9)		
Punglyndiskvarði heima			-1,144 (361)	0,253
Heimilismaður þarf aðstoð við daglegar athafnir	51	3,6 (+3,0)		
Heimilismaður þarf ekki aðstoð við daglegar athafnir	312	3,1 (+2,8)		
Punglyndiskvarði á spítala			-2,988 (353)	0,003**
Heimilismaður þarf aðstoð við daglegar athafnir	47	4,9 (+3,4)		
Heimilismaður þarf ekki aðstoð við daglegar athafnir	308	3,5 (+2,8)		
Kvíðakvarði heima			-3,308 (384)	0,001**
Sjúklingur hefur náð sér mjög vel eftir aðgerð	133	2,6 (+2,7)		
Sjúklingur hefur ekki náð sér mjög vel eftir aðgerð	253	3,6 (+2,9)		
Punglyndiskvarði heima			-3,703 (379)	0,000**
Sjúklingur hefur náð sér mjög vel eftir aðgerð	131	2,4 (+2,6)		
Sjúklingur hefur ekki náð sér mjög vel eftir aðgerð	250	3,5 (+2,9)		
Kvíðakvarði á spítala			-4,703 (370)	0,000**
Sjúklingur hefur náð sér mjög vel eftir aðgerð	134	2,6 (+2,2)		
Sjúklingur hefur ekki náð sér mjög vel eftir aðgerð	238	4,1 (+3,2)		
Punglyndiskvarði á spítala			-3,994 (368)	0,000**
Sjúklingur hefur náð sér mjög vel eftir aðgerð	133	2,9 (+2,5)		
Sjúklingur hefur ekki náð sér mjög vel eftir aðgerð	237	4,1(+2,0)		

*p<0,01

**p<0,05

á spítalanum. Athyglisvert er að sjúklingar eru marktækt ánægðari með umönnunina á spítalanum þegar þeir eru spurðir á spítalanum heldur en heima. Þetta bendir til þess að tímasetning gæðakannana með þátttöku sjúklinga á þjónustu spítala geti haft áhrif á niðurstöður. Á meðan á spítaladölv stendur eru sjúklingar háðir hjúkrunarfræðingum og öðru starfsfólki um velferð sína en heima hefur skapast fjarlægð frá reynslunni sem fékkst á spítalanum. Þetta getur haft áhrif á hvernig svarað er.

Meginveikleiki þessarar rannsóknar er að ekki skyldi vera safnað gögnum um sjúklinga sem höfðu hlotið greiningu um þunglyndi eða kvíðaröskun. Þær upplýsingar hefðu gefið skýrari mynd af sálrænum vanda skurðsjúklinga á Landspítala. Svörin á spítalalista var viðunandi en 76,5% þátttakenda svaraði honum. Hins vegar hefði mátt standa betur að því að fá svör við heimalistanum. Sjúklingar fengu að velja að taka listann með sér heim eða fá hann sendan og virðist það hafa leitt til þess að hluti hópsins svaraði listanum fljótlega eftir heimkomu. Af 481 sjúklingi, sem skilaði heimalista, svöruðu 65 listanum innan fjögurra vikna, en óskað var eftir að svarað væri sex vikum eftir heimkomu. Heppilegra hefði verið að póstsenda öllum listann og bjóða ekki upp á þetta val en þá hefðu þeir 65, sem svöruðu of snemma, ef til vill svarað á réttum tíma og svörin verið hærri en 56,8%. Við mat á þátttöku verður að hafa í huga að þátttakendur voru misvel á sig komnir. Þeir sem fóru í einfaldari aðgerðir sem gáfu góðan bata hafa kannski ekki fundið tilgang í að svara síðari spurningalistanum. Á sama hátt má ætla að veikburða sjúklingar og þeir sem fengu ekki lausn sinna mála hafi síður svarað listanum. Jafnframt má velja upp gildi þess að skoða hópinn í heild þar sem um ólíkar aðgerðir er að ræða.

Rannsókn þessi nær til meirihluta þeirra sjúklinga sem kallaðir voru inn í skurðaðgerð á Landspítala á hálfárs tímabili. Niðurstöður hennar gefa til kynna að sálræn vanlíðan sé vangreind hjá skurðsjúklingum og að áhættuhópa megi greina með lítilli fyrirhöfn. Á tímum niðurskurðar og skilvirkari lækni meðferðar er legutími sjúklinga sífellt að stytta. Það ýtir undir mikilvægi þess að greina vanlíðan skurðsjúklinga. Ástæða er til að skoða vel hvort greining og einföld íhlutun geti á árangursríkan hátt komið í veg fyrir vandamál síðar.

ÞAKKIR

Höfundar vilja þakka hjúkrunarfræðingunum Katrínu Blöndal, Heiðu Steinunni Ólafsdóttur, Sesselju Jóhannsdóttur og Sigríði S. Þorleifsdóttur fyrir vinnu að þessu verkefni, þátttakendum rannsóknarinnar fyrir svörin, Margréti Lúðvígsdóttur fyrir aðstoð við undirbúning handrits og B-hluta vísindasjóðs FÍH og vísindasjóði Landspítala fyrir veittan stuðning.

HEIMildir

- Ai, A.L., Peterson, C., Bolling, S.F., og Rodgers, W. (2006). Depression, faith-based coping, and short-term postoperative global functioning in adult and older patients undergoing cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 60 (1), 21-28.
- Ásta Thoroddsen, ritstjóri (2002). *Skráning hjúkrunar – Handbók* (3. útg.). Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Baker, R.A., Andrew, M.J., Schrader, G., og Knight, J.L. (2001). Preoperative depression and mortality in coronary artery bypass surgery: Preliminary findings. *ANZ Journal of Surgery*, 71, 139-142.

- Ben-Zur, H., Rappaport, B., Ammar, R., og Uretzky, G. (2000). Coping strategy, life style changes, and pessimism after open-heart surgery. *Health and Social Work* 25 (3), 201-209.
- Boeke S., Jellic, M., og Bonke, B. (1992). Pre-operative anxiety variables as possible predictors of post-operative stay in hospital. *British Journal of Clinical Psychology*, 31 (3. hluti), 366-368.
- Burns, N., og Grove, S.K. (2005). *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique, and Utilization* (5. útgáfa). St. Louis: Elsevier
- Carr, E.C.J., Vicky Thomas, N., og Wilson-Barnet, J. (2005). Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: A longitudinal perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 42 (5), 521-530.
- Connerney, I., Shapiro, P.A., McLaughlin, J.S., Bagiella E., og Sloan, R.P. (2001). Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: A prospective study. *Lancet*, 358 (9295), 1766-1771.
- Ene, K.W., Nordberg, G., Johansson, F.G., og Sjöström, B. (2006). Pain, psychological distress and health-related quality of life at baseline and 3 months after radical prostatectomy. *BMC Nursing*, 5, 8.
- Erlín Óskarsdóttir (2002). *'Solitary struggle': Getting back to normal*. Óbirt MS-ritgerð: The Royal College of Nursing Institute, London.
- Frazier, S.K., Moser, D.K., Daley, L.K., McKinley, S., Riegel, B., Garvin, B.J., og An, K. (2003). Critical care nurses' beliefs about and reported management of anxiety. *American Journal of Critical Care*, 12 (1), 19-27.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P.T., MacCallum, R.C., Laskowski, B.F., og Malarkey, W.B. (1999). Stress related changes in proinflammatory cytokine production in wounds. *Archives of General Psychiatry*, 56 (5), 450-456.
- Hall, A., A'Hern, R., og Fallowfield, L. (1999). Are we using appropriate self-report questionnaire for detecting anxiety and depression in women with early breast-cancer? *European Journal of Cancer*, 35 (1), 79-85.
- Herdís Sveinsdóttir og Anna Gyða Gunnlaugsdóttir (1996). Verkir og verkjameðferð skurðsjúklinga. Væntingar og reynsla. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 72 (5), 232-239.
- 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.
- Jakob Smári, Daniel Þór Ólafsson, Þórunn Örn Arnarson og Jón Friðrik Sigurðsson (2008). Mælitæki fyrir þunglyndi fullorðinna sem til eru í íslenskri gerð: Próffræðilegar upplýsingar og notagildi. *Sálfræðiritið*, 13, 147-169.
- Kalkman, C.J., Visser, K., Moen, J., Bonsel, G.J., Grobbee, D.E., og Moons K.G. (2003). Preoperative prediction of severe postoperative pain. *Pain*, 105 (3), 415-423.
- Karanci, A.N., og Dirik, G. (2003). Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 363-369.
- Karl Kristjánsson, Þórunn Guðmundsdóttir og Magnús R. Jónasson (2007). Algengi, greining og meðferð þunglyndis og kvíða sjúklinga í hjarta-endurhæfingu. *Læknablaðið*, 93 (12), 841-845.
- Kleinbeck, S.V. (2000). Dimensions of peri-operative nursing for a national speciality nomenclature. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 529-535.
- Kocaman, N., Kutlu, Y., Ozkan, M., og Ozkan, S. (2007). Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (3a), 6-16.
- Lára Borg Ásmundsdóttir (2007). Verkir skurðsjúklinga. Óbirt MS-ritgerð: Háskóli Íslands, hjúkrunarfræðideild.
- Leinonen, T., og Leino-Kilpi, H. (1999). Research in peri-operative nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 8 (2), 123-138.
- Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Stahlberg, M.-R., og Lertola, K. (2001). The quality of perioperative care: Development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (2), 294-306.
- Leung, J.M., Sands, L.P., Mullen, E.A., Wang, Y., og Vaurio, L. (2005). Are preoperative depressive symptoms associated with postoperative delirium in geriatric surgical patients? *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60A (12), 1563-1568.
- Levenson, J.L., Hamer, R.M., og Rossiter, L.F. (1990) Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *The American Journal of Psychiatry*, 147 (11), 1498-1503.
- Magnússon, A., Axelsson, J., Karlsson, M.M., og Oskarsson, H. (2000). Lack of seasonal mood change in the Icelandic population: Results of a cross-sectional study. *American Journal of Psychiatry*, 157 (2), 234-238.
- Manyande, A., og Salmon, P. (1998). Effects of pre-operative relaxation on post-operative analgesia: Immediate increase and delayed reduction. *British Journal of Health Psychology*, 3, 215-224.
- Mitchell, M. (2005). *Anxiety management in day surgery. A nursing perspective*. London: Whurr Publishers Ltd.

