

Rekonvaleszenz im häuslichen Umfeld nach ambulantem chirurgischen Eingriff

Bedürfnisse von gynäkologisch operierten Frauen nach Entlassung

Systematische Literaturübersicht

Bachelorarbeit

von

Elke Lauber

Bachelor 2009-2012

Begleitperson: Marie-Theres Piller

Hochschule für Gesundheit Freiburg

Studiengang Bachelor in Pflege

01.07.2012

Abstract

Hintergrund: Die ambulante Chirurgie hat seit 1960 stetig zugenommen und sich zu einem wichtigen Teil des Gesundheitssystems entwickelt. Ein Fachgebiet, mit einem hohen Anteil an ambulant durchgeführten Operationen, ist die Gynäkologie. Die Rekonvaleszenz zu Hause erfordert von den Patientinnen ein hohes Mass an Kenntnissen zur Selbstpflege und Evaluation von Symptomen und Heilung. Die betroffenen Frauen auf diese Zeit optimal vorzubereiten ist eine wichtige Aufgabe der Pflegenden.

Ziel: Ziel der systematischen Literaturübersicht ist es, evidenzbasiertes Wissen über krankheitsbedingte Bedürfnisse von ambulant operierten Frauen während der Rekonvaleszenz zu Hause zu gewinnen.

Methode: In renommierten Datenbanken und Fachzeitschriften wird anhand vorab definierter Suchbegriffe nach Studien gesucht. (Veröffentlichung ab 2000). Mit Hilfe einer systematischen Literaturübersicht werden die Ergebnisse aus zehn Studien und zwei Literaturübersichten bearbeitet und analysiert.

Ergebnisse: Die Resultate zeigen, dass Bedürfnisse nach Information und verbessertem Symptommanagement für die betroffenen Frauen grosse Bedeutung haben. Auch Bedürfnisse nach Sicherheit, Betreuung und Unterstützungssystemen, sowie nach schneller Rückkehr zu den gewohnten Aktivitäten wurden geäussert.

Schlussfolgerung: Die Fähigkeit der Patientinnen ihre Rekonvaleszenz zu Hause gut bewältigen zu können, ist primäres Anliegen der Pflege. Die Untersuchung hat gezeigt, dass die betroffenen Frauen bedeutende krankheitsbedingte Bedürfnisse äussern. Zur besseren Erfüllung dieser Bedürfnisse werden Empfehlungen für die Pflegepraxis abgeleitet.

Weiterer Forschungsbedarf ist notwendig, aufgrund der Zunahmen der ambulanten Operationen und der damit sich veränderten Arbeitsinhalte der Pflege.

Danksagung

Die Autorin möchte sich ganz herzlich bei allen Personen bedanken, die sie während dem Schreiben der Bachelorthesis in irgendeiner Art und Weise unterstützt haben. Spezieller Dank gebührt der Erstgutachterin Marie-Théres Piller, die während mehreren Monaten der Autorin zur Seite stand. Die Autorin gewann durch Frau Piller Einblick in die Forschung und erhielt bei Fragen und Unklarheiten kompetente Unterstützung.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	7
1.1	PROBLEMBESCHREIBUNG	7
1.1.1	<i>Sicht der Gesellschaft</i>	8
1.1.2	<i>Sicht der Pflege</i>	10
1.1.3	<i>Sicht der Patienten und Angehörigen</i>	11
1.2	FRAGESTELLUNG	12
1.3	ZIELE UND ABSICHTEN	12
2	THEORETISCHER RAHMEN	14
2.1	BEGRIFFSERKLÄRUNGEN	14
2.2	SELBSTPFLEGE MODELL NACH DOROTHEA OREM	15
3	METHODOLOGIE	22
3.1	LITERATURERECHERCHE	22
3.2	DESIGN	23
3.3	DATENBANKEN	23
3.4	SUCHBEGRIFFE	23
3.5	EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN	23
3.6	RECHERCHEERGEBNISSE UND AUSSCHLUSSVERFAHREN	30
3.7	KRITISCHE BEURTEILUNG	30
3.8	ETHISCHE ASPEKTE	31
4	ERGEBNISSE	33
4.1	STUDIENCHARAKTERISTIK	33
4.2	BEDÜRFNISSE	34
4.2.1	<i>Physische Bedürfnisse</i>	34
4.2.2	<i>Psychische Bedürfnisse</i>	38
4.2.3	<i>Soziale Bedürfnisse</i>	40
5	DISKUSSION	43
5.1	QUALITÄT DER UNTERSUCHTEN STUDIEN	43
5.2	KRANKHEITSBEDINGTE BEDÜRFNISSE	43
5.2.1	<i>Physische Bedürfnisse</i>	44
5.2.2	<i>Psychische Bedürfnisse</i>	46
5.2.3	<i>Soziale Bedürfnisse</i>	48
5.3	FAZIT DER DISKUSSION	50
5.4	KRITISCHE WÜRDIGUNG DER LITERATURÜBERSICHT	51
6	SCHLUSSFOLGERUNG	53
6.1	BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNG	53
6.2	EMPFEHLUNG FÜR DIE PFLEGEPRAXIS	53
6.2.1	<i>Patienteninformation/Patientenschulung</i>	54
6.2.2	<i>Nachbetreuung</i>	55
6.2.3	<i>interdisziplinäre Zusammenarbeit</i>	56
6.3	EMPFEHLUNG FÜR WEITERE FORSCHUNG	57

7 LERNPROZESS.....	58
7.1 LERNPROZESS ZUR THEMATIK	58
7.2 LERNPROZESS ZUM FORSCHUNGSPROZESS UND ZUM METHODISCHEN VORGEHEN	
59	
8 LITERATURVERZEICHNIS	60
9 ANHANG	66
A) SCHRITTE ZU ERSTELLUNG EINER SYSTEMATISCHEN LITERATURÜBERSICHT (POLIT ET AL., 2004).....	66
B) SUCHPROTOKOLL	67
C) SUCH- UND AUSWAHLPROZESS.....	73
D) ÜBERSICHT DER EINBEZOGENEN STUDIEN	74
E) BEURTEILUNG EINER QUALITATIVEN STUDIE NACH BEHRENS & LANGER (2006)	75
F) BEURTEILUNG EINER QUANTITATIVEN STUDIE NACH LOBIONDO-WOOD & HABER (2005).....	76
G) BEURTEILUNGSRASTER FÜR STUDIEN MIT DER „MIXED METHODS“ (LONG, 2005) ...	77
H) BEURTEILUNG EINER SYSTEMATISCHEN ÜBERSICHTSARBEIT ODER META-ANALYSE BEHRENS & LANGER (2004).....	80
I) ZUSAMMENFASSUNG DER AUSGEWÄHLTEN STUDIEN UND DEREN BEWERTUNG.....	81
K) STUFEN DER EVIDENZ (BEHRENS & LANGER, 2006)	104
L) SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG	105

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Percentage of day surgery procedures for gynaecology 2009 (IAAS).....	9
Abbildung 2: Orem's Selbstpflegemodell - Selbstpflegebedürfnisse und Selbst- pflegefähigkeiten im Gleichgewicht.....	17
Abbildung 3: Orem's Selbstpflegemodell - Selbstpflegedefizit.....	18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung Suchprotokoll Datenbanken	24
Tabelle 2: Zusammenfassung Suchprotokoll Journale	27

1 Einleitung

Die ambulante Chirurgie hat ihre Anfänge in den USA, mit der Eröffnung des ersten ambulanten Behandlungszentrums in den 70er Jahren. Ursächlich hierfür war die Forderung nach einer Reduktion der Gesundheitskosten. Inzwischen beträgt der Anteil ambulanter Operationen in den USA 80-85% und 70–75 % in Gross-Britannien (International Association for Ambulatory Surgery [IAAS], 2011a).

In der Schweiz begann die Entwicklung und der Ausbau der ambulanten Chirurgie erst Ende der 80er Jahre. Gemäss einer Erhebung des Verbandes schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (Die Spitäler der Schweiz, 2010) betrug das durchschnittliche Wachstum der ambulanten Behandlungstage im Zeitraum 2006-2009, 4,3% pro Jahr.

Gilliard, Eggli und Halfon (2005) gehen in ihrer Untersuchung davon aus, dass die Schweiz ein grosses Wachstumspotential hat, im ambulant chirurgischen Bereich.

Die Gründe für die starke Zunahme der ambulanten Chirurgie sind nicht nur auf der Kostenseite zu suchen. Der effektive Nutzen besteht sowohl für die Volkswirtschaft, durch kürzere Ausfalltage, als auch für die Patienten¹ (Mikos, Downes, 2005).

Die Entwicklung der ambulanten Chirurgie birgt jedoch auch gewisse Risiken, z.B. durch den limitierten Kontakt zwischen Arzt und Pflegenden mit den Patienten. Auf diese Problematik wird in den folgenden Abschnitten näher eingegangen.

1.1 Problembeschreibung

Die ambulante Chirurgie hat seit 1960 stetig zugenommen und sich zu einem wichtigen Teil des Gesundheitssystems entwickelt.

¹ Alle genderspezifischen Begriffe, welche in dieser Arbeit verwendet werden, gelten stets für beide Geschlechter.

In den USA gab es 1991 bereits 1'221 Tageskliniken und in Deutschland wurden 1981 etwa 20-25% aller Operationen der gesetzlichen Krankenversicherung ambulant durchgeführt (Brökelmann, 2012).

Wichtige Faktoren für das Wachstum der ambulanten Chirurgie waren zum Beispiel neue Technologien: Totale intravenöse Anästhesie (TIVA), Verbesserung der Endoskopiegeräte und Video-Operationen mit Vergrößerung (Brökelmann, 2012). Diese technischen Errungenschaften ermöglichten, dass bestimmte Operationen schneller und schonender durchgeführt und damit die Behandlungsdauer gesenkt werden konnte.

Ein weiterer wichtiger Faktor war die Einsparung von Kosten. Das Einsparpotential ergibt sich durch die kürzere Inanspruchnahme des Personals und der Infrastruktur, vor allem in der postoperativen Phase, da keine Nachbetreuung stattfindet (Kägi, Siegrist, Schäfli, 2003). Lemos et al. (2003) verglich in seiner Studie die Kosten für laparoskopische Eileiter-Ligation bei stationärem versus ambulantem Eingriff (24 Patientinnen) und kam auf eine durchschnittliche Einsparung bei ambulantem Eingriff von 62.4%.

1.1.1 Sicht der Gesellschaft

Der Anteil der ambulanten Operationen entwickelte sich in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich. Somit gibt es nicht nur medizinische Gründe die bestimmen ob eine Operation ambulant oder stationär durchgeführt wird, sondern auch finanzielle, versicherungstechnische und politische. Zum Beispiel liegen die Vergütungen für ambulante Eingriffe in Deutschland weit unter denjenigen der Nachbarländer (Brökelmann, 2012). Die Situation in der Schweiz ist ähnlich wie in Deutschland. Es bestehen momentan noch wenig finanzielle Anreize für eine Förderung des ambulanten Leistungsbereiches. Zudem hat in der Schweiz jeder Kanton seine eigene Spitalorganisation (Gilliard et al., 2005).

In einem 2-jährigen Pilotversuch der Tageschirurgie in Basel (1996-1997) wurden deutliche Kosteneinsparungen realisiert. Aufgrund von Einsparungen im Pflegeaufwand von 40-60%, konnte der Gesamtaufwand um 8-12% reduziert werden.

Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass mittelfristig mit einer Zunahme ambulanter endoskopischer Operationen in allen Fachbereichen zu rechnen ist (Kägi et al., 2003).

Zu den vier wichtigsten Fachgebieten, mit einem hohen Anteil an ambulant durchgeführten Operationen, zählt die Gynäkologie (IAAS, 2011a). Besonders im endoskopischen Bereich, im speziellen der Laparoskopie, gehört die Gynäkologie zu den führenden Disziplinen (Steiner, Fehr, 2005). Beispiele für weitverbreitete ambulante gynäkologische Operationen sind die Endoskopische Sterilisation, Dilatation und Kürettage des Uterus und die Zystoskopie. Es werden jedoch nicht nur einfache, kleinere Eingriffe vorgenommen, sondern auch grosse Operationen, wie die Hysterektomie wird inzwischen erfolgreich ambulant durchgeführt (Mikos, Downes, 2005).

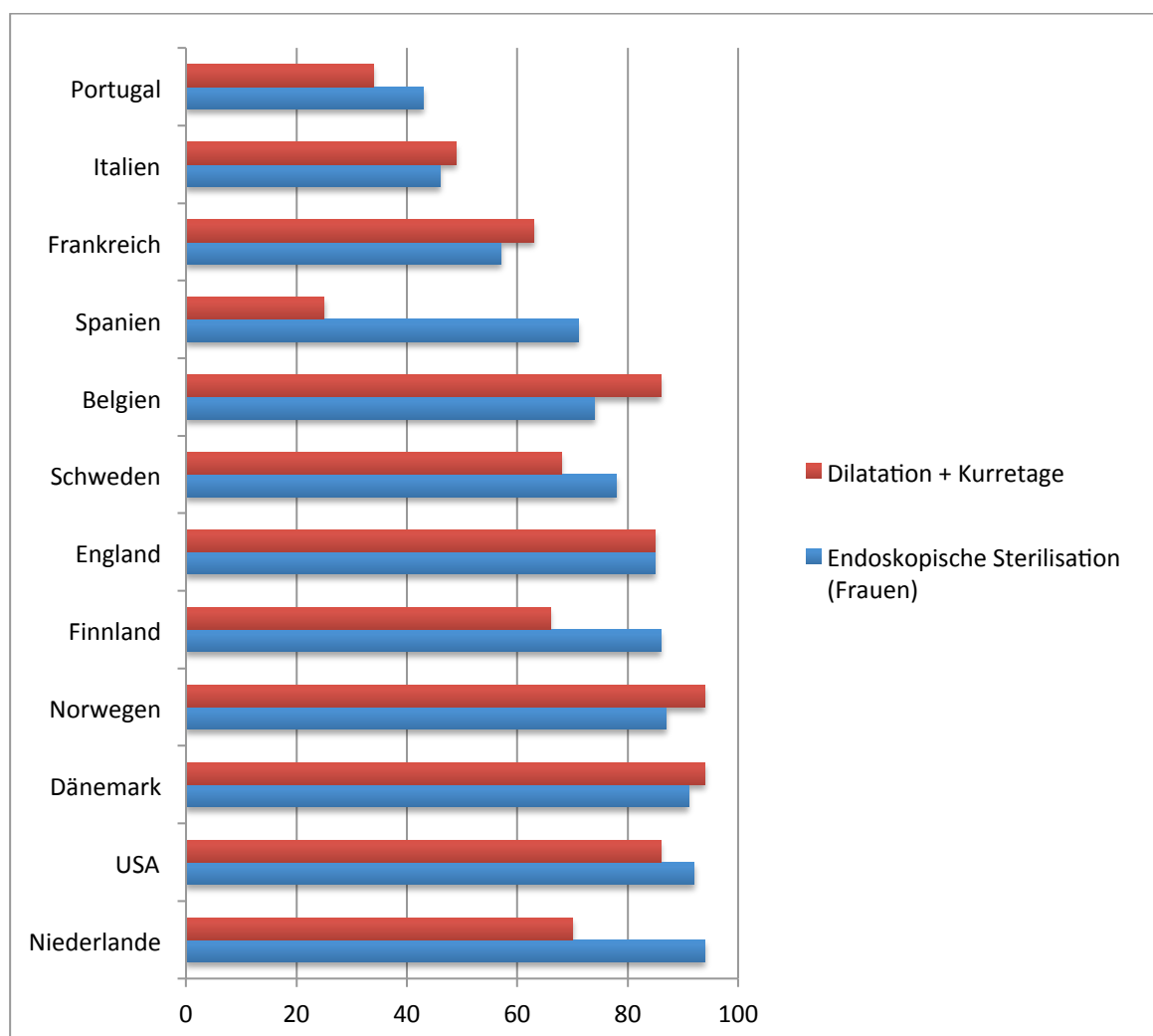


Tabelle 1: IAAS (2012): Percentage of day surgery procedures for gynaecology 2009

1.1.2 Sicht der Pflege

Mit der Verlagerung der Operationen vom stationären zum ambulanten Bereich hat sich auch der Aufgabenbereich der Pflege verändert (Mitchell, 2007). Bei der stationären chirurgischen Pflege sind die Pflegefachpersonen verantwortlich für den gesamten Versorgungsprozess mit dem Ziel, dem Patienten ein hohes Mass an gesundheitlichem Wohlbefinden, Sicherheit und Kontinuität zu gewährleisten.

Um den ganzheitlichen Heilungsprozess unterstützen und sicherstellen zu können, arbeiten die Pflegenden mit verschiedenen Pflegeinterventionen. Hierzu zählen die physiologischen Interventionen, wie z.B. Wundversorgung, Schmerzassessment, Hygienemassnahmen, Förderung der Patientenressourcen, wie auch die psychologische Betreuung des Patienten und dessen Angehörigen. Auch die sozialen und kulturellen Bedürfnisse und Gegebenheiten werden in den Pflegeprozess integriert. Die Pflegefachpersonen arbeiten zudem eng mit dem interdisziplinären Team zusammen (Bartholomeyczik, 2007).

Diese Art der Pflege hat für die ambulante Chirurgie stark an Bedeutung verloren. Für den Beziehungsaufbau und die Betreuung des ambulant operierten Patienten, sowie der Weitergabe von Informationen steht den Pflegenden nur eine beschränkte Zeit zur Verfügung. Um die Patienten bei der Wiederherstellung der körperlichen Selbständigkeit zu unterstützen, ist die Befähigung zur Selbstpflege des Patienten und/oder der Angehörigen ein wichtiges Ziel nach ambulanten Operationen. Auch Empowerment, wie z.B. die Stärkung zur Übernahme der Krankheitsbewältigungsaufgaben sind wichtiger Bestandteil der Pflege nach ambulanter Operation (Bartholomeyczik, 2007). Dies erfordert besondere Fähigkeiten von den Pflegefachpersonen, z.B. effektive Patienten- und Angehörigenschulung zum Symptommanagement, die psychologische Vorbereitung des Patienten auf die Rekonvaleszenz zu Hause und das Wissen über seine individuelle Situation, um mögliche gesundheitliche Risiken abschätzen zu können.

Die allgemeine ambulante Chirurgie ist sicher und bietet die selbe Qualität wie ein stationärer Aufenthalt. Die Inzidenzrate für Todesfälle ist sehr gering (< 1%)

und ungeplante stationäre Aufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach ambulanter Chirurgie liegen bei 0.28 % bis 1.5 % (World Health Organization [WHO], 2007). Jedoch sind Schmerzen, Nausea, Emesis, Fatigue und andere Symptome noch sehr häufig während der Rekonvaleszenz (WHO, 2007). Schmerzen und die Nebenwirkungen der Schmerzmedikamente gehören zu den häufigsten Problemen der ersten 24 Stunden nach ambulanter Operation (McMenemin, 1999). Bei gynäkologischen ambulanten Operationen liegt die Rate für leichtere medizinische Probleme nach Entlassung bei 23%, 8% müssen wegen Problemen aufgrund der Operation hospitalisiert werden (Mikos & Downes, 2005). Für die gynäkologische Laparoskopie beträgt die durchschnittliche Zeit für die Genesung 5 Tage und sie ist mit einer höheren Morbiditätsrate assoziiert. Die Inzidenzrate für postoperative Schmerzen liegt bei den gynäkologischen Patientinnen bei 26% (Mikos & Downes, 2005).

1.1.3 Sicht der Patienten und Angehörigen

Die ambulante gynäkologische Chirurgie ist bei den Patientinnen gut akzeptiert vor allem aufgrund der kürzeren Genesungszeiten (Kägi et al., 2003). Längere Krankenhausaufenthalte können sich nachteilig auf die Unabhängigkeit der Patientinnen, das Wohlbefinden und die Lebensqualität auswirken (Bartholomeyczik, 2007). Auch die Gefahr für nosokomiale Infektionen ist bei der ambulanten Chirurgie geringer (Kramer, Heeg, Botzenhart, 2001). Die Verantwortung für die Pflege der Kinder, eines kranken Partners oder der pflegebedürftigen Eltern ist ein weiterer wichtiger Grund, weshalb Patientinnen die ambulante Chirurgie bevorzugen (Mottram, 2012).

Aus den Vorteilen ergeben sich jedoch auch Nachteile, vor allem bezüglich der Nachbetreuung, welche bei ambulanten chirurgischen Eingriffen in den privaten Sektor verlagert und grösstenteils von Angehörigen oder Bekannten übernommen wird (Kägi et al., 2003). Diese fühlen sich während der Genesungszeit für den Patienten verantwortlich, sowohl im sozialen und finanziellen Bereich, sowie auch emotional (Mitchell, 2007).

Die Nachbetreuung zu Hause erfordert von den Patientinnen und ihren pflegenden Angehörigen ein hohes Mass an Kenntnissen zur Selbstpflege und Evaluation der Symptome und Heilung. Wobei die unmittelbare Unterstützung,

bzw. Verfügbarkeit von medizinischem Fachpersonal nicht vorhanden ist. Daher kann es schnell zu Überforderung und Stress bei Patienten und den betreuenden Personen kommen. Besonders wenn sie mit speziellen Situationen überfordert sind oder mit unerwarteten Problemen konfrontiert werden. Es kann zu Fehleinschätzungen bezüglich der Länge der Genesungszeit kommen oder anhaltender biophysiologischer Probleme, wie Schmerz oder Wundprobleme (Mitchell, 2007).

Die fälschliche Vorstellung mancher Patienten, dass ein ambulanter Eingriff einfach und unkompliziert sei, da man ja gleich nach Hause darf, erhöht das Risikomanagement zusätzlich (Mikos, Downes, 2005).

1.2 Fragestellung

Es ist zu erwarten, dass aufgrund zunehmendem Kostenbewusstseins die ambulante gynäkologische Chirurgie auch in der Schweiz immer mehr an Bedeutung gewinnen wird. Dies erfordert von den Pflegenden eine neue Ausrichtung des Austritts- und Genesungsmanagements nach Operationen. Erste Schritte, um den erforderlichen Anpassungen gerecht zu werden, sind deshalb, evidenzbasiertes Wissen über die Sicht und Bedürfnisse der Patientinnen zu gewinnen. Hieraus ergibt sich der Zweck dieser Bachelorthesis, Wissen und Verständnis, über die spezielle Situation und die krankheitsbedingten Bedürfnisse der Patientinnen nach einer ambulanten Operation zu bekommen. Somit ergibt sich für die Bachelorthesis die folgende Frage:

Welche spezifischen Bedürfnisse haben Frauen nach der Entlassung aus der ambulanten Tageschirurgie nach einem gynäkologischen Eingriff?

1.3 Ziele und Absichten

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, eine evidenzbasierte Antwort auf die oben genannte Fragestellung zu bekommen. Dafür werden passende Studien bezüglich ihrer Qualität beurteilt. Die Ergebnisse aus den Studien werden in einer systematischen Literaturübersicht zusammengefasst.

Die identifizierten krankheitsbedingten Bedürfnisse werden bewertet und mit der Theorie in Verbindung gebracht. Ein weiteres Ziel ist es, Empfehlungen für die

Pflegepraxis abzuleiten, die zur Verbesserung der Pflegequalität beitragen können.

2 Theoretischer Rahmen

Zu Beginn werden einige Begriffe definiert, die zur Konkretisierung der Fragestellung notwendig sind. Der in dieser Literaturübersicht verwendete theoretische Rahmen basiert auf einem Teilbereich des Selbstpflegemodells von Orem. Dieser bietet Hilfestellung zur Bearbeitung der oben genannten Fragestellung.

2.1 Begriffserklärungen

ambulantes Operieren:

Synonyme: Tageschirurgie

Eine Operation (oder Eingriff), bei der die Patienten am selben Tag aufgenommen und entlassen werden.

Die ambulanten chirurgischen Eingriffe/Prozeduren sind größtenteils elektive Eingriffe, wobei jedoch entsprechend ausgewählte akute chirurgische Eingriffe, einschließlich Traumata, auch in ambulanten Operationszentren/-einheiten durchgeführt werden können (IAAS, 2011b).

Ambulante Tageschirurgie/Teilhospitalisation oder teilstationäre Pflege-/Tageshospitalisation):

Diese Art der Kostenübernahme wird vom KVG (Art. 25 lit. a und f, Art. 35 lit. i, Art. 49 Abs. 5) als an einen Aufenthalt in einer anerkannten Einrichtung gebunden betrachtet, die "teilstationäre Pflegeleistungen erbringt", die in den Bereich des ambulanten Pflegesektors fallen. Für solche Aufenthalte, die immer längstens 24 Stunden dauern, ist eine Spitalinfrastruktur erforderlich. Sie werden häufig als Tageshospitalisation bezeichnet (Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte, 2011).

Bedürfnis definiert nach den krankheitsbedingten Selbstpfleegerfordernissen (Orem, 1997):

Selbstpfleegerfordernisse, die entstehen aufgrund von Ereignissen, die die menschliche Gesundheit verändern oder beeinflussen. Dazu zählen Krankheit

(akut oder chronisch), Verletzung, Behinderung und medizinische Diagnostik/Behandlung (Cavanagh, 1997; Orem, 1997). Nach einer ambulanten Operation können die folgenden zusätzlichen Anforderungen an die betreffende Person entstehen:

- Inanspruchnahme und Sichern einer geeigneten medizinischen Unterstützung bei bestehenden oder entstehenden Gesundheitsstörungen
- Effektive und wirksame Ausführung von notwendigen Massnahmen (diagnostisch, therapeutisch, rehabilitativ), wie z.B. Wundpflege
- Das beobachten und bewerten von Symptomen und den Auswirkungen der medizinischen Behandlung
- Sich informieren und in die betroffene Störung Einblick gewinnen
- Den Lebensstil und das Selbstkonzept an die gegenwärtige Situation anpassen lernen, Hilfe annehmen und die gegenwärtige Situation wirksam bewältigen können

(Cavanagh, 1997; Orem, 1997)

Für die Untersuchung der oben genannten spezifischen Bedürfnisse nach ambulanter Operation bietet sich das Selbstpflegemodell von Dorothea Orem an. Mit Hilfe dieses Modells können durch Krankheit entstandene, situationsspezifische Selbstpflegetherfordernisse und Selbstpflegedefizite von Patienten und Angehörigen erforscht werden.

2.2 Selbstpflegemodell nach Dorothea Orem

Durch gesundheitliche Einschränkungen, wie Krankheit oder Behinderung, entstehen zum Teil neue oder es verändern sich bereits bestehende Selbstpflegetherfordernisse. Dies ist auch bei ambulant durchgeführten Operationen der Fall. Es ist deshalb unumgänglich, dass Patienten und ihre pflegenden Angehörigen Verantwortung übernehmen und sich aktiv an der postoperativen Pflege beteiligen. Die aktive Selbstbeteiligung ist vor allem für die Genesungszeit zu Hause notwendig, um ein optimales Therapieergebnis zu erreichen. Voraussetzung für diese gewonnene Autonomie für Patient und pflegende Angehörigen ist die Aneignung der dafür notwendigen Kompetenzen

z. B. im Umgang mit postoperativen Symptomen, speziellen Massnahmen und Techniken, wie z.B. Wundversorgung und Schmerzmanagement. Für die Untersuchung dieser komplexen Situation mit unterschiedlichen Anforderungen an die Patienten bietet sich das Selbstpflegemodell von Dorothea Orem an. Mit Hilfe dieses Modells können z.B. situationsspezifische (z.B. bei Krankheit) Selbstpflegekompetenz und Selbstpflegedefizit von Patienten und Angehörigen erforscht und die Effektivität von Pflegeinterventionen untersucht werden. Damit könnte das Selbstmanagement der Betroffenen gezielt gefördert und unterstützt und ihre Handlungsfähigkeit verbessert werden (Bekel, Panfil, Scupin, 2005).

Das Selbstpflegemodell wurde von Dorothea Orem (1914–2007) in den sechziger Jahren in den USA entwickelt. Sie gilt als Pionierin der Pflegewissenschaft. Denn zu dieser Zeit beruhten die meisten Ausbildungsprogramme in der Krankenpflege auf Modellen anderer wissenschaftlicher Disziplinen, z.B. aus der Medizin oder Soziologie. Orem hielt es für erforderlich, die Krankenpflege als eigenständige Kunst und Wissenschaft von den anderen Disziplinen abzugrenzen (Fawcett, 1996). Inzwischen wurde das Modell weiterentwickelt und überarbeitet. Es ist auch in Europa, vor allem in den Niederlanden weit verbreitet (Cavanagh, 1997).

Orems Selbstpflegemodell, wird manchmal auch als *Selbstpflegedefizit-Theorie* oder *Selbstpflegetheorie* bezeichnet. Es besteht aus den drei Theorien:

- Theorie der Selbstpflege
- Theorie des Selbstpflegedefizit
- Theorie des Pflegesystem

Selbstpflege beruht auf einer Reihe von menschlichen Handlungen, die von einer Person absichtlich und bewusst für sich selbst oder von einer anderen Person durchgeführt werden (Dependenzpflege). Diese dienen der Aufrechterhaltung der Gesundheit, des Wohlergehens und der Lebenserhaltung einer Person. Um selbstpflegend handeln zu können, muss eine Person über zehn Kompetenzen verfügen, z.B. „...der Fähigkeit, hinsichtlich der eigenen Pflege Entscheidungen zu treffen und umzusetzen...“ (Cavanagh, 1997, S. 37).

Orem (Cavanagh, 1997) definierte zehn Fähigkeitskomponenten, die das Potential einer Person, selbstpflegerisch tätig zu werden, beeinflussen. Dies sind zum Beispiel

- Fähigkeit seine verfügbare Energie kontrolliert einzusetzen für selbstpflegerische Massnahmen
- Fähigkeit sich erforderliches Wissen anzueignen und dieses umzusetzen
- Fähigkeit rational zu reflektieren innerhalb des selbstpflegerischen Bezugsrahmens

Auf die Fähigkeit zur Selbstpflege wirken grundlegende Einflussfaktoren, wie z.B. Alter, Geschlecht, gesundheitlicher Zustand, soziokultureller Hintergrund, familiensystemische Faktoren, Umweltbedingungen, Verfügbarkeit und Angemessenheit von Ressourcen (Fawcett, 1996).

Selbst- und Dependenzpflege muss gelernt werden, im Falle der ambulant operierten Patienten, z.B. durch zielgerichtete Patientenschulungen (Cavanagh, 1997).

Die Selbstpflege stellt das Gerüst des Modells dar: die Handlungen und Verhaltensweisen, die notwendig sind, damit ein Mensch gesund bleibt, und sich wohl fühlt. Die Voraussetzungen, bzw. die Bedürfnisse, die erfüllt werden sollen, nennt Orem Selbstpflegetherfordernisse.

Selbstpflegetherfordernisse sind selbstpflegerische Handlungen, die für die menschliche Entwicklung und Funktionalität von Bedeutung sind. Sie begründen sich aus den anatomischen und funktionalen Merkmalen einer Person.

Selbstpflegetherfordernisse, die durch Krankheit (akut oder chronisch), Verletzung oder ärztlicher Diagnose/Behandlung entstehen, werden als krankheitsbedingte Erfordernisse bezeichnet. Hierzu zählen z.B. die Symptomüberwachung oder eine Wundbeobachtung (siehe auch Definition 1.4.1 Bedürfnis). Hier lassen sich zwei Kategorien unterscheiden. Die erste Kategorie entsteht direkt durch Krankheit, Verletzung oder Behinderung, die zweite durch ärztliche Behandlung oder Diagnose (Fawcett, 1996).

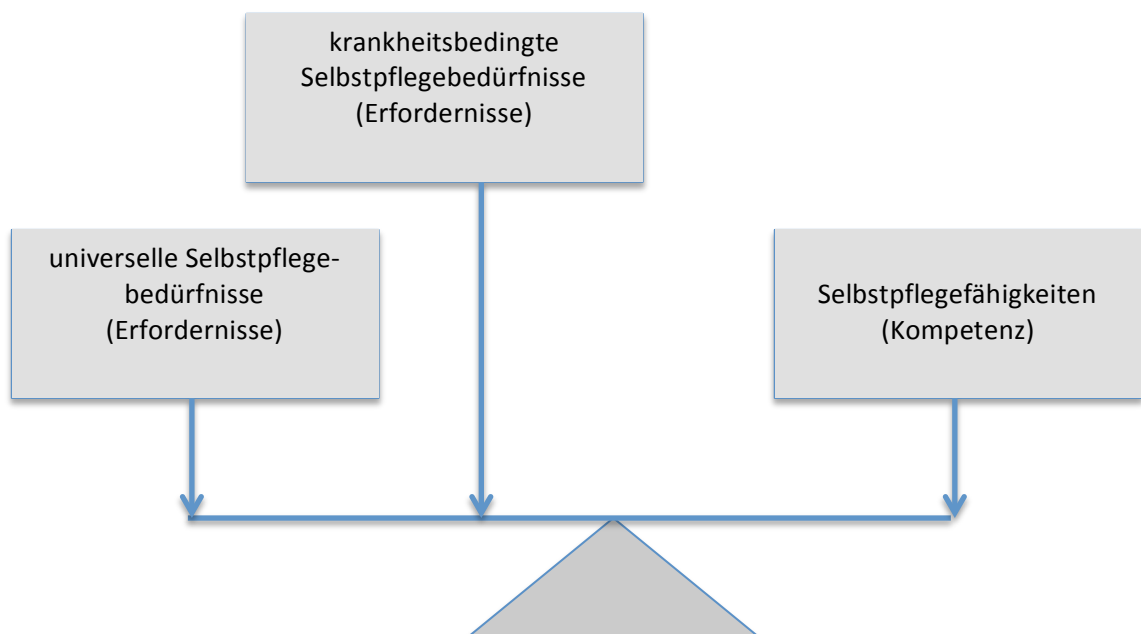
Dieses Konzept sieht vor, dass sich im Falle einer Erkrankung die betroffene Person professionelle Unterstützung sucht, wenn sie selbst nicht in der Lage ist

ihre Selbstpflegebedürfnisse angemessen zu befriedigen. Selbstpflegeerfordernisse sind wichtiger Bestandteil bei der Einschätzung des Patienten (Cavanagh, 1997).

Neben den krankheitsbedingten Erfordernissen gibt es die acht universellen Selbstpfleegerfordernisse, die allen Menschen gemeinsam sind. Auf diese und die dritte Gruppe der entwicklungsbedingten Erfordernisse wird im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen.

Die Selbstpflege im Falle von Patienten nach ambulanten Operationen kann als ein Ausbalancieren von mehreren Faktoren gesehen werden. Einerseits müssen Selbstpflegebedürfnisse erfüllt werden. Andererseits muss die betreffende Person die dafür notwendigen Fähigkeiten besitzen. Im Falle der spezifischen Situation nach einer Operation, entstehen zu den universellen Bedürfnissen zusätzlich noch krankheitsbedingte (z.B. Wundversorgung). Zur Veranschaulichung dieses Aspektes wird die Waage herangezogen (siehe Abbildung 2).

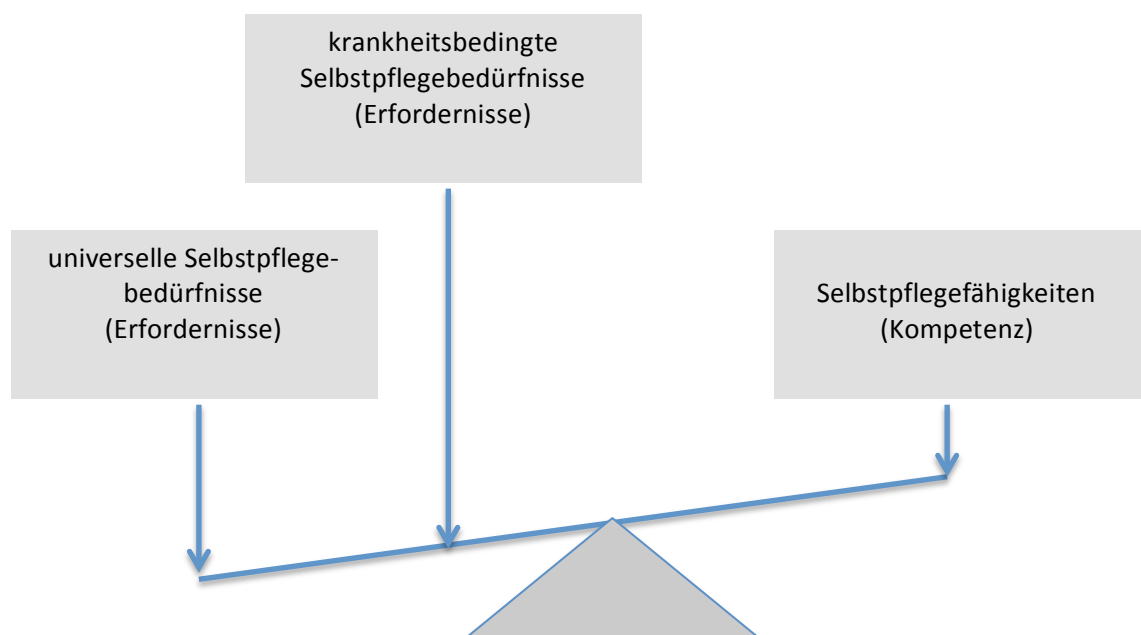
Abbildung 2: Orem's Selbstpflegemodell: Person, deren Gesundheitszustand verschlechtert ist, die jedoch in der Lage ist, ihren universellen und krankheitsbedingten Selbstpflegebedürfnissen gerecht zu werden. (Cavanagh, 1997, S. 32)



Selbstpflegedefizit besteht dann, wenn sich eine Person, z.B. durch gesundheitliche Einschränkungen, nicht in allen Bereichen selbst pflegen kann und wenn durch den Gesundheitszustand zusätzliche Anforderungen an die erkrankte Person entstehen. In diesem Fall besteht ein Ungleichgewicht zwischen den Selbstpflegeerfordernissen und den Selbstpflegefähigkeiten (siehe Abbildung 3). Zudem besitzen Menschen unterschiedliche Kompetenzen bezüglich der Bewältigung von Selbstpflegetätigkeiten. Oft ist die betreffende Person dann auf Hilfe angewiesen, um die erhöhten Anforderungen ihres Selbstpflegebedarfs zu decken. Diese kann z. B. von Familienangehörigen oder Freunden kommen.

Das Konzept der Selbstpflegedefizite stellt eine Möglichkeit dar, das Verhältnis zwischen den Handlungsmöglichkeiten von Menschen und den an sie gerichteten Anforderungen in der eigenen Pflege zu beschreiben. Das Defizit stellt das Ungleichgewicht dar, zwischen den jeweiligen Anforderungen (Selbstpflegebedarf) und den individuellen Fähigkeiten (Selbstpflege-Handlungskompetenz) (Cavanagh, 1997).

Abbildung 3: Orem's Selbstpflegemodell: Person, dessen Gesundheitszustand verschlechtert ist, die jedoch nicht mehr in der Lage ist, ihren universellen und krankheitsbedingten Selbstpflegebedürfnissen nachzukommen. (Cavanagh, 1997, S.33).



Pflegesystem: gem. Orem sollte nur so viel Pflege gegeben werden, wie erforderlich ist. Um Defizite bei der Selbstpflege einschätzen zu können, ist es wichtig, die Selbstpflegekompetenz genau zu analysieren und mit dem Selbstpflegebedarf zu vergleichen. Daraufhin sollte eines der drei, von Orem definierten, Pflegesysteme ausgewählt werden (Fawcett, 1996):

- vollständig kompensatorische: für Personen, die nicht zu bewussten Pflegehandlungen fähig sind und daher die Pflegekraft für sie handeln muss. Zum Beispiel umfassende pflegerische Versorgung einer Person oder für den Patienten urteilen und entscheiden
- partiell kompensatorische: die betroffenen Personen können einige Pflegehandlungen selbst ausführen, jedoch nicht alle
z.B. Kompensation von eingeschränkten Fähigkeiten, Patienten bei Bedarf unterstützen
- unterstützend-edukative: die betroffenen Personen brauchen lediglich Unterstützung, Anleitung oder Schulung. Sie können jedoch alle pflegerischen Handlungen selbst ausführen.
z.B. Patienten beim Lernen unterstützen, sie anleiten, unterrichten

Die Auswahl des Pflegesystems wird bestimmt, durch die Antwort auf die Frage, wer selbstpflegerische Massnahmen ausführen kann und welche Rolle die betroffene Person bei der Selbstpflege übernehmen kann und sollte. Die Pflegesysteme sollten dynamisch sein. Es kann sein, dass ein Patient mit Verbesserung seines Gesundheitszustandes von einem anfänglich vollständig kompensatorischen in ein partiell kompensatorisches Pflegesystem überwechselt.

Weitere zentrale Konzepte von Orems Selbstpflegemodell sind der therapeutische Selbstpflegebedarf und die Pflege-Handlungskompetenz:

Therapeutischer Selbstpflegebedarf umfasst alle selbstpflegerischen Handlungen, die über einen gewissen Zeitraum durchgeführt werden. Sie dienen der Erfüllung der Selbstpflegeerfordernisse, die durch die individuellen Beschwerden und Lebensumstände entstanden sind. Der therapeutische Selbstpflegebedarf ist im Laufe des Lebens beträchtlichen Schwankungen unterworfen (Fawcett, 1996).

Pflege-Handlungskompetenz ist gem. Orem die komplexe Eigenschaft von Pflegekräften den therapeutischen Selbstpflegebedarf anderer zu erkennen. Das Ziel der Pflege ist es, der betreffenden Person dabei zu helfen, die therapeutische Selbstpflege auszuüben und ihre Selbstpflege-Handlungskompetenz weiter zu entwickeln. Zudem werden die Angehörigen darin unterstützt, Kompetenz zu entwickeln in der Betreuung der betreffenden Person, damit sie die Versorgung selbstständig durchführen können (Fawcett, 1996).

Einschätzung des Modells / Kritik

Orem geht davon aus, dass ein gesunder Mensch sich selbst pflegt und weiss, wann er Hilfe benötigt. Er kann sich die entsprechenden Informationen besorgen, bzw. versteht diese wenn er sie erhält. Er ist auch bereit diesen Informationen entsprechend zu handeln. Es gibt jedoch Menschen, die diesen Erfordernissen nicht gerecht werden, da sie sich unbewusst oder irrational verhalten. Auch bezüglich Hilfe anfordern bei einem Selbstpflegedefizit vertritt Orem eine eher rationale Sichtweise. Es gibt jedoch Menschen, die aus einer Vielzahl von Gründen sich dagegen entscheiden Hilfe in Anspruch zu nehmen, z.B. aufgrund der Kosten (Cavanagh, 1997).

Die Anwendung des Selbstpflegemodells von Dorothea Orem kann in der patientenorientierten Pflege für die Planung und Durchführung von grossem Nutzen sein, welche schon vielfach belegt wurde. Das Modell wird in unterschiedlichsten stationären, als auch in ambulanten Umgebungen eingesetzt. Pflege nach ambulanten Eingriffen basierend auf dem Selbstpflegemodell wurde beschrieben für kleinere Wahleingriffe, Hysterektomie und andere (Fawcett, 1996).

Das Selbstpflegemodell, im speziellen die Theorie der krankheitsbedingten Selbstpflegeerfordernisse, eignen sich somit gut, um die spezifischen Bedürfnisse von Frauen nach ambulanter gynäkologischer Operation besser zu verstehen. Die krankheitsbedingten Selbstpflegeerfordernisse werden im folgenden für die Diskussion der Ergebnisse und für die Empfehlungen für die Pflegepraxis angewandt.

3 Methodologie

Da es zum gewählten Themenbereich bereits einige Studien gibt, wird die Forschungsfrage mit Hilfe einer systematischen Literaturübersicht bearbeitet. Gemäss Behrens und Langer (2010) gehören die systematischen Übersichtsarbeiten zu den sekundären Publikationen, da sie Daten von primären Forschungsarbeiten zusammenfassen und analysieren. Für eine evidenz-basierte Gesundheits- und Pflegeversorgung ist die systematische Literaturübersicht von hoher Bedeutung. Damit können die Erkenntnisse einen methodisch angemessenen Eingang in eine evidenz-basierte Gesundheits- und Pflegeversorgung finden. Interessierte können sich somit einen schnellen Überblick über Forschungsstand und Ergebnisse zu einem Praxisproblem verschaffen (Hasseler, 2007).

Das Ziel der vorliegenden systematischen Literaturübersicht besteht im finden und beurteilen bereits vorhandener Studien zu oben genannter Fragestellung. Diese werden nach bestimmten Kriterien recherchiert und nach Qualität und Relevanz ausgewählt und bewertet. Damit ist die Systematik und Nachvollziehbarkeit der Literaturrecherche gesichert. In den nachfolgenden Abschnitten wird die Vorgehensweise näher beschrieben.

3.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte nach dem Schema von Polit et al. (2004) (Anhang A). Vorab wurde die Problematik im Internet und in Fachbüchern recherchiert, um einen Überblick zu bekommen. Nachdem die Fragestellung formuliert war, wurden die Suchbegriffe und die Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Die Datenbankquellen wurden auf Fachmagazine ausgeweitet, um eine ausreichende Anzahl von Studien zu erhalten. Das Ziel war es, mindestens zehn relevante Studien zu erhalten. Nach Überprüfung der Relevanz und Qualität wurden die Studien für die systematische Literaturübersicht ausgewählt (Übersichtstabelle C im Anhang).

3.2 Design

Die systematische Literaturübersicht beinhaltet überwiegend quantitative Studien (8 Studien) mit nicht-experimentellem und nicht-randomisiertem Design. Zusätzlich wurden in die Literaturübersicht eine qualitative Studie, eine Studie mit mixed method design und zwei systematische Literaturübersichten mit einbezogen (Übersichtstabelle D im Anhang). Die beiden systematischen Literaturübersichten wurden einbezogen, da sie einen wichtigen Teilbereich, die Problematik des Symptommanagements, untersuchten.

3.3 Datenbanken

Zur Bearbeitung der Fragestellung wurden die Datenbanken CINAHL (EBSCOhost Industries), Cochrane (The Cochrane Collaboration), PubMed (U.S. National Library of Medicine) und diverse Fachzeitschriften (Journal of Advanced Nursing, Ambulatory Surgery, Journal of Clinical Anesthesia) durchsucht. Eine erste Suche zur Eingrenzung des Themengebietes erfolgte im April und Mai 2011. Die eigentliche Recherche zur konkreten Fragestellung fand von Januar 2012 bis Mai 2012 statt.

3.4 Suchbegriffe

Die Datenbanken wurden mit den folgenden Begriffen und deren Kombinationen durchsucht: „Gynecologic Surgical Procedures (Medical Subheadings [MeSH])“, „Ambulatory Surgical Procedures (MeSH)“, „day surgery“, „ambulatory surgery“, „gyn*“, „ambulatory gynaecology“, „needs“, „support“, „assistance“, „demand“, „requirement“, „postdischarge“, „discharge“, „recovery“, „postoperative“. Die systematische Darstellung mit den genannten Begriffen und Kombinationen ist im Suchprotokolls (Anhang B) ersichtlich .

3.5 Ein- und Ausschlusskriterien

Die gefundenen Studien wurden nach folgenden Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt:

- Es wurden Studien ausgewählt ab 2000 (Datum der Veröffentlichung)

- Nur Studien mit ambulantem Setting und gynäkologischer Operation oder diagnostischem Eingriff wurden berücksichtigt, d.h. die Patientinnen wurden am selben Tag, wenige Stunden nach Operation nach Hause entlassen. Bei Studien die allgemein Patienten nach ambulanter Operation untersuchten, musste ersichtlich sein, dass auch Patientinnen aus der Gynäkologie in die Studie einbezogen waren. Falls in diesen Fällen die Ergebnisse der gynäkologischen Patientinnen separat aufgelistet waren, wurden nur diese in der Literaturübersicht berücksichtigt
- Erwachsene Patientinnen (ab 18 Jahren, keine obere Beschränkung)
- Die Untersuchung der Rekonvaleszenz musste alleiniger oder wichtiger Teilbereich der Untersuchung sein
- Onkologische Patientinnen wurden ausgeschlossen, da sie aufgrund ihrer lebensbedrohlichen Erkrankung während der Genesungszeit zusätzlichen psychologischen Belastungen ausgesetzt sind
- Das Studiendesign wurde nicht eingeschränkt, da für die Untersuchung von Bedürfnissen sowohl quantitative, als auch qualitative Studien verwendet werden konnten
- Interventionsstudien wurden nicht berücksichtigt, da sie das Ergebnis verfälschen könnten

Eine Zusammenfassung des Suchprotokolls ist auf den folgenden Seiten ersichtlich.

Zusammenfassung Suchprotokoll Datenbanken									
Suchbegriffe	Cochrane		Cinahl			Pubmed		total verwendete Studien	total verwendete Studien
	total	verwendete Studien	total (2)	verwendete Studien	total (3)	verwendete Studien	total		
1) AND needs (Suchwörter für Cinahl: 2) AND needs 3) AND needs)	10 Studien 36 reviews	0	3	1 Gilmartin (2007)	4	1 Gilmartin (2007)	32	3 Gilmartin (2007) Horvath (2003) Markovic et al.(2002)	3
1) AND support (Suchwörter für Cinahl: 2) AND support 3) AND support)	17 Studien 36 reviews	0	4	1 Markovic et al. (2002)	4	1 Markovic et al.(2002)	43	1 Markovic et al.(2002)	1
1) AND assistance (Suchwörter für Cinahl: 2) AND assistance 3) AND assistance)	15 reviews	0	1	1 Horvath (2003)	1	1 Horvath (2003)	5	1 Horvath (2003)	1
1) AND demand (Suchwörter für Cinahl: 2) AND demand 3) AND demand)	8 reviews	0	0	0	0	0	0	0	0

Fortsetzung Zusammenfassung Suchprotokoll Datenbanken										
Suchbegriffe	Cochrane		Cinahl					Pubmed		
	total	verwendete Studien	total (2)	verwendete Studien	total (3)	verwendete Studien	total	verwendete Studien	total	verwendete Studien
1) AND requirements (Suchwörter für Cinahl: 2) AND requirements 3) AND requirements)	22 Studien 10 reviews	0	4	1 Pfisterer et al. (2001)	1	1 Pfisterer et al. (2001)	12	0	12	1
1) AND recovery (Suchwörter für Cinahl: 2) AND recovery 3) AND recovery)	24 Studien 26 reviews	0	20	6 Bandyopadhyay et al. (2007) Carvalho et al. (2002) Cox & O'Connell (2003) Horvath (2003) Markovic et al. (2002) Gilmartin (2007)	12	4 Bandyopadhyay et al. (2007) Cox & O'Connell (2003) Gilmartin (2007) Markovic et al. (2002)	36	2 Gilmartin (2007) Horvath (2003)	6	
Gynecologic Surgical Procedures [MESH] AND postdischarge (Suchwörter für Cinahl: (ambulatory surgery OR day surgery) AND postdischarge)	-	-	19	4 Fetzer (2005) Marley (2001) Odom-Forren (2005) Wu (2002)	5	0	32	4 Fetzer (2005) Marley (2001) Mattila (2005) Wu (2002)	5	
1) AND discharge	-	-	-	-	-	-	39	2 Gilmartin (2007) Markovic et al. (2002)	2	

Fortsetzung Zusammenfassung Suchprotokoll Datenbanken									
Suchbegriffe	Cochrane		Cinahl		verwendete Studien			Pubmed	
	total	verwendete	total (2)	verwendete Studien	total (3)	verwendete Studien	total	verwendete Studien	total verwendet
2) AND Majorheading ⁴ 3) AND Majorheading ⁴	-	-	39	6 Bandyopadhyay et al (2007) Cox & O'Connell (2003) Gilmartin (2007) Good (2000) Markovic et al. (2002) Pfisterer et al. (2001)	20	6 Bandyopadhyay et al. (2007) Cox & O'Connell (2003) Gilmartin (2007) Good (2000) Markovic et al. (2002) Pfisterer (2001)	-	-	6
Gynecologic Surgical Procedures [MESH] AND Ambulatory Surgery AND postoperative	-	-	-	-	-	-	120	3 Gilmartin (2007) Horvath (2003) Lovatsis et al. (2007)	3
1) Gynecologic Surgical Procedures [MESH] AND Ambulatory Surgical Procedures [MESH] 2) ambulatory surgery AND gyn* 3) day surgery AND gyn* ⁴ Majorheading: Ambulatory Surgery, Surgery, gynecologic postoperative complications									

Zusammenfassung Suchprotokoll Journale							
Suchbegriffe	J.of Advanced Nursing		Ambulatory Surgery		Journal of Clinical Anesthesia		total verwendet
	total	verwendete Studien	total	verwendete Studien	total	verwendete Studien	
1) AND needs	-	-	66	4 Cox & O'Connell (2003) Jakobsen et al. (2003) Odom-Forren&Moser (2005) Pfisterer et al. (2001)	93 (day surg.) 42 (ambul. surg.)	1 Lemos et al. (2008)	5
1) AND support	-	-	21	1 Cox & O'Connell (2003)	75 (day surg.) 23 (amb surg.)	0	1
1) AND assistance	-	-	9	3 Cox & O'Connell (2003) Odom-Forren&Moser (2005) Pfisterer et al. (2001)	32 (day surg.) 14 (amb. surg.)	0	3
1) AND demand	-	-	10	0	24 (day surg.) 13 (amb.surg.)	Lemos et al. (2008)	1
1) AND requirements	-	-	23	1 Pfisterer et al. (2001)	72 (day surg.) 42 (amb. surg.)	Lemos et al. (2008)	2
1) AND recovery (J. of advanced Nursing ohne ambulatory surgery)	117	1 Coll et al. (2003)	79	4 Cox & O'Connell (2003) Jakobsen et al. (2003) Odom-Forren&Moser (2005) Pfisterer et al. (2001)	105 (day surg.) 55 (amb. surg.)	2 Lemos et al. (2008) Pavlin et al. (2004)	6

Fortsetzung Zusammenfassung Suchprotokoll Journale						
Suchbegriffe	J. of Advanced Nursing		Ambulatory Surgery		Journal of Clinical Anesthesia	
	total	verwendete Studien	total	verwendete Studien	total	verwendete Studien
1) AND Limit topics: Ambulatory Surgery Day Surgery Gynecological surgery	-	-	53	1 Cox & O'Connell (2003)		1
1) AND Limit topics: Ambulatory Surgery Day Surgery ² post operativ laparoskopische Sterilization ² ² nicht für J. of Clinical	-	-	64	3 Cox & O'Connell (2003) Jakobsen et al. (2003) Odom-Forren & Moser (2005)	20 (ambulatory surgery) 28 (day surgery)	4
(Ambulatory Surgery OR day surgery) AND gyn* AND discharge		-	-		59 (ambulatory surgery) 39 (day surgery)	2 Lemos et al. (2008) Pavlin et al. (2004)
(Ambulatory Surgery AND gyn*)	32	1 Coll et al. (2004)	0			
1 (ambulatory surgery OR day surgery) AND gyn*						

3.6 Rechercheergebnisse und Ausschlussverfahren

Mit den genannten Suchbegriffen konnten systematische Literaturübersichten und Studien gefunden werden. Die erste Beurteilung der Relevanz anhand der Abstracts ergab 27 Studien für die nähere Auswahl. Nach Ausschluss der Duplikate blieben 16 Studien und zwei Literaturübersichten übrig. Eine Studie (Good, 2000) wurde ausgeschlossen, da ambulante Chirurgie nur am Rande untersucht wurde. Vier Studien (Pfisterer et al., 2001; Carvalho et al., 2002; Fetzner et al., 2005; Wu et al., 2002) waren in den Literaturübersichten enthalten und wurden deshalb ausgeschlossen. Der Übersichtsartikel wurde aufgrund der niedrigen Evidenzstufe nicht einbezogen. Somit blieben zehn Studien und zwei Literaturübersichten die nach den unten genannten Kriterien (Kapitel 2.7) beurteilt wurden.

Nach der kritischen Beurteilung erreichten alle 12 näher ausgewählte Studien und Literaturübersichten die erforderliche Punktzahl und konnten damit in die systematische Literaturübersicht einbezogen werden. Von den ausgewählten Studien sind drei aus Australien, zwei aus den USA und eine aus Kanada. Vier Studien sind aus dem europäischen Raum. Weder deutsche noch schweizer Studien konnten gefunden werden. Dies könnte daran liegen, dass in diesen beiden Ländern die ambulante Chirurgie noch nicht soweit verbreitet ist.

Die Zusammenfassungen der ausgewählten Studien mit der Gesamtpunktzahl aus der kritischen Bewertung befinden sich im Anhang (I).

3.7 Kritische Beurteilung

Die Qualität der Studien wurde nach folgenden Richtlinien beurteilt:

- Quantitative Studien wurden nach den „Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen“ von LoBiondo-Wood und Haber (2005) (siehe Anhang F) beurteilt. Das Raster enthält 14 Kriterien. Für jedes erfüllte Kriterium wurde ein Punkt vergeben. Die Studien wurden einbezogen, wenn sie mindestens 65% der Punktzahl erreichten, also mindestens 9.5 Punkte von 14.
- Die qualitative Studie wurde nach dem Qualitätsraster „Beurteilung einer qualitativen Studie“ nach Behrens & Langer (2006) (siehe Anhang E)

beurteilt. Das Raster enthält 12 Kriterien zur Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit. Mithilfe des Punktsystems wurde für jede mit Ja beantwortete Frage ein Punkt vergeben. Die Studie wurde einbezogen, da über 2/3 (mindestens 8 Punkte) der Gesamtpunktzahl von 12 erreicht wurden.

- Die Mixed Method Studie wurde mit dem Beurteilungsraster von Long (2005) (siehe Anhang G) kritisch beurteilt. Dieses Raster enthält 7 Hauptkriterien mit Unterkriterien. Für die Kriterien 1, 3, 4, 6 und 7 wurde maximal 1 Punkt vergeben. Die Kriterien 2 und 5 erhielten maximal 4 und 5 Punkte. Dies ergibt eine Gesamtpunktzahl von 14. Die Studie wurde einbezogen, da sie über 2/3 der von 14, also mehr als 9.5 Punkte erreichte.
- systematische Literaturübersichten wurden nach dem „Beurteilungsraster für systematische Literaturübersichten“ von Behrens & Langer (2004) bewertet (siehe Anhang H). Das Raster enthält 12 Kriterien zur Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit. Für jedes erfüllte Kriterium wurde ein Punkt vergeben. Die Literaturübersicht wurde einbezogen, wenn 2/3 (mindestens 8 Punkte) der Gesamtpunktezahl von 12 erreicht wurde.

3.8 Ethische Aspekte

Die Durchführung von Forschungsprojekten mit Menschen erfordert gewisse ethische und rechtliche Richtlinien, die dem Schutz der Untersuchungsteilnehmer dienen. Alle Personen, die an einem Forschungsprojekt beteiligt sind, sind deshalb verpflichtet bei der Durchführung von Forschungsarbeiten die ethischen und rechtlichen Prinzipien einzuhalten. Damit eine Studie die Genehmigung für eine Durchführung erhält, müssen die folgenden fünf Rechte berücksichtigt sein (LoBiondo-Wood, Haber, 2005):

- Recht auf Selbstbestimmung
- Recht auf Achtung der Privatsphäre und der Menschenwürde
- Recht auf Anonymität und Vertraulichkeit
- Recht auf faire Behandlung
- Recht auf Schutz vor Schmerzen und Schäden.

Die in dieser systematischen Literaturübersicht berücksichtigten Studien wurden auf die Einhaltung der ethischen Richtlinien überprüft. Bei zwei Studien und bei den beiden Literaturübersichten wurden keine näheren Angaben über die Einhaltung ethischer Richtlinien gemacht. Jedoch wird bei Forschungsberichten selten ausführlich über die Einhaltung ethischer Prinzipien informiert, da der Raum für Informationen in den Fachmagazinen stark beschränkt ist. Es folgt somit nicht notwendigerweise, dass der Schutz der Teilnehmer nicht gewährleistet war, wenn nicht explizit darüber berichtet wurde (LoBiondo-Wood, Haber, 2005). Aus diesem Grund wurden alle 12 Studien in die Literaturübersicht einbezogen.

4 Ergebnisse

In die systematische Literaturübersicht wurden die Ergebnisse von zehn Studien und zwei Literaturübersichten integriert. Von den ausgewählten Studien sind drei aus Australien (Bandyopadhyay, Markovic, Manderson, 2007; Cox & O'Connell, 2003; Markovic, Bandyopadhyay, Trang, 2002), zwei aus den USA (Horvath, 2003; Pavlin, Chen, Penaloza, Buckley, 2004) und eine aus Kanada (Lovatsis, José, Tufman, Drutz, Murphy, 2007). Vier Studien sind aus dem europäischen Raum (UK: Gilmartin, 2007; Dänemark: Jakobsen, Callesen, Schouenborg, Nielsen, Kehlet, 2003; Portugal: Lemos, Pinto, Morais, Pereira, Loureiro, Teixeira, Nunes, 2003; Finnland: Mattila, Toivonen, Janhunen, Rosenberg, Hynynen, 2005). Die beiden Literaturübersichten (Coll, Ameen, Moseley, 2004; Odom-Forren, Moser, 2005) enthalten überwiegend beschreibende quantitative Studien, mit internationalem Setting.

4.1 Studiencharakteristik

Von den zehn Studien und zwei Literaturübersichten, die die Einschlusskriterien erfüllten, untersuchten

- zwei Studien Patientenerfahrung und Zufriedenheit während der Rekonvaleszenz nach ambulanter Chirurgie (eine mit separaten Angaben für Gynäkologie)
- drei Studien allgemein die Rekonvaleszenz nach ambulanter gynäkologischer Chirurgie
- eine Studie die Bedürfnisse von ambulant gynäkologisch operierten Frauen für die Rekonvaleszenz, bezüglich Information, familiärer Unterstützung, Vor- und Nachteile der ambulanten Operation
- eine Literaturübersicht nur Schmerz nach ambulanter Chirurgie unter Berücksichtigung verschiedener Messinstrumente, Spezialgebiete und Operationsverfahren.
- zwei Studien erforschten die Zufriedenheit mit der Schmerzkontrolle nach ambulanter gynäkologischer Chirurgie, eine davon mit Einbezug der Unterstützung zu Hause.

- zwei Studien untersuchten Symptome während der Rekonvaleszenz nach ambulantem chirurgischem Eingriff unter Einbezug der Gründe für Unzufriedenheit (teilweise separate Angaben für Gynäkologie)
- eine Literaturübersicht Nausea und Emesis und damit verbundene Probleme in der Rekonvaleszenz nach ambulantem chirurgischem Eingriff (teilweise separate Angaben für Gynäkologie).

Eine Übersicht über die Studien und die behandelten Themen sind im Anhang (D).

4.2 Bedürfnisse

Die Ergebnisse aus den Studien lassen sich in drei verschiedene Bedürfniskategorien unterteilen – physische, psychische und soziale Bedürfnisse. Auf diese wird in den nächsten Abschnitten näher eingegangen.

4.2.1 Physische Bedürfnisse

Es handelt sich hierbei überwiegend um Bedürfnisse nach verbessertem Symptommanagement.

a) Schmerz

Im Vergleich zu anderen Symptomen wurden Schmerzen am häufigsten als mittelschwer bis schwer eingestuft (Mattila et al., 2005; Pavlin et al., 2004). Die Inzidenz für Schmerz lag bei einigen Untersuchungen über 50% (Mattila et al., 2005; Bandyopadhyay et al., 2007). Ein Teil der Frauen mit wenig Schmerzen bei Entlassung, hatten am postoperativen Tag 1 und 2 mittlere bis starke Schmerzen. Die Schmerzen waren bei über 10% der Patientinnen bis zum 6. postoperativen Tag anhaltend (Horvath, 2003). Für manche Patientinnen ist die Schmerzintensität am Tag 3 so heftig wie am Tag der Operation (Coll et al., 2003).

Es gibt grosse Unterschiede bezüglich des Schmerzlevels innerhalb einer Spezialisierung: Laparoskopische Sterilisation geht einher mit hohen

Schmerzlevel, verursacht durch Eileiterunterbindung und darauffolgender Ischämie (Lovatsis et al., 2007; Coll et al., 2003) und diagnostische Laparoskopie verursacht eher mässige Schmerzen, wegen der Insufflation von Kohlendioxid und der darauffolgenden Lufteingüsse (Cox & O'Connell, 2003; Lovatsis et al., 2007; Coll et al., 2003). Im Gegensatz dazu verursacht eine Dilatation und Kurretage im allgemeinen eine geringere Schmerzintensität (Coll et al., 2003). Auch bezüglich der Schmerzarten wurden Unterschiede geäussert: Bauchkrämpfe, starke Bauchschmerzen wegen Blähungen und Schwellungen, zum Beispiel nach Biopsy und Entfernung von Gebärmutterhalspolypen, Schulterschmerzen und Schmerzen durch Wundsein nach Vulva Biopsie (Cox & O'Connell, 2003; Gilmartin, 2005).

Ein signifikanter Zusammenhang konnte festgestellt werden zwischen den abgegebenen Informationen und Schmerzen. Patientinnen, die der abgegebenen Information gut folgen konnten, waren innerhalb der ersten 48 Stunden, unabhängig von der Operationsart, weniger von Schmerzen betroffen ($p \leq 0.05$) (Bandyopadhyay et al., 2007; Markovic et al., 2002). In der Untersuchung von Lemos et al. (2008) über die Patientenzufriedenheit berichteten Patienten in der Gruppe „vollständig zufrieden“ über weniger postoperative Schmerzen und ausführlichere Informationen ($p < 0.001$).

Einen weiteren statisch signifikanten Zusammenhang gab es zwischen der im Aufwachraum verbrachten Zeit und der Schmerzerfahrung 48 Std. nach Entlassung ($p \leq 0.001$). Von den Frauen die eine angemessene Zeit im Aufwachraum verbrachten, berichteten über 1/3 dass sie nach 48 Std. keine Schmerzen mehr hatten. Bei den Frauen, die ungenügend lang in Betreuung der Pflegenden waren, waren es weniger als 8% (Pavlin et al., 2004; Bandyopadhyay et al., 2007).

Nur etwa die Hälfte der Frauen war mit der postoperativen Schmerzkontrolle zufrieden (Lovatsis et al., 2007). Über die Hälfte der Patientinnen empfanden das Schmerzmanagement bis zum postoperativen Tag 4 als schwierig und 20 % als sehr schwierig (Cox & O'Connell, 2003). Fast ein Fünftel der Frauen erhielt keine Informationen über das Medikamentenregime und einige waren mit der erhaltenen Schmerzmedikation unzufrieden (Mattila et al., 2005).

Zufriedenheit war am meisten negativ korreliert mit Schmerz und Übelkeit. Bei einer Studie (Pavlin et al., 2004) äusserte die Mehrheit der Patienten mit der Schmerztherapie der ersten 24 Stunden zufrieden zu sein, trotz signifikanten Schmerzes. Bei 77% der Patienten besserten sich die Schmerzen durch die Einnahme von Analgetika (Pavlin et al., 2004). Es konnte festgestellt werden, dass Patientinnen mit Operationserfahrung zufriedener waren mit der Schmerzkontrolle (Lovatsis et al., 2007).

b) Nausea und Emesis (Postdischarge Nausea and Vomiting - PDNV)

Ein weiterer postoperativer Schwerpunkt der den Frauen Sorgen bereitete, war Übelkeit und Erbrechen (Cox & O'Connell, 2003; Pavlin et al., 2004). Bei der Untersuchung von Mattila et al. (2005) von 2144 Patienten mit verschiedenen ambulanten Operationen lag das Auftreten von Nausea bei 21%, Erbrechen bei 5.7%. Das Risiko für PONV war erhöht bei allgemeiner Anästhesie und weiblichem Geschlecht. Bei Patienten mit Analgetika-Einnahme bestand eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für Übelkeit ($p = 0.02$) (Pavlin et al., 2004).

In der systematischen Literaturübersicht von Odom-Forren & Moser (2005), lag die Gesamtinzidenz von Nausea und Emesis nach Entlassung (PDNV) bei 211 Patientinnen mit ambulanter gynäkologischer Chirurgie, bei 35%. Interessanterweise hatten die meisten Patienten in dieser Studie, die zu Hause PDNV erlebten, im Spital vor der Entlassung kein postoperatives Nausea und Emesis. Übelkeit und Erbrechen hat für die Patientinnen negative Folgen für die Genesung, wie zum Beispiel beeinträchtigter Schlaf, Benommenheit als Nebenwirkung der Notfall-Antiemetika oder verzögerte Wiederaufnahme von ATLS (Odom-Forren & Moser, 2005). Manche Patientinnen treffen die Entscheidung auf Analgetika zu verzichten, da sie die Nebenwirkungen der Schmerzmittel mit Nausea und Emesis in Verbindung bringen (Odom-Forren & Moser, 2005). Nach Entlassung waren mehr Patienten von Nausea und Emesis betroffen, als vor Entlassung (33% versus 16% für Nausea, 10% versus 6% für Emesis). Für 1/3 der Patientinnen war Schmerz und Nausea schlimmer, als sie erwartet hatten (Odom-Forren & Moser, 2005). Keiner der in den Studien

untersuchten Algorithmen, Richtlinien und Entscheidungsbäume beinhaltete Anleitungen für das Management von Nausea und Emesis während der Genesung zu Hause.

c) Fatigue, Konzentrationsprobleme und Stimmungsschwankungen

Fatigue war das Symptom, das während der Telefonkontakte spontan als am meisten beeinträchtigend erwähnt wurde (Horvath, 2003). Die durchschnittlichen Fatigue-Bewertungen waren höher als die Schmerz-Bewertungen an jedem der sechs untersuchten postoperativen Tage. Die Patientinnen empfanden Fatigue als viel stärker als sie erwartet hatten. Am postoperativen Tag 1 hatten fast 70% der untersuchten Frauen mittlere bis schwere Fatigue. Am postoperativen Tag drei waren es noch über 40%.

Bei der quantitativen Studie von Cox und O'Connell (2003) empfanden über die Hälfte der Patientinnen das Management am ersten postoperativen Tag bezüglich Müdigkeit als schwierig und 16.3% als sehr schwierig. Am postoperativen Tag vier hatten noch 46.8% Schwierigkeiten mit dem Müdigkeits-Management. 2/3 der Frauen machten die Feststellung, dass ihre Leistungsfähigkeit durch die ambulante Operation beeinträchtigt war, bei diesen dauerte die Rückkehr zur gewohnten Konzentrationsfähigkeit durchschnittlich sieben Tage.

Bei Gilmartin (2005) litten einige Frauen unter Fatigue, Niedergeschlagenheit und Stimmungsschwankungen, unter denen auch ihre Umgebung, zum Beispiel Ehepartner zu leiden hatten.

Bei Pavlin et al. (2004) zählten Konzentrationsprobleme mit 39% zu den Hauptsymptomen oder Nebeneffekten durch die Operation oder Medikation in den ersten 48 Stunden. Bei Patienten mit Analgetika-Einnahme bestand eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für Konzentrationsprobleme ($p=0.02$).

d) Schlafstörungen und Benommenheit

43% der Patienten erwachten aufgrund von Schmerzen und 18% konnten wegen Schmerzen nicht schlafen in den ersten 48 Stunden (Pavlin et al., 2004). Bei den Frauen mit gynäkologischer Laparoskopie konnten 30% wegen

Schmerzen in der ersten Nacht nicht schlafen. Zwischen den Schlafstörungen und Benommenheit am darauffolgenden Tag bestand ein signifikanter statistischer Zusammenhang: 71% der Patienten mit Schlafstörungen berichteten am nächsten Tag über Benommenheit, jedoch nur 41% der Patienten ohne Schlafstörungen ($p=0.004$). Zu den Hauptsymptomen oder Nebeneffekten durch die Operation oder Medikation in den ersten 48 Stunden zählten Benommenheit (58%) und Schwindel (39%)(Pavlin et al., 2004). Bei Patienten mit Analgetika-Einnahme bestand eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für Benommenheit ($p= 0.0001$). Bei Mattila et al (2005) hatten 20% der Patienten mittelstarken bis starken Schwindel am Tag nach der Operation.

4.2.2 Psychische Bedürfnisse

Es handelt sich vor allem um das Bedürfnis nach individueller und ausführlicher Information und um das Bedürfnis nach Sicherheit.

a) Informationen

Die meisten Patientinnen waren mit den erhaltenen Informationen zufrieden. Die qualitative Studie von Gilmartin (2005) zeigte jedoch signifikante Defizite auf, in der Informationsweitergabe an gynäkologische Patientinnen. Einige beanstandeten, dass sie keine Auskünfte bezüglich sexuellen Aktivitäten erhielten und es ihnen selbst unangenehm war, dieses Thema anzusprechen. Dies verursachte sowohl bei jüngeren, als auch bei Frauen im mittleren Alter grosse Unsicherheiten. Eine 29 jährige Patientin mit diagnostischer Laparoskopie berichtete:

"Ich wollte mich erkundigen über die Wiederaufnahme sexueller Aktivitäten mit meinem Partner, aber es wurde nicht erwähnt. Es war für mich unangenehm dieses Thema anzusprechen" (frei übersetzt, S. 1113).

Eine andere Patientin im mittleren Alter (Entfernung von Gebärmutterhalspolypen) berichtete:

"Die Pflegefachkraft gab verschiedene Entlassungsinformationen als mein Ehemann eintraf. Sexuelle Aktivitäten wurden nicht erwähnt, auch nicht wie lange wir darauf verzichten sollten. Ich wunderte mich, ob sie es erwähnt hätte wenn ich jünger gewesen wäre" (frei übersetzt, S. 1113).

Auch der Zeitpunkt der Informationsbereitstellung war, vor allem bei Patienten mit Vollnarkose, problematisch, da sie sich nach der Operation schläfrig und benommen fühlten und somit die Informationen nicht vollständig aufnehmen konnten (Gilmartin, 2005).

Es gab einen signifikanten statistischen Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und besseren und ausführlicheren postoperativen Informationen ($p < 0.001$) (Lemos et al., 2008).

Bei der Befragung von Mattila et al. (2005) beklagten sich fast 1/5 der Patienten über fehlende Informationen bezüglich des Medikamentenregimes. Von den nicht zufriedenen Patienten waren über die Hälfte gynäkologische Patientinnen. Die beanstandeten Punkte waren unter anderem ungenügende Informationen und unzureichende Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal vor Entlassung. Wegen fehlender Informationen mussten einige Patientinnen unerwartet Notfallpflege in Anspruch nehmen (Lemos et al., 2008).

Fast alle Frauen erhielten vor Spitaleintritt Informationen, davon 70% sowohl mündlich als auch schriftlich. Über 80% empfanden die Informationen als gut verständlich (Markovic et al., 2002). Von den Patientinnen die nur verbale oder schriftliche Informationen erhalten hatten waren weniger als 1/3 zufrieden.

b) Sicherheit

Die Unsicherheit bezüglich der erlebten Symptome und die Beurteilung was normal ist, bereitete vielen Frauen Probleme. 45% der Frauen nahmen während ihrer Genesung Hilfe einer medizinischen Fachkraft in Anspruch, zusätzliche Gründe zur oben genannten Unsicherheit waren zum Beispiel vaginale Blutungen, Wundheilung oder wegen Entfernung der Fäden/Klammern. Einige kontaktierten zusätzlich zu medizinischen noch andere Gesundheitsfachkräfte, zum Beispiel Pflegefachkräfte (30%) (Cox & O'Connell, 2003).

Auch bei der Untersuchung von Gilmartin (2005) war für manche Patientinnen vor allem die Bewältigung und das Management der Symptome Schmerz, Vaginalblutung und Stimmungsschwankung mit Stress und Unsicherheit verbunden. Frauen, die Schwierigkeiten hatten mit dem Management von Schmerz und Blutungen fragten ihren Hausarzt oder andere Spezialisten des Gesundheitswesens.

Bei Markovic et al. (2002) beanstandeten einige Patientinnen den Mangel an medizinischer Kontrolle zu Hause.

16.7% der Patienten bei der Untersuchung von Lemos et al (2008) mussten unerwartet Notfallpflege in Anspruch nehmen unter anderem wegen Unsicherheit bezüglich der Medikamente.

4.2.3 Soziale Bedürfnisse

Bei den sozialen Bedürfnissen standen das Bedürfnis nach Betreuung und Unterstützungsangeboten, sowie das Bedürfnis nach schneller Rückkehr zu den gewohnten Aktivitäten im Vordergrund.

a) Betreuung und Unterstützungsangebote

Der Grossteil der Frauen wurde nach der ambulanten Operation nach Hause begleitet und hatte zu Hause Zugang zu Unterstützung (Markovic et al., 2002; Cox O'Connell, 2003; Bandyopadhyay et al., 2007). Frauen, die mit jemandem zusammenlebten (Familienmitglieder oder in Wohngemeinschaft) erhielten 2.4 mal eher Unterstützung zu Hause ($p \leq 0.16$) (Markovic et al., 2002). Auch Frauen, die innerhalb von 48 Std. nach Entlassung über Schmerzen berichteten, erhielten 2.3 mal mehr Hilfe zu Hause ($p \leq 0.01$) (Bandyopadhyay et al., 2007). Patientinnen benötigten auch wegen Nausea und Emesis Unterstützung durch Freunde oder Verwandte, die sie während dieser Zeit versorgten (Odom-Forren & Moser, 2005).

Die Patientinnen bezeichneten die Unterstützung durch Familie oder Freunde als sehr wichtig für ihre Genesung, vor allem für die ATLs, die Betreuung der Kinder und für die Rückversicherung bei Unsicherheiten, z.B. bezüglich der

Symptome. Die Unterstützung wurde durchschnittlich drei Tage benötigt (Cox & O'Connell, 2003). Ein Fünftel der Frauen empfanden die Hilfe die sie zu Hause erhielten, jedoch als nicht ausreichend. Andere beanstandeten die fehlende Unterstützung bei den häuslichen Aufgaben oder die eigene Rolle als Betreuungsperson von Familienmitgliedern wahrnehmen zu müssen (Markovic et al., 2002). 11.4% der Frauen hatten nach der Operation direkt die Verantwortung zu übernehmen für die Pflege anderer Familien- oder Haushaltsangehöriger und/oder für Haustiere. Für manche Frauen war es schwierig, die Pflege ihrer kleinen Kinder zu gewährleisten (Bandyopadhyay et al., 2007).

Einige Frauen äusserten, dass es für ihre pflegenden Angehörigen unangenehm war für sie zu sorgen. Diese Frauen waren eher geneigt früh sich selbst und auch andere Familienmitglieder zu versorgen ($p \leq 0.001$). Gründe, weshalb es für die Betreuungspersonen unangenehm war, waren hauptsächlich berufliche, wie z.B. hohe Arbeitsbelastung, unbezahlte Urlaubstage (Markovic et al., 2002; Bandyopadhyay et al., 2007).

b) Schnelle Rückkehr zu gewohnten Aktivitäten

Einige Frauen empfanden es positiv, sich wieder schnell der Kinderpflege, Lebensaktivitäten und der Rückkehr zur Arbeit widmen zu können (Gilmartin, 2005).

Bei Jakobsen et al (2003) begannen die Frauen, nach ambulanter laparoskopischer Sterilisation, nach durchschnittlich 5 Tagen wieder zu arbeiten. Der Unterschied in der körperlichen beruflichen Belastung, spielte dabei keine statistisch signifikante Rolle ($p > 0.1$). 93% der Patientinnen folgten nicht der Empfehlung die berufliche Tätigkeit nach 48 Stunden wieder aufzunehmen. 30% davon hatten hierfür einen gesundheitlichen Grund (hauptsächlich wegen Schmerzen). Der Hauptgrund für die Nichtaufnahme der beruflichen Tätigkeit war, dass 42% der Patientinnen den Eingriff vor einem Wochenende oder vor geplanten Ferien gelegt hatten.

Nach durchschnittlich drei Tagen konnten die Frauen wieder Freizeitbeschäftigungen aufnehmen. Über die Hälfte der Patientinnen begannen nicht nach den empfohlenen 48 Stunden mit Freizeitbeschäftigungen, 44% davon aus gesundheitlichen Gründen, die meisten wegen Schmerzen. Von den ATLS waren putzen und einkaufen am meisten beeinträchtigt, vor allem wegen Schmerzen und Fatigue. In dieser Studie konnten die Frauen nach einer Woche post-operativ wieder alle Aktivitäten wie vor der Operation aufnehmen.

Auch bei der Untersuchung von Pavlin et al (2004) war der Aktivitätslevel am meisten eingeschränkt durch Schmerz, Benommenheit und Übelkeit. In den ersten 24 Stunden erreichten 1/3 der Patienten einen normalen Aktivitätslevel und etwa die Hälfte nach 48 Stunden.

Nausea und Emesis hatten Auswirkungen auf die ATLS und die Rückkehr zur Berufstätigkeit. Von den 129 Patienten, die unter den genannten Symptomen litten, klagten 35% über eine Verzögerung der Genesung bezüglich der Rückkehr zu den ATLS (Odom-Forren & Moser, 2005).

Den meisten Patientinnen wurde mitgeteilt, dass sie am postoperativen Tag 3 wieder ihre gewohnten Aktivitäten ausführen könnten (Horvath, 2003). Jedoch waren dann noch 58.2% der Frauen auf Hilfe angewiesen. In den Basisaktivitäten des täglichen Lebens (anziehen, essen, ausscheiden,...) waren 90% der Patientinnen unabhängig. Mehr als die Hälfte der Frauen brauchte jedoch noch zusätzliche zwei bis drei Tage, um Tätigkeiten wie kochen, einkaufen, putzen, waschen oder die Berufstätigkeit wieder aufnehmen zu können. Als Prädiktor für eine verzögerte (mindestens 6-tägigen) Rekonvaleszenz, war Schmerz die signifikanteste Variable ($p < 0.001$). Weitere signifikante Prädiktoren waren der Katz Index (ATLS, $p = 0.002$) und das Alter ($p = 0.04$). In dieser Studie zeigte sich das Alter als schwacher Prädiktor für die Genesung. Die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Patientinnen 6 Tage oder mehr für die Genesung brauchten, war etwas erhöht. Fatigue gehörte nicht zu den statistisch signifikanten Prädiktoren für die Rückkehr zu den gewohnten Aktivitäten.

5 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse analysiert und mit der Problembeschreibung und den krankheitsbedingten Selbstpflegebedürfnissen von Orem in Verbindung gebracht.

5.1 Qualität der untersuchten Studien

Alle ausgewählten Studien wurden nach oben genannten Qualitätskriterien beurteilt. Von den zehn Studien erreichten sechs die Beurteilung befriedigend und vier Studien erreichten gut. Von den zwei Literaturübersichten wurde eine als gut, die andere als befriedigend bewertet. Die erreichte Punktezahl aus der kritischen Bewertung ist aus der Zusammenfassung der Studien im Anhang (I) ersichtlich.

5.2 Krankheitsbedingte Bedürfnisse

Die Bedürfnisse wurden teilweise aus den oben genannten Problemen abgeleitet, da nicht alle Studien explizit Patientenbedürfnisse untersuchten.

Das Konzept der Selbstpflege ist für das Wachstum und die Entwicklung der ambulanten Chirurgie von wichtiger Bedeutung. Im Bezug zur ambulanten gynäkologischen Chirurgie kann man davon ausgehen, dass die Patientinnen und ihre Angehörigen willens sind Aufgaben zu übernehmen, die vorher vom Pflegepersonal übernommen wurden. Dafür spricht auch die hohe Akzeptanz bei den Patienten für die ambulante Chirurgie (WHO, 2007).

Durch die Operation entstehen zusätzliche Anforderungen an die Patientinnen. Orem hat hierfür in ihrem Pflegemodell die Gruppe der krankheitsbedingten Selbstpflegeerfordernisse ausgewiesen (siehe 2.2). Während der Genesung zu Hause sind die operierten Frauen auf ihre Selbstpflegefähigkeiten und teilweise auf die Unterstützung von einer Betreuungsperson angewiesen. Dies betrifft vor allem die Überwachung, Bewertung und Behandlung von Symptomen und Nebenwirkungen durch die medizinische Behandlung. Jedoch auch die Ausübung von täglichen Arbeiten, wie Kinderbetreuung, Einkauf und Haushalt.

Damit die Patientinnen und ihre Betreuungspersonen fähig sind diesen Selbstpflegetherfordernissen gerecht zu werden, müssen sie unter anderem die relevanten medizinischen Kenntnisse haben und sie anwenden können.

5.2.1 Physische Bedürfnisse

Die Ergebnisse aus den 12 Studien weisen darauf hin, dass ein Bedürfnis nach verbessertem Symptommanagement für die Rekonvaleszenz besteht. Dieses Bedürfnis entspricht den beiden von Orem beschriebenen krankheitsbedingten Bedürfnissen: „Effektive und wirksame Ausführung von notwendigen Massnahmen (diagnostisch, therapeutisch, rehabilitativ) und „das beobachten und bewerten von Symptomen und den Auswirkungen der medizinischen Behandlung“ (Cavanagh, 1997).

a) Schmerz und andere Symptome

Schmerz ist das am meisten untersuchte oder als Problem erwähnte Symptom: In 11 von den 12 Studien wird die Inzidenz von Schmerz thematisiert. Die Untersuchungen haben gezeigt, dass es innerhalb einer Spezialisierung grosse Unterschiede gibt: die laparoskopische Sterilisation kann zum Beispiel sehr hohe Schmerzlevel verursachen. Eine Dilatation und Kurretage verursacht dagegen im allgemeinen eine geringere Schmerzintensität (Coll et al., 2003, Lovatsis et al., 2007).

Aus den Ergebnissen dieser systematischen Literaturübersicht zeigt sich, dass Schmerzen in der Rekonvaleszenz häufig vorkommen. Schmerz ist der meist signifikante Prädiktor für einen verzögerten Genesungsprozess (Horvath, 2003) und hat auch negative Auswirkungen auf den Schlaf, Übelkeit, Fatigue und andere Symptome. Es scheint, dass die Schmerzkontrolle, die während und direkt nach der Operation erfolgt, nicht für alle Patientinnen nachhaltig in ein effektives Schmerzmanagement für die Rekonvaleszenz übergeht: Obwohl ein Grossteil der Patientinnen bei Entlassung nur geringe Schmerzen hatte, verschlimmerten sich diese zu Hause markant (Horvath, 2003). Gute und ausführliche Informationen und eine „angemessene“ Zeit im Aufwachraum verbringen zu können, wirken sich positiv auf die Schmerzen aus (Lemos et al., 2008; Bandyopadhyay et al., 2007). Positiv wirken sich auch Erfahrung mit

ambulanter Operation aus. Ein signifikanter statistischer Zusammenhang konnte festgestellt werden bei Patientinnen, die im Ambulatorium hohe maximale Schmerzen hatten. Diese hatten auch zu Hause hohe maximale Schmerzbewertungen ($p=0,0045$)(Pavlin et al., 2004).

Gemäss Coll et al. (2003) zeigen die neueren Studien im Vergleich zu den älteren keine niedrigeren Schmerzlevel.

Es gilt jedoch zu beachten, dass es Unterschiede gibt bezüglich der Reliabilität und Validität der Instrumente, Stichprobenerhebung und –grösse und der ausgewiesenen Schmerzlevel und –beschreibungen (siehe auch Coll et al., 2003). Auch innerhalb einer Spezialisierung gibt es, wie bereits erwähnt, grosse Unterschiede in den berichteten Schmerzlevel. Dies führt dazu, dass die veröffentlichten Schmerzlevel und –inzidenzen inkonsistent sind und einen Vergleich erschweren.

Trotz signifikanten Schmerzes waren in der Untersuchung von Pavlin et al. (2004) die Mehrheit der Patienten mit der Schmerztherapie zufrieden. Es wäre möglich, dass die Zufriedenheit mit der Schmerztherapie nicht notwendigerweise ein Indikator für die Qualität darstellt. Pavlin et al. vermuten, dass mehrere Faktoren Einfluss auf die Zufriedenheit haben, wie zum Beispiel Schmerztoleranz, Schmerzerwartungen der Patienten oder Erfahrungen mit Schmerz.

Ein weiterer postoperativer Schwerpunkt ist Übelkeit und Erbrechen (Odom-Forren & Moser, 2005; Pavlin et al., 2004; Mattila et al., 2005; Cox & O'Connell, 2003). Das Risiko für Übelkeit und Erbrechen ist erhöht beim weiblichen Geschlecht. Auch bei Patienten mit Analgetika-Einnahme besteht eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für Nausea ($p= 0.02$)(Pavlin et al, 2004). Nausea und Emesis ist weiterhin für 1/3 der Patienten ein Problem während ihrer Genesung zu Hause (Odom-Forren & Moser, 2005). Wie beim Schmerz wirken sich auch Übelkeit und Erbrechen negativ auf die Genesung aus. Manche Patientinnen treffen deshalb die Entscheidung auf Analgetika zu verzichten, da sie die Nebenwirkungen der Schmerzmittel mit Nausea und Emesis in Verbindung bringen (Watt-Watson 2004, Fetzer 2005). Bisher gibt es gemäss Odom-Forren und Moser (2005) wenig Forschung die speziell Nausea

und Emesis während der Rekonvaleszenz betreffen. Aus den Studien war nicht ersichtlich, ob die Patientinnen Anleitungen für das Management von Nausea und Emesis während der Genesung zu Hause erhielten.

Auch andere Symptome wie Fatigue, Müdigkeit und Konzentrationsprobleme wurden von den Frauen zum Teil als sehr beeinträchtigend bewertet. Viele bezeichneten das Management dieser Symptome als besonders schwierig. Die Stärke und Dauer dieser Symptome wurde von über der Hälfte der Frauen als viel stärker wie erwartet bewertet (Horvath, 2003; Cox & O'Connell, 2003; Gilmartin, 2005; Pavlin et al., 2004).

Gemäss dem Konzept der Selbstpflege könnten fehlende Motivation oder fehlende Fähigkeiten, mögliche Gründe für die Defizite im Bereich des Symptommanagements sein (Cavanagh, 1997). Die Ergebnisse aus den untersuchten Studien weisen darauf hin, dass auch Defizite in der Informationsabgabe bestehen. Fehlendes Wissen ist ein weiterer möglicher Grund der zu einem Defizit im Symptommanagement führen kann (Cavanagh, 1997). Auf diese Problematik wird im nächsten Punkt näher eingegangen.

5.2.2 Psychische Bedürfnisse

a) Informationen

Das Bedürfnis nach Information, entspricht dem von Orem definierten krankheitsbedingten Bedürfnis „Sich informieren und in die betroffene Störung Einblick gewinnen“ (Cavanagh, 1997).

Aus den Ergebnissen der Studien (Bandyopadhyay et al., 2007; Cox & O'Connell, 2003; Gilmartin, 2005; Lemos et al., 2008; Markovic et al., 2002) hat sich gezeigt, dass es Schwächen gibt in der Informationsabgabe. Zum Beispiel fehlten Informationen über sexuelle Aktivitäten (Gilmartin, 2005). Es könnte sein, dass es einigen Pflegenden schwer fällt bei den Patientinnen sexuelle Themen anzusprechen, wenn diese nicht explizit danach fragen. Eine weitere Problematik besteht darin, dass Informationen nicht spezifisch genug waren, z.B. bezüglich Inzidenz, Stärke und Dauer der Symptome (Cox & O'Connell, 2003; Lemos et al., 2008; Markovic et al., 2002; Horvath, 2003).

Dies könnte daran liegen, dass Informationen nicht den individuellen Gegebenheiten der Patientinnen angepasst sind und die Unterschiede in den verschiedenen Operationstechniken nicht berücksichtigt werden. Die Untersuchung der Studien hat jedoch auch gezeigt, dass es zum Beispiel bezüglich Schmerz grosse Unterschiede gibt innerhalb der verschiedenen gynäkologischen Operationen und es an einheitlichen Assessmentinstrumenten mangelt (Coll et al., 2003; Horvath, 2003; Lovatsis et al., 2007). Dies erschwert eine spezifische Informationsabgabe zusätzlich.

Auch der Zeitpunkt der Informationsabgabe hat sich bei manchen Patientinnen als nicht optimal erwiesen (z.B. nach einer Vollnarkose).

Von den meisten betroffenen Frauen als positiv eingeschätzt wurde die Art der Informationsabgabe, wenn diese sowohl schriftlich als auch mündlich erfolgte.

Für die Beurteilung der Ergebnisse bezüglich der Zufriedenheit mit der Informationsabgabe ist der Zeitpunkt der Befragung zu berücksichtigen. Bei der Untersuchung von Markovic et al. (2002) gaben 83.8% der Frauen an, dass sie der Information gut folgen konnten. Die Untersuchung fand innerhalb von zwei Tagen nach Entlassung statt. In der Studie von Lemos et al. (2009) konnte ein Rückgang der Patientenzufriedenheit (total zufrieden) von 75% bei Entlassung auf 62% nach 30 Tagen festgestellt werden. Lemos et al. (2009) führen diese Reduktion darauf zurück, dass Informationen, die bei Entlassung gegeben werden, nicht die längerfristige Patientenzufriedenheit reflektieren. Es könnte zudem sein, dass Probleme erst nach ein paar Tagen auftreten und sich erst dann Defizite in der abgegebenen Information bemerkbar machen. Bei Cox & O'Connell (2003) gaben bei Entlassung 91.3% der Patientinnen an, die Entlassungsinformationen seien ausreichend für die Rekonvaleszenz. Jedoch suchten über 50% der betroffenen Frauen eine medizinische Fachkraft auf, z. B. wegen Unsicherheit über die Symptome wenn diese länger andauerten als ihnen vermittelt wurde. Es scheint, dass die abgegebenen Informationen nicht immer den Anforderungen der Patientinnen entsprechen. In manchen der ausgewählten Studien fehlten die genauen Angaben über den Umfang und Inhalt der Informationen.

Effektive Patientenschulung nach ambulanter Chirurgie ist Voraussetzung für die Selbstpflege zu Hause. Orem sieht hierfür das unterstützend-anleitende Pflegesystem vor (Cavanagh, 1997). Die Pflegefachkräfte können die Patientinnen unterstützen in der Rekonvaleszenz selbstpflegend tätig zu werden, indem sie ihnen ausreichende und verständliche Informationen übermitteln.

Fehlende oder unzureichende Informationen können mit den anderen Bedürfnissen korrelieren. So haben zum Beispiel unzureichende Angaben bezüglich des Medikamentenregimes Einfluss auf das Symptommanagement. Auch das Bedürfnis nach Sicherheit wird durch die Qualität der Information beeinflusst.

b) Sicherheit

Das Bedürfnis nach Sicherheit entspricht dem krankheitsbedingten Selbstpflegetherfordernissen „Inanspruchnahme und Sichern einer geeigneten medizinischen Unterstützung bei bestehenden oder entstehenden Gesundheitsstörungen“ und „das beobachten und bewerten von Symptomen und den Auswirkungen der medizinischen Behandlung“ (Cavanagh, 1997).

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass nicht nur Komplikationen zur ungeplanten Inanspruchnahme von Notfallpflege führen. Auch Unsicherheit bezüglich der Medikamente, des Krankheitsverlaufs und des Symptommanagements führen dazu, dass Patientinnen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen (Cox & O'Connell, 2003). Für einen Teil der Patientinnen ist der Zugang zu medizinischer Kontrolle zu Hause ein Bedürfnis (Markovic et al., 2002). Dies könnte auch mit dem Bedürfnis nach Sicherheit zusammenhängen.

5.2.3 Soziale Bedürfnisse

a) Betreuung und Unterstützungsangebote

Auch Orem sieht in ihrem Selbstpflegemodell vor, dass die betroffene Person Hilfe in Anspruch nimmt, wenn sie ihren krankheitsbedingten Selbstpflegetherfordernissen selbst nicht mehr gerecht werden kann. Diese Hilfe kann von Verwandten oder Freunden kommen. Im Falle einer ambulanten

Operation muss die betroffene Person ihr Selbstkonzept und ihren Lebensstil an die gegenwärtige Situation anpassen und lernen, Hilfe anzunehmen und die gegenwärtige Situation wirksam zu bewältigen (Cavanagh, 1997).

Die Patientinnen, die eine Betreuungsperson zur Unterstützung zu Hause hatten, werteten dies als sehr wichtig für ihre Genesung (Cox & O'Connell, 2003). Auch andere Studien kommen zu einem ähnlichen Ergebnis (Bandyopadhyay et al., 2007; Markovic et al., 2002). Es scheint nicht nur die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens oder bei der Betreuung der Kinder wichtig zu sein, sondern vor allem auch die Rückversicherung bei Unsicherheiten die Heilung betreffend.

Die IAAS (2012) empfiehlt in ihren Richtlinien für ambulante Operationen, dass für den Heimtransport und die ersten 24 Stunden nach der Operation eine Betreuungsperson verfügbar sein sollte. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es für Patientinnen, die mit jemandem zusammenleben, einfacher ist Unterstützung für die Genesung zu erhalten (Markovic et al., 2002). Die Mehrheit der untersuchten Patientinnen hatte eine Betreuungsperson zu Hause (Markovic et al., 2002; Cox & O'Connell, 2003; Bandyopadhyay et al., 2007). Für 1/5 der Patientinnen war diese Hilfe jedoch nicht ausreichend (Markovic et al., 2002). Gründe hierfür können auch berufliche oder finanzielle sein, die es für die Betreuungsperson erschweren, die Unterstützung für die erforderliche Zeit zu gewährleisten. Manche Patientinnen beanstandeten, dass es an professioneller Unterstützung zu Hause mangelt und an Hilfe bei der Ausübung der häuslichen Pflichten (Markovic et al., 2002). Patientinnen, die keine Unterstützung oder diese nicht lange genug in Anspruch nehmen können, neigen eher dazu, früher häusliche Tätigkeiten und Betreuungsaufgaben zu übernehmen (Cox & O'Connell, 2003; Markovic et al., 2002; Gilmartin 2005). Es könnte sich nachteilig auf die Genesung auswirken, wenn die Frauen zu früh mit körperlich anstrengenden Haushaltsaufgaben beginnen, oder ihre Einkäufe selber erledigen müssen, obwohl sie z. B. noch nicht über ihre volle Konzentration verfügen.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine verzögerte Genesung dazu führen kann, dass eine Betreuungsperson länger als geplant benötigt wird.

Gründe für eine Verzögerung können zum Beispiel Probleme mit dem Symptommanagement von Schmerz, Übelkeit oder Erbrechen sein. Hier zeigt sich der Zusammenhang zur Informationsvermittlung. Die Ergebnisse der untersuchten Studien (Odom-Forren & Moser, 2005; Coll et al., 2003) haben gezeigt, dass einige Patienten auf Schmerzmedikamente verzichten, wenn sie Übelkeit verspüren, aus Angst davor, dass die Nebenwirkungen der Analgetika die Übelkeit verursachen oder verstärken. Wenn die betreffenden Patienten dann länger und stärker unter Schmerzen leiden, verzögert sich ihre Genesung.

b) Schnelle Rückkehr zu den gewohnten Aktivitäten

Für 93% der Frauen überwiegen die Vorteile der ambulanten Operation, wie zum Beispiel persönliche Vorteile, da die Genesung „im eigenen Rhythmus“ stattfinden kann oder aufgrund von Vorteilen für die Familie. Viele finden es angenehm zu Hause schnell wieder der Kinderbetreuung oder ihren gewohnten Aktivitäten nachgehen zu können (Gilmartin, 2005; Markovic et al., 2002).

Die Rückkehr zu den gewohnten Aktivitäten ist einerseits abhängig von der Art der Operation, andererseits vom Symptommanagement. Der Aktivitätslevel ist am meisten negativ korreliert mit Schmerz, Übelkeit und Benommenheit. Auch Fatigue wird genannt als einschränkender Faktor für Aktivitäten (Pavlin et al., 2004). Wie bereits erwähnt, könnte auch hier fehlendes Wissen bezüglich des Symptommanagements dazu führen, dass sich die Rückkehr zu den gewohnten Aktivitäten verzögert.

5.3 Fazit der Diskussion

Die Ergebnisse aus den untersuchten 12 Studien haben gezeigt, dass Frauen nach ambulanter Operation bestimmte krankheitsbedingte Bedürfnisse haben. Es handelt sich dabei um physische, psychische und soziale Bedürfnisse. Im Vordergrund stehen die Bedürfnisse nach verbessertem Symptommanagement und verbesserten Informationen. Dieses Ergebnis stimmt mit den Empfehlungen des IAAS überein: Patientenzufriedenheit kann optimiert werden durch: gute post-operative Schmerzkontrolle, Vermeiden von post-operativem Nausea und Emesis, Bereitstellung guter prä- und postoperativer Informationen

(IAAS, 2012). Gemäss dem Newsletter vom April 2012 (IAAS, 2012) zählt die Schmerzkontrolle während der Rekonvaleszenz noch immer zu den kritischen Punkten der ambulanten Chirurgie.

5.4 Kritische Würdigung der Literaturübersicht

Die vorliegende Arbeit wurde nach dem Schema „Erstellen einer systematischen Literaturübersicht“ von Polit et al. (2004)(Anhang A) durchgeführt. Die Studienauswahl erfolgte nach festgelegten Kriterien und die Vorgehensweise wurde klar beschrieben, womit eine Replikation möglich wäre. Die aktuelle Thematik wurde bereits in der Problembeschreibung aufgezeigt. Um die Aktualität der Ergebnisse zu garantieren wurden Studien mit Publikation ab 2000 einbezogen. Die Anzahl der gefunden Studien ist mit 12 eher gering, da nur gynäkologie-spezifische Studien berücksichtigt wurden. Dies begrenzt die Aussagekraft der Ergebnisse.

Alle 12 einbezogenen Studien erreichten die erforderliche Mindestpunktzahl in der kritischen Qualitätsbewertung. Die Qualität der Studien wurde als ausreichend bis gut eingeschätzt. Es gab Unterschiede in der Methode der Datensammlung und in der Reliabilität und Validität der eingesetzten Assessmentinstrumente. Ein Grossteil der Studien war quantitativ beschreibend (8), auch die zwei berücksichtigten Literaturübersichten untersuchten überwiegend quantitativ beschreibende Studien. Aufgrund dieser Einschränkung liegt der Evidenzlevel dieser Literaturübersicht zwischen Stufe 2 und 3 (Evidenzstufen nach Behrens & Langer, 2006) (Anhang K).

Die tatsächlichen Bedürfnisse der ambulant operierten Frauen wurden nicht in allen Studien direkt untersucht. Zum Teil wurden die belastenden Symptome während der Rekonvaleszenz untersucht oder Faktoren betreffend die Patientenzufriedenheit. In manchen Studien wurden deshalb die Bedürfnisse der Patientinnen abgeleitet.

Die Erstellung der systematischen Literaturübersicht erfolgte im Rahmen einer Bachelorarbeit. Es fehlt deshalb die kritische Einschätzung und Beurteilung der Studienauswahl und der Ergebnisse durch eine Zweitperson.

Somit beruhen auch die Diskussion und die Schlussfolgerung auf der Einschätzung einer Person. Die Homogenität wurde teilweise gewährleistet aufgrund der Ähnlichkeit bezüglich Alter und demographischer Gesichtspunkte. Unterschiede gab es in der geographischen Herkunft der Studien. Da es bezüglich der verschiedenen Gesundheitssysteme grosse Unterschiede gibt, ist die Verallgemeinerung der Ergebnisse deshalb nur beschränkt möglich.

In die Literaturübersicht wurden nur englische Studien einbezogen. Da dies nicht die Muttersprache der Autorin ist, ist eine Garantie für fehlerfreie Übersetzung nicht gegeben.

6 Schlussfolgerung

Das Ziel der vorliegenden Literaturübersicht bestand im identifizieren von Bedürfniskategorien von ambulant operierten Frauen. Anhand der Ergebnisse aus den 12 Studien kann die eingangs definierte Fragestellung beantwortet werden. Danach werden Empfehlungen für die Praxis abgeleitet, die zu einer Verbesserung der Pflegequalität führen können.

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Welche spezifischen Bedürfnisse haben Frauen nach der Entlassung aus der ambulanten Tageschirurgie nach einem gynäkologischen Eingriff?

Anhand der Ergebnisse aus den 12 Studien konnten drei Bedürfniskategorien identifiziert werden: physische, psychische und soziale Bedürfnisse. Das physische Bedürfnis nach einem verbesserten Symptomanagement, vor allem für Schmerz, Nausea und Fatigue wurde dabei am meisten genannt. Für den psychischen Bereich konnten die Bedürfnisse nach Information und Sicherheit identifiziert werden. Im sozialen Bereich wurden die Bedürfnisse nach Betreuung und Unterstützungsangeboten und nach einer schnellen Rückkehr zu den gewohnten Aktivitäten geäußert.

6.2 Empfehlung für die Pflegepraxis

Die Fähigkeit der Patientinnen ihre Rekonvaleszenz zu Hause gut bewältigen zu können, ist primäres Anliegen der Pflege. Gemäss Orem muss eine Pflegefachkraft die Fähigkeit haben, einem Patienten zu beschreiben und zu erklären, worin sein Selbstpflegebedarf besteht. Sie muss ihm aufzeigen können, welche Methoden und Behandlungsmöglichkeiten zur Befriedigung dieses Bedarfs zur Verfügung stehen. Dafür braucht sie selbst Kompetenzen und Wissen und muss diese an andere weitergeben können (Cavanagh, 1997). Mit einem Assessment kann der gegenwärtige und für die Rekonvaleszenz wichtige Selbstpflegebedarf eingeschätzt werden. Die Ergebnisse aus der vorliegenden Literaturübersicht können für eine Einschätzung und für eine effizientere Patienteninformation Hilfestellung geben.

6.2.1 Patienteninformation/Patientenschulung

Die Patienteninformation sollte sowohl schriftlich, als auch mündlich erfolgen, um individuell auf Fragen und Unsicherheiten eingehen zu können. Sie sollte alle wichtigen Informationen die nach einer ambulanten Operation von Bedeutung sind enthalten, sowie Handlungsrichtlinien für den Patienten. Die Patienteninformation kann zum Beispiel in Form eines Flyers abgegeben werden (oder auch gesprochen auf Band für Patienten, die nicht gut lesen können). Dabei sollten vor allem auch sensible Themen, wie Sexualität angesprochen werden. Das frühe Erkennen von Komplikationen und das Behandeln möglicher Symptome sollte verständlich vermittelt werden. Auch was noch zum normalen Heilungsprozess gehört und wann professionelle Hilfe kontaktiert werden sollte.

Aus der Untersuchung hat sich gezeigt, dass vor allem ungenaue Angaben die Patienten verunsichern. Da es innerhalb der ambulanten gynäkologischen Chirurgie eine weite Streuung gibt bezüglich Schmerz und Zeit bis zur Rückkehr zu den gewohnten Aktivitäten sollten die Informationen forschungsgestützt und auf die Operation angepasst vermittelt werden. Bei einigen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass sie erforderliche Zeit bis zur Aufnahme der gewohnten Aktivitäten von Ärzten und Pflege zu knapp angegeben war. Dies erschwert den betroffenen Frauen die Planung bezüglich Betreuungsperson und Rückkehr zu Berufstätigkeit und führt zu Verunsicherung. Es sollten auch Informationen über die Medikamente und deren Nebenwirkungen, sowie Einschränkungen in den Aktivitäten und wichtige Telefonnummern für den Fall von Fragen oder Komplikationen vermittelt werden. Die Informationen sollten in Anwesenheit der Begleit-, bzw. Betreuungspersonen abgegeben werden, damit auch diese bei Unsicherheit Fragen stellen können.

Die Patientenschulung/-beratung sollte Massnahmen beeinhalteln, die die aktive Bewältigung der krankheitsbedingten Bedürfnisse ermöglichen. Zum Beispiel wie Symptome überwacht werden können oder wie der Verband gewechselt werden sollte. Auch Beratung bezüglich des Verhaltens nach einer ambulanten Operation und notwendige Ruhezeiten müssten enthalten sein. Der Aspekt der Prävention sollte dabei nicht vernachlässigt werden. Denn es hat sich aus der Untersuchung gezeigt, dass die Gefahr besteht, dass die Frauen zum Teil

sofort nach der Operation oder zu früh Kinderbetreuung oder Haushaltsaufgaben übernehmen. Dies könnte sich auf ihre Genesung negativ auswirken. Auch der Umgang mit Symptomen, wie Schmerz und der damit verbundenen Gefahr der Schonatmung sollte den Patientinnen vermittelt werden. Dies könnte auch mit einer Videokassette für zu Hause ergänzt werden, die dann bei Bedarf noch mal angeschaut werden kann.

Selbstpflege beruht auf einer Reihe von komplexen Handlungen, zum Beispiel vom Willen zur Selbstpflege, als auch von der Fähigkeit sich erforderliches Wissen anzueignen und dieses umzusetzen oder von der Fähigkeit rational zu reflektieren. Die Mittel den Erfordernissen zur Selbstpflege gerecht zu werden unterliegen grundlegenden Einflussfaktoren, wie z.B. Alter, Gender, kultureller Hintergrund, soziale Stellung oder der Lebenserfahrung (Cavanagh, 1997, Fawcett, 1996). Alle diese Aspekte müssen bei einer Patienteninformation/-schulung berücksichtigt werden.

Damit die Pflege diesen, zum Teil neuen Aufgaben gerecht werden kann braucht es eine entsprechende Ausbildung. Die Pflegenden brauchen gewisse Kompetenzen, vor allem im psychosozialen Bereich, zu dem auch die Patientenschulung gehört. Auch pathophysiologisches Wissen, damit sie in der kurzen, im Ambulatorium zur Verfügung stehenden Zeit, Anzeichen für eventuelle Symptome erkennen und entsprechend vorausschauend reagieren können. Auch die Erarbeitung oder Anpassung von evidenzbasierten Pflegestandards sind für eine professionelle Pflege erforderlich.

6.2.2 Nachbetreuung

Für das Patientenbedürfnis nach Sicherheit und Betreuung während der Rekonvaleszenz, ist ein Angebot an alternativer Unterstützung zu überdenken. Dies vor allem für Patientinnen, die nicht die ganze Zeit eine Betreuungsperson zur Verfügung haben. Dafür müssen die Pflegenden das Wissen mobilisieren über mögliche Unterstützungsmöglichkeiten, wie z.B. einem ambulanten Pflegedienst oder die Möglichkeit der Unterstützung bei Kinderbetreuung und Einkauf. IAAS (2012) empfiehlt einen Telefonkontakt während der ersten 24 Stunden nach der Operation. Für diese Aufgabe ist die Pflege prädestiniert.

Da die durchschnittliche Rekonvaleszenz nach gynäkologischer Operation 3 bis 5 Tage dauert, je nach Operation, wäre eine telefonische Nachbetreuung durch die Pflegenden des Ambulatoriums während diesem Zeitraum optimal. Der Telefonkontakt könnte aktiv, das heisst die Pflegefachkraft ruft täglich bei den Patientinnen an, geregelt sein. Es könnte auch ein Angebot sein, das nur bei Bedarf genutzt wird. Dabei besteht jedoch die Gefahr, dass sich manche Patientinnen nicht getrauen anzurufen.

Möglich wäre auch eine Zusammenarbeit mit einem ambulanten Pflegedienst, z.B. Spitex, der dann täglich oder auch nur bei Bedarf, bei den Patientinnen vorbeischauen und die nötige Unterstützung geben könnte. Dies erfordert eine frühzeitige professionelle Übergabe der Pflegenden vom Ambulatorium an die zuständigen Personen beim ambulanten Pflegedienst.

Das Ambulatorium könnte auch eine Website einrichten, auf der Patientinnen zusätzliche Informationen abrufen und Fragen stellen könnten, z.B. über Email oder Patientenchat. Da heute viele Computer eine Kamera installiert haben, bzw. die Anschaffung einer solchen nicht allzu teuer ist, könnten auch direkt Gespräche mit den Patientinnen geführt werden (z.B. mit Hilfe des kostenlosen Skype-Programms). Für dieses Nachbetreuungsangebot sollte für einen gewissen Zeitraum pro Tag eine zusätzliche Pflegefachkraft zur Verfügung stehen.

6.2.3 interdisziplinäre Zusammenarbeit

Einige der genannten Bedürfnisse hängen nicht direkt mit dem Auftrag der Pflege zusammen. Diese bedürfen einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit, wie zum Beispiel das Schmerzmanagement. Auch ein Angebot von zusätzlicher wie oben genannter Betreuung durch die Pflege muss von der Institution finanziell abgesichert sein.

Bei der Bewertung der Ergebnisse sollten die vollständigen ökonomischen Auswirkungen der ungedeckten Patientenbedürfnisse mitberücksichtigt werden (Sie sind nicht Bestandteil dieser Untersuchung). Wenn Patientinnen notfallmässig zum Arzt müssen, aufgrund fehlender Informationen oder wegen ungenügend behandelter Schmerzen hat dies negative Folgen für die

allgemeinen Gesundheitskosten. Auch indirekte Kosten wie Lohnausfall wegen zusätzlichen Urlaubstagen von Angehörigen oder verspätete Rückkehr zur Berufstätigkeit können hierbei entstehen.

6.3 Empfehlung für weitere Forschung

Der aktuelle Stand der Forschung auf dem untersuchten Gebiet ist eher gering. Der Schwerpunkt der meisten Studien betrifft den perioperativen Zeitraum und endet meist mit Entlassung aus dem Spital. Wenige Studien sind aus dem europäischen Raum, da die ambulante Chirurgie in Europa noch nicht so stark verbreitet ist wie in den USA und Kanada.

In Anbetracht der Zunahmen der ambulanten Operationen und der damit sich veränderten Arbeitsinhalte der Pflege, ist weitere qualitativ hochstehende Pflegeforschung auf diesem Gebiet erforderlich. Es ist wichtig, das Geschehen in diesem bisher vernachlässigten Zeitraum der Rekonvaleszenz besser zu verstehen und damit Komplikationen weitgehend vermeiden zu können. Dies wäre ein wichtiger Beitrag für die Effizienzsteigerung von ambulanten Operationen und der damit verbundenen Pflege.

Wichtiger Aspekt ist der Bereich der Patienten- und Angehörigenschulung. Um die Befähigung zur Selbstpflege des Patienten während der Rekonvaleszenz zu erreichen, braucht es bessere Methoden der Informationsbereitstellung und des Symptommanagements. Weitere Forschung auf dem Gebiet der professionellen Unterstützung während der Rekonvaleszenz zu Hause könnte zu einer weiteren Verbesserung der Effizienz beitragen.

7 Lernprozess

In diesem Kapitel wird der Lernprozess der Autorin bezüglich Thematik und Methodik beschrieben.

7.1 Lernprozess zur Thematik

Vor dem Erstellen der systematischen Literaturübersicht verfügte die Autorin über wenig Fachwissen bezüglich der Rekonvaleszenz nach ambulanter Chirurgie. Diese Thematik wurde im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachkraft nur am Rande bearbeitet. Es handelte sich anfangs mehr um eigene Erfahrungen und Erfahrungen aus dem Bekanntenkreis, die das Interesse für dieses Gebiet weckten.

Nach einer zunächst eher unsystematischen allgemeinen Einarbeitung in die Thematik und damit verbundenen Auseinandersetzung mit den Ergebnissen einiger Studien, konnte die Autorin feststellen, dass Unterschiede bestehen in der Rekonvaleszenz verschiedener Patientengruppen. Für die Autorin war es deshalb wichtig, sich mit einer spezifischen Patientengruppe zu beschäftigen. Am grössten war das Interesse für die Rekonvaleszenz von Frauen, weshalb sich das Fachgebiet der Gynäkologie anbot. Während der Erarbeitung der Thematik wuchs das Verständnis für die Herausforderungen, die die Patientinnen annehmen, bezüglich ihrer Genesung nach zum Teil grösseren gynäkologischen Operationen. Der Autorin wurde auch bewusst, welche Verantwortung die Pflegenden in diesem Setting tragen und wie wichtig eine gute Pflegequalität ist, um den Patientinnen die notwendige Unterstützung für diesen Schritt zur Autonomie zu geben.

Mit der Wahl des theoretischen Rahmens konnte diese Problematik und Herausforderung sehr gut erarbeitet werden. Zudem war es interessant sich mit dem Selbstpflegemodell, speziell mit den krankheitsbedingten Selbstpflegeerfordernissen von Orem zu beschäftigen, die sehr gut in den Kontext der ambulanten Chirurgie passen. Die eingehende Beschäftigung mit entsprechender Fachliteratur zur Theorie und zur Thematik der ambulanten gynäkologischen Chirurgie hat der Autorin ermöglicht, sich spezifisches Wissen und Verständnis in diesem Bereich anzueignen.

Dieses Wissen wird der Autorin in ihrer zukünftigen Arbeit von grossem Nutzen sein. Die Autorin ist gespannt, wie sich die ambulante Chirurgie in der Schweiz weiterentwickelt und hofft, dass die hierfür notwendigen gesundheitspolitischen Änderungen zu Stande kommen.

7.2 Lernprozess zum Forschungsprozess und zum methodischen Vorgehen

Für die Autorin war die Erstellung der systematischen Literaturübersicht eine erste Begegnung mit der Pflegeforschung. So war es schwierig den zukünftigen Zeitaufwand für diese Arbeit einzuschätzen. Als besonders aufwendig empfand die Autorin das Suchen von passenden Studien, vor allem wenn die Suche durch Unterricht oder Praktika unterbrochen war. Da es zum Teil schwierig war genügend Studien zu finden, die sich speziell mit der Rekonvaleszenz nach gynäkologischer Operation beschäftigten, suchte die Autorin auch Studien, die sich nicht explizit mit diesem Zeitraum beschäftigten oder auch Studien die nicht nur gynäkologische Patientinnen beinhalteten. Dies ergab zum Teil viele Treffer. Somit musste die Autorin auch viele Abstracts, bzw. Studien lesen, um sich ein Bild machen zu können, ob die Studie für die Untersuchung einbezogen werden kann. Eine weitere Herausforderung war, dass die Autorin das Suchprotokoll nicht von Anfang an konsequent führte, somit musste ein Teil der Studien nochmals gesucht werden, um den Suchvorgang festhalten zu können. Dies erforderte viele zusätzliche Stunden Arbeit.

Die Autorin empfand die kritische Beurteilung der Studien als schwierig, da sie das Gefühl hatte, dass ihr hierfür das notwendige statistische Grundwissen fehle. Die Autorin nahm sich deshalb Fachliteratur zu Hilfe (Pflegeforschung von LoBionodo-Wood & Haber). Dies war zeitaufwendig, doch es half bei der kritischen Beurteilung der Studien.

Wenig Probleme hatte die Autorin mit dem Übersetzen und Zusammenfassen der englischen Studien. Die Zusammenfassungen waren dann auch sehr hilfreich für die Zusammenstellung der Ergebnisse. Trotz des grossen zeitlichen Aufwandes empfand die Autorin das erstellen der Literaturübersicht als sehr interessante Arbeit. Sehr hilfreich waren die Tipps und die kompetente Begleitung durch eine Dozentin.

8 Literaturverzeichnis

- Bandyopadhyay, M., Markovic, M., Manderson, L. (2007). Women's Perspectives of Pain Following Day Surgery In Australia. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(4), 19-23.
- Bartholomeyczik, S. (2007). Kurze Verweildauer im Krankenhaus – die Rolle der Pflegenden. *Pflege & Gesellschaft* 12(2), 135-149.
- Behrens, J., Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring* (3. überarb. und erg. Aufl.). Bern: Huber.
- Behrens, J., Langer, G. (2006). *Evidence-based Nursing and Caring* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Bekel, G., Panfil, E., Scupin, O. (2005). Selbstsorge – praktische Erkenntnisse für die klinische Praxis aus der Perspektive der Pflegewissenschaft. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 99(10), 623-627.
- Brökelmann, J. (2012). *Entwicklung und Bedeutung ambulanter Eingriffe im internationalen Vergleich*. [Website]. Verfügbar unter: http://www.arzt-in-europa.de/pages/Endfassung_001_Broekelmann.pdf [Zugriff am 20.Mai 2012].
- Carvalho, B., Benton, P., Vickery, J., Sneyd, P., Davies, P., Langton, J. (2002). Longterm functional recovery following day-case laparoscopic sterilisation: inhalational versus TIVA maintenance. *Journal of Ambulatory Surgery*, 10 (2), 45-51
- Cavanagh, S. (1997). *Pflege nach Orem* (2. verb. Aufl.). Freiburg: Lambertus.

- Coll, A., Ameen, J., Moseley, L., (2003). Reported pain after day surgery: a critical literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(1), 53-65.
- Cox, H., O'Connell, B. (2003). Recovery from gynaecological day surgery: are we underestimating the process. *Journal of Ambulatory Surgery*, 10 (3), 114-121
- Die Spitäler der Schweiz (2010). *Ambulante Behandlung im Spital: Zweite H+ Erhebung vom August 2010*. [Website]. Verfügbar unter: http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Aktuell_Medien/Medienkonferenzen/2010/Ambulante_Spitalleistungen/Deutsch/04_Faktenblatt_amb_Spitalbehandlungen_V6.pdf [Zugriff am 29. März 2011].
- Fawcett, J. (1996). *Pflegemodelle im Überblick*. Jacqueline Fawcett. Aus dem Amerikan. von Irmela Erckenbrecht. Bern: Huber.
- Fetzer, S., Hand, M., Bouchard, P., Smith, H. Jenkins, M. (2005). Self-Care Activities for Postdischarge Nausea and Vomiting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 20(4), 249-254.
- Gilliard, N., Eggli, Y., Halfon, P. (2005). A methodology to estimate the potential to move inpatient to one day surgery. *BMC Health Services*, 78(6), 1-12.
- Gilmartin, J. (2005). Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. *Journal of Clinical Nursing* 16(6), 1109-1117.
- Good, M., Stanton-Hicks, M., Grass, J., Anderson, G., Makii, M., Geras, J. (2000). Pain after gynecologic surgery. *Pain Management Nursing* 1(3), 96-104.
- Hasseler, M. (2007). Systematische bersichtsarbeiten in qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung – eine erste Annherung. *Pflege & Gesellschaft* 12(3), 249-262.

- Horvath, K. (2003). Postoperative Recovery at Home After Ambulatory Gynecologic Laparoscopic Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 18(5), 324-334.
- International Association for Ambulatory Surgery [IAAS]. (2011a). *Our history*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.iaas-med.com/joomla/index.php/about-us/our-history?start=2> [Zugriff am 29.März 2011].
- International Association for Ambulatory Surgery [IAAS]. (2011b). *Ambulantes (tageschirurgisches) Operieren*. [Website]. Verfügbar unter: http://www.arzt-in-europa.de/pages/2006IAAS_Definitionen.html [Zugriff am 12.Mai 2011].
- International Association for Ambulatory Surgery [IAAS]. (2012). *Ambulantes (tageschirurgisches) Operieren*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.aagbi.org/sites/default/files/Day%20Case%20for%20web.pdf> [Zugriff am 20.Mai 2012].
- Jakobsen, D., Callesen, T., Schouenborg, L., Nielsen, D., Kehlet, H. (2003). Convalescence after laparoscopic sterilization. *Journal of Ambulatory Surgery*, 10 (2), 95-99.
- Kägi, W., Siegrist, S., Schäfli, M. (2003). *Einfluss des KVG auf die Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Medizin*. Beiträge zur sozialen Sicherheit. Forschungsprogramm KVG II. Forschungsbericht 2/04. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Kramer, A., Heeg, P., Botzenhart, K. (2001). *Krankenhaus und Praxishygiene*. München: Urban & Fischer.
- Lemos, P., Pinto, A., Morais, G., Pereira, J., Loureiro, R., Teixeira, S., Nunes, C. (2008). Patient Satisfaction following day surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, 21 (3), 200-205.

- Lemos, P., Regalado, A., Marques, D., Castanheira, C., Malafaia, F., Almeida, M., Lanhoso, M., Salgado P. (2003) The economic benefits of ambulatory surgery relative to inpatient surgery for laparoscopic tubal ligation. *Journal of Ambulatory Surgery*, 10 (2), 61–65.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung (2.Aufl.)*. München: Urban & Fischer.
- Lovatsis, D. José, J., Tufmann, A., Drutz, H., Murphy, K. (2007). Assessment of Patient Satisfaction With Postoperative Pain Management After Ambulatory Gynaecologic Laparoscopy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 29 (8), 664-667.
- Mattila, K., Toivonen, J., Janhunen, L., Rosenberg, P. Hynynen, M. (2005). Postdischarge Symptoms After Ambulatory Surgery: First-Week Incidence, Intensity, and Risk Factors. *Anesthesia & Analgesia*, 101(6), 1643-1650.
- Markovic, M., Bandyopaadhyay, M., Trang, V. (2002). Gynaecological day surgery and quality of care. *Australian Health Review*. 25(3), 52-59
- McMenemin, I. (1999). Management of pain after day surgery. *The Journal of One Day Surgery*, Winter 1999, 10-11.
- Mitchell, M. (2007). Nursing research into modern day surgery: A literature review. *Ambulatory Surgery* 13(4), 1-29.
- Mikos, T., Downes, E. (2005). Ambulatory gynaecology: What can we do? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 19(5), 647-661.
- Mottram, A. (2012). Day surgery patients' perception of risk: A qualitative research study. *Ambulatory Surgery*, 17(4), 69-73.

- Odom-Forren, J., Moser, D. (2005). Postdischarge nausea and vomiting: A review of current literature. *Journal of Ambulatory Surgery*, 12(2), 99-105.
- Orem, D. (1997). *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Gerd Bekel, (Hrsg.), deutsche Ausgabe. Berlin: Ullstein Mosby.
- Pavlin, J., Chen, C., Penaloza, D., Buckley, P. (2004). A Survey of Pain and Other Symptoms That Affect the Recovery Process After Discharge from an Ambulatory Surgery Unit. *Journal of Clinical Anesthesia*, 16 (3), 200-206.
- Pfisterer, M., Ernst, E., Hirlekar, G., Maser, P., Shaalan, A., Haigh, C., Upadhyaya, B. (2001). Post-operative nausea and vomiting in patients undergoing day-case surgery:: an international, observational study. *Journal of Ambulatory Surgery*, 9 (2), 13-18
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern: Huber.
- Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte. (2011). *Manual*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.vertrauensaerzte.ch/manual/chapter08.html> [Zugriff am 10. Mai 2011].
- Steiner, R., Fehr, P. (2005). Minimal-invasive Chirurgie in der Gynäkologie. *Therapeutische Umschau*, 62 (2), 127-138.
- Swindale, J. E. (1989). The nurse's role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 14 (11), 899-905.
- World Health Organization [WHO]. (2007). *Day Surgery: Making it Happen*. [Website]. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/108965/E90295.pdf [Zugriff am 20. Mai 2012].

Wu, Ch., Berenholtz, S., Pronovost, P., Fleischer, L. (2002). Symptomatic Review and Analysis of Postdischarge Symptoms after Outpatient Surgery. *Anesthesiology*, 96 (4), 994-1003.

9 Anhang

A) Schritte zu Erstellung einer systematischen Literaturübersicht (Polit et al., 2004)

Identifizieren von Schlagwörtern und Schlüsselbegriffen, nach denen gesucht werden soll



Identifizieren potenzieller Quellen durch elektronische oder manuelle Suche



Heraussuchen vielversprechender Quellen



Überprüfen der Quellen auf Relevanz und Eignung → Verwerfen irrelevanter bzw. ungeeigneter Quellen



Lesen der relevanten Quellen und Anfertigen → Identifizieren neuer Quellen



Anordnen der Quellen



Analyse bzw. Integration des Materials



Schreiben der Übersicht

B) Suchprotokoll

Cochrane

published date 2000 - 2012, "search all text"		
Suchbegriffe	Total	ausgewählte Studien
Gynecologic Surgical Procedures[Mesh] AND Ambulatory Surgical Procedures[MESH] AND needs	36 reviews 10 trials	0
Gynecologic Surgical Procedures[Mesh] AND Ambulatory Surgical Procedures[MESH] AND support	36 reviews 17 trials	0
Gynecologic Surgical Procedures[Mesh] AND Ambulatory Surgical Procedures[MESH] AND assistance	15 reviews	0
Gynecologic Surgical Procedures[Mesh] AND Ambulatory Surgical Procedures[MESH] AND demand	8 reviews	0
Gynecologic Surgical Procedures[Mesh] AND Ambulatory Surgical Procedures[MESH] AND requirement	22 reviews 10 trials	0
Gynecologic Surgical Procedures[Mesh] AND Ambulatory Surgical Procedures[MESH] AND recovery	24 reviews 26 trials	0

→ total verwendete Studien: 0

Cinahl

Expanders: Boolean Phrase, apply related words Limits: published date 2000 - 2012		
Suchbegriffe	Total	ausgewählte Studien
ambulatory surgery AND gyn* AND needs	3	Gilmartin (2007)
ambulatory surgery AND gyn* AND support	4	Markovic et al. (2002)
ambulatory surgery AND gyn* AND assistance	1	Horvath (2003)
ambulatory surgery AND gyn* AND demand	0	
ambulatory surgery AND gyn* AND requirements	4	Pfisterer et al. (2001)
ambulatory surgery AND gyn* AND recovery	20	Bandyopadhyay et al. (2007) Carvalho et al. (2002) Cox & O'Connell (2003) Horvath (2003) Gilmartin (2007) Markovic et al. (2002)
ambulatory surgery AND gyn* Majorheading <ul style="list-style-type: none"> Ambulatory Surgery Surgery, gynecologic postoperative complications 	39	Bandyopadhyay et al. (2007) Cox & O'Connell (2003) Gilmartin (2007) Horvath (2003) Markovic et al. (2002) Pfisterer et al. (2001)
ambulatory surgery AND postdischarge	19	Fetzer (2005) Marley (2001) Odom-Forren & Moser (2005) Wu et al. (2002)
day surgery AND gyn* AND needs“	4	Gilmartin (2007)
day surgery AND gyn* AND support	4	Markovic et al. (2002)
day surgery AND gyn* AND assistance	1	Horvath (2003)
day surgery AND gyn* AND demand	0	
day surgery AND gyn* AND requirements“	1	Pfisterer et al. (2001)
day surgery AND gyn* AND recovery	12	Bandyopadhyay et al. (2007) Cox & O'Connell (2003) Gilmartin (2007) Markovic et al. (2002)

Fortsetzung CINAHL

Expanders: Boolean Phrase, apply related words Limits: published date 2000 - 2012		
Suchbegriffe	Total	ausgewählte Studien
day surgery AND gyn* Majorheading <ul style="list-style-type: none">• Ambulatory Surgery• Surgery, gynecologic• postoperative complications	20	Bandyopadhyay et al. (2007) Cox & O'Connell (2003) Gilmartin (2007) Good (2000) Markovic et al. (2002) Pfisterer et al. (2001)
day surgery AND postdischarge	5	0

→ total verwendete Studien: 12

Journal of Advanced Nursing

Suchbegriffe	Total	ausgewählte Studien
ambulatory surgery AND gyn*	32	Coll et al. (2004), Review
day surgery AND gyn* AND recovery	117	Coll et al. (2004), Review

→ total verwendete Studien: 1

Pubmed

Limits: published date 2000 - 2012		
Suchbegriffe	Total	ausgewählte Studien
Gynecologic Surgical Procedures[Mesh] AND Ambulatory Surgical Procedures[MESH] AND need*	32	Gilmartin (2007) Horvath (2003) Markovic et al. (2002)
Gynecologic Surgical Procedures[Mesh] AND Ambulatory Surgical Procedures[MESH] AND support	43	Markovic et al. (2002)
Gynecologic Surgical Procedures[Mesh] AND Ambulatory Surgical Procedures[MESH] AND assistance	5	Horvath (2003)
Gynecologic Surgical Procedures[Mesh] AND Ambulatory Surgical Procedures[MESH] AND demand*	0	0
Gynecologic Surgical Procedures[Mesh] AND Ambulatory Surgical Procedures[MESH] AND requirement*	12	0
Gynecologic Surgical Procedures[Mesh] AND Ambulatory Surgical Procedures[MESH] AND recovery	36	Gilmartin (2007) Horvath (2003)
Gynecologic Surgical Procedures[Mesh] AND Ambulatory Surgical Procedures[MESH] AND discharge	39	Gilmartin (2007) Markovic et al. (2002)
Gynecologic Surgical Procedures[Mesh] AND Ambulatory Surgery AND postoperative	120	Gilmartin (2007) Horvath (2003) Lovatsis et al. (2007)
Ambulatory Surgical Procedures[MESH] AND postdischarge	32	Fetzer (2005) Marley (2001) Mattila et al. (2005) Wu et al. (2002)

➔ total verwendete Studien: 8

Ambulatory surgery (Journal)

Limits: published date 2000 - 2012		
Suchbegriffe	Total	ausgewählte Studien
ambulatory surgery ¹ AND gyn* AND needs	66	Cox & O'Connell (2003) Jakobsen et al. (2003) Odom-Forren & Moser (2005) Pfisterer et al. (2001)
ambulatory surgery ¹ AND gyn* AND support	21	Cox & O'Connell (2003)
ambulatory surgery ¹ AND gyn* AND assistance	9	Cox & O'Connell (2003) Odom-Forren & Moser (2005) Pfisterer et al. (2001)
ambulatory surgery ¹ AND gyn* AND demand	10	0
ambulatory surgery ¹ AND gyn* AND requirements	23	Pfisterer et al. (2001)
ambulatory surgery ¹ AND gyn* AND recovery	79	Cox & O'Connell (2003) Jakobsen (2003) Odom-Forren & Moser (2005) Pfisterer et al. (2001)
ambulatory surgery ¹ AND gyn* Limit topics <ul style="list-style-type: none"> • Ambulatory Surgery • Day Surgery, • Gynecological surgery 	53	Cox & O'Connell (2003)
ambulatory surgery ¹ AND gyn* Limit topics <ul style="list-style-type: none"> • Ambulatory Surgery • Day Surgery, • post operativ • Laparoscopic sterilization 	64	Cox & O'Connell (2003) Jakobsen et al. (2003) Odom-Forren & Moser (2005)

¹ selbe Ergebnisse für day surgery

➔ total verwendete Studien: 4

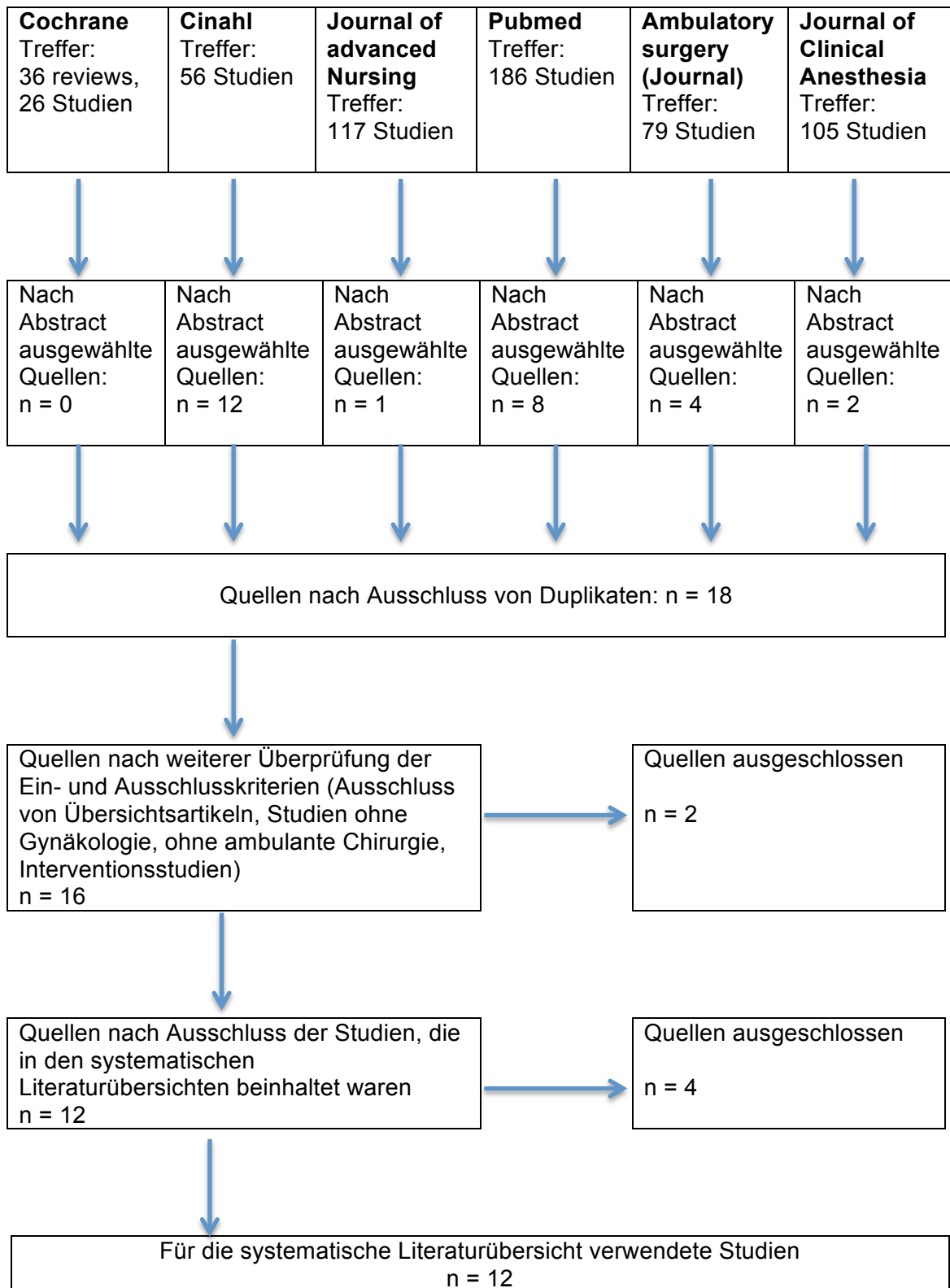
Journal of Clinical Anesthesia

Limits: published date 2000 - 2012		
Suchbegriffe	Total	ausgewählte Studien
ambulatory surgery AND gyn* Limit topics <ul style="list-style-type: none"> Ambulatory Surgery post operativ pain management 	20	Pavlin et al. (2004)
day surgery AND gyn* Limit topics <ul style="list-style-type: none"> Ambulatory Surgery post operativ pain management 	28	Lemos et al. (2008) Pavlin et al. (2004)
ambulatory surgery AND gyn* AND needs	42	Lemos et al. (2008)
ambulatory surgery AND gyn* AND support	23	0
ambulatory surgery AND gyn* AND assistance	14	0
ambulatory surgery AND gyn* AND demand	13	Lemos et al. (2008)
ambulatory surgery AND gyn* AND requirements	42	Lemos et al. (2008)
day surgery AND gyn* AND needs	93	Lemos et al. (2008)
day surgery AND gyn* AND support	75	0
day surgery ¹ AND gyn* AND assistance	32	0
day surgery AND gyn* AND demand	24	Lemos et al. (2008)
day surgery AND gyn* AND requirements	72	Lemos et al. (2008)
ambulatory surgery AND gyn* AND discharge <ul style="list-style-type: none"> 	39	Lemos et al. (2008) Pavlin et al. (2004)
day surgery AND gyn* AND discharge <ul style="list-style-type: none"> 	59	Lemos et al. (2008) Pavlin et al. (2004)
day surgery AND gyn* AND recovery <ul style="list-style-type: none"> 	105	Lemos et al. (2008) Pavlin et al. (2004)
ambulatory surgery AND gyn* AND recovery <ul style="list-style-type: none"> 	55	Lemos et al. (2008) Pavlin et al. (2004)

➔ total verwendete Studien: 2

C) Such- und Auswahlprozess

Erhaltene Treffer anhand der Ein- und Ausschlusskriterien:



D) Übersicht der einbezogenen Studien

Studie	Design & Population	Methode	Zeitpunkt ¹	N	Ergebnis
Bandyopadhyay (2007) et al.	Mixed method Gynäkologie	Telefonumfrage + 10 (N) Interviews	1. +2.	315 (10)	Schmerz, Information, Unterstützung
Coll et al. (2003)	review gemischt			24 Studien	Schmerz
Cox O'Connell (2003)	quantitativ Gynäkologie	Tagebuch + Telefon	1-4 10	80	Symptommanagement, Bewegung, essen, Haushalt Konzentration, Information
Gilmartin (2005)	qualitativ gemischt	Interviews	7 (bis 10)	30	Austrittsplanung, Information, Symptommanagement, Kinderbetreuung Aktivitäten
Horvath (2003)	quantitativ Gynäkologie	Tagebuch	1-6	91	Schmerz, Fatigue, Rückkehr zu ATLs
Jakobsen et al. (2003)	quantitativ Gynäkologie	Tagebuch	1-6	76	Rückkehr zu Arbeit, Freizeitbeschäftigungen Kinderbetreuung Schmerzen, Fatigue
Lemos et al. (2008)	quantitativ gemischt	2 Interviews	1 + 30	251 (22 gyn)	Schmerz, Informationen, Unsicherheit
Lovatsis et al. (2007)	quantitativ Gynäkologie	Telefonumfrage	1+2+3	49	Schmerz
Mattila et al. (2005)	quantitativ gemischt	Fragebogen	1-7	2144 (27% gyn)	Symptommanagement, Information,
Markovic et al. (2002)	quantitativ Gynäkologie	Telefonumfrage	1 (2)	315	Unterstützung, medizinische Kontrolle, Informationen, ATLs
Odom-Forren Moser (2005)	review gemischt			18 Studien	Post discharge nausea und vomiting
Pavlin et al.	quantitativ gemischt	Telefonumfrage	1+2+3	175 (50 gyn)	Symptommanagement, Aktivitäten, Zufriedenheit

¹ Zeitpunkt = postoperativer Tag der Befragung

E) Beurteilung einer qualitativen Studie nach Behrens & Langer (2006)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? Forschungsbema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? Wie erfolgte die Auswahl?

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? Auch die Perspektive des Forschers?

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? Methode der Datensammlung?

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? Wenn nein: warum nicht?

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.medicin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351>

V 1.1

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing. Hans Huber: Bern.

F) Beurteilung einer quantitativen Studie nach LoBiondo-Wood & Haber (2005)

Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen

Darstellung des Problems und des Ziels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie? 2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar? 3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich? 4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers? 	
Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen. 2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus? 3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen? 4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an. 5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen? Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter? 	
Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert? 2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie? 3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage? 4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen? 5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese? 6. Sind die Hypothesen überprüfbar? 	

G) Beurteilungsraster für Studien mit der „Mixed Methods“ (Long, 2005)

The ‚mixed method‘ evaluation tool was developed from the evaluation tools for quantitative and qualitative studies, themselves created within the context of a project exploring the feasibility of undertaking systematic reviews of research literature on effectiveness and outcomes in social care. The ‚mixed method‘ tool draws on appropriate questions from the quantitative and qualitative evaluation tools. It provides a template of key questions to assist in the critical appraisal of studies using more than one method.

Review Area	Key Questions
(1) STUDY EVALUATIVE OVERVIEW	
Bibliographic Details	<ul style="list-style-type: none"> • Author, title, source, year
Purpose	<ul style="list-style-type: none"> • What are the aims of this paper • If the paper is part of a wider study, what are its aims?
Key Findings	<ul style="list-style-type: none"> • What are the key findings?
Evaluative Summary	<ul style="list-style-type: none"> • What are the strengths and weaknesses of the study and theory, policy and practice implications?
(2) STUDY AND CONTEXT (SETTING, SAMPLE AND OUTCOME MEASUREMENT)	
The Study	<ul style="list-style-type: none"> • What type of study is this? • What was the intervention? • What was the comparison intervention? • Is there sufficient detail given of the nature of the intervention and the comparison intervention? • What is the relationship of the study to the area of the topic review?
Context: (1): Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Within what geographical and care setting is the study carried? • What is the rationale for choosing this setting? • Is the setting appropriate and/or sufficiently specific for examination of the research question? • Is sufficient detail given about the setting?
Context (2): Sample	<ul style="list-style-type: none"> • What was the source population? • What are the inclusion criteria? • What are the exclusion criteria? • How was the sample (events, persons, times and settings) selected? (for example, theoretically informed, purposive, convenience, chosen to explore contrasts) • Is the sample (informants, settings and events) appropriate to the aims of the study? • If there was more than one group of subjects, how many groups were there, and how many people were in each group? • Is the achieved sample size sufficient for the study aims and to warrant the conclusions drawn? • What are the key characteristics of the sample (events, persons, times and settings)?
Context (3): Outcome	<ul style="list-style-type: none"> • What outcome criteria were used in the study?

Measurement	<ul style="list-style-type: none"> Whose perspectives are addressed (professional, service, user, carer)? Is there sufficient breadth (e.g. contrast of two or more perspective) and depth (e.g. insight into a single perspective)?
(3) ETHICS	
Ethics	<ul style="list-style-type: none"> Was Ethical Committee approval obtained? Was informed consent obtained from participants of the study? How have ethical issues been adequately addressed?
(4) GROUP COMPARABILITY	
Comparable Groups	<ul style="list-style-type: none"> If there was more than one group was analysed, were the groups comparable and in what were they not? How were important confounding variables controlled (e.g. matching, randomisation, or in the analysis stage)? Was this control adequate to justify the author's conclusions? Were there other important confounding variables controlled for the study design of analyses and what were they? Did the authors take these into account in their interpretation of the findings?
(5) QUALITATIVE DATA COLLECTION AND ANALYSIS	
Data Collection Methods	<ul style="list-style-type: none"> What data collection methods were used in the study? (Provide insight into: data collected, appropriateness and availability for independent analysis) Is the procedure of fieldwork adequately described? (For example, account of how the data were elicited; type and range of questions; interview; length and timing of observation work; note taking)
Data Analysis	<ul style="list-style-type: none"> How were the data analysed? How adequate is the description of the data analysis? (For example, to allow reproduction; steps taken to guard against selectivity) Is adequate evidence provided to support the analysis? (For example, includes original / raw data extracts; evidence of iterative analysis; representative evidence presented; efforts to establish validity - searching for negative evidence, use of multiple sources, data triangulation); reliability / consistency (over researchers, time and settings; checking back with informants over interpretation) Are the findings interpreted within the context of other studies and theory?
Researcher's Potential Bias	<ul style="list-style-type: none"> What was the researcher's role? (For example, interviewer, participant observer) Are the researcher's own position, assumptions and possible biases outlined? (Indicate how these could

	affect the study, in particular, the analysis and interpretation of the data)
(6) POLICY AND PRACTICE IMPLICATIONS	
Implications	<ul style="list-style-type: none"> • To what setting are the study findings generalisable? • To what population are the study's findings generalisable? • Is the conclusion justified given the conduct of the study (e.g. sampling procedure, measures of outcome used and results achieved?) • What are the implications for policy? • What are the implications for service practice?
(7) OTHER COMMENTS	
Other comments	<ul style="list-style-type: none"> • What was the total number of references used in the study? • Are there any other noteworthy features of the study? • List other study references
Reviewer	<ul style="list-style-type: none"> • Name o reviewer • review date

H) Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse Behrens & Langer (2004)

Glaubwürdigkeit

- 1) Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?
- 2) Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?
- 3) Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?
- 4) Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?
- 5) Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?
- 6) Stimmten die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?
- 7) Waren die Studien ähnlich?

Aussagekraft

- 8) Was sind die Ergebnisse?
- 9) Wie präzise sind die Ergebnisse?

Anwendbarkeit

- 10) Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?
- 11) Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?
- 12) Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

I) Zusammenfassung der ausgewählten Studien und deren Bewertung

Bandyopadhyay, M., Markovic, M., Manderson, L. (2007). Women's Perspectives of Pain Following Day Surgery In Australia. Australian Journal of Advanced Nursing 24(4), 19-23				
Ziel und Forschungsfragen: Untersucht wurde das Auftreten von Schmerzen nach Entlassung und innerhalb der ersten 48 Stunden nach einer ambulanten Operation. Ziel der Studie war, den Einfluss soziodemografischer Daten, Operationsstatus, familiärer Unterstützung und Pflegequalität auf die Schmerzwahrnehmung und die Schmerzmanagement-Strategien zu erforschen.				
Stichprobe: Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Befragt wurden Frauen, die in einer staatlichen Frauenklinik in Melbourne einen ambulanten gynäkologischen chirurgischen Eingriff hatten. Von 451 Frauen wurden 315 in die Studie einbezogen. 10 von den 315 Frauen wurden für qualitative Interviews ausgewählt (aus verschiedenen sozioökonomischen Schichten).				
Forschungsdesign: "mixed method" (qualitativ und quantitativ), deskriptive Querschnittsstudie				
Rechtlich-ethische Fragen:	ethische	Zustimmung	vom	Klinik- und Universitätskomitee.
Verfahren der Datensammlung: Zeitraum: zwischen August bis Oktober 2000. Quantitative (15 minütige Telefonumfrage) bei allen Patientinnen und qualitative (Interviews) Methoden bei 10 Patientinnen wurden angewandt. Der Fragebogen umfasste offene und geschlossene Fragenstellungen, es wurde ein Pilottest mit 20 ambulanten Chirurgiepatientinnen durchgeführt. Daten wurden gesammelt zum sozioökonomischen Hintergrund, allgemeinen Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung), Informationsbereitstellung vor ambulantem Eingriff und deren Zweckmäßigkeit, Unterstützung und Hilfe zu Hause nach Entlassung, Vor- und Nachteile der ambulanten Chirurgie. Informationen zu Schmerzen bei Entlassung, Schmerzmanagement zu Hause, Schmerz nach 48 Stunden. Der Schmerzlevel wurde mit einer Likert Skala von 1 (geringster Schmerz) bis 5 (grösstmöglicher Schmerz) gemessen. Dateneingabe sowie die deskriptive, bi- und multivariate statistische Analyse erfolgte über SPSS Software. Zur Ergänzung und Bekräftigung der Daten wurden 10 Frauen mit Hilfe einer bewusst gewählten Stichprobe ausgewählt für ausführliche Interviews (ungefähr 1 h). Die Befragung fand bei den Frauen zu Hause oder an einem anderen, von ihnen gewählten Ort, statt. Die Stichprobe war bewusst gewählt, um sowohl verschiedene sozioökonomische Hintergründe als auch verschiedene Operationsmethoden einbeziehen zu können. Die Interviews erforschten die Strategien zum Schmerzmanagement der Frauen und die Erfahrung während der Rekonvaleszenz. Die qualitative Datensammlung und Datenanalyse wurde gleichzeitig vorgenommen.				
Datenanalyse: Die thematische Analyse erfolgte mit Hilfe der ATLAS-ti Software nach einem Grounded Theory Ansatz.				
Ergebnisse: 69.5% der befragten Frauen hatten nach Entlassung Schmerzen, über die Hälfte (53.5%) noch nach 48 Stunden. Ältere Frauen berichteten weniger häufig über Schmerzen während ($p \leq 0.01$) oder innerhalb der ersten 48 Stunden nach Entlassung ($p \leq 0.05$). Frauen, mit Operationserfahrung hatten 1.9 mal häufiger Schmerzen innerhalb der ersten 48 Stunden nach Entlassung ($p \leq 0.05$), jedoch nicht direkt bei Entlassung. Auch die Art der Operation hatte einen statisch signifikanten Einfluss auf die Schmerzerfahrung in den ersten 48 Std nach Entlassung. Dazu gehören die Brustbiopsie, Dilatation und Curretage kombiniert mit Laparoskopie, Hysteroskopie oder Pelviskopie und der medizinische Schwangerschaftsabbruch. 83.8% der Frauen konnten der abgegebenen Information gut folgen. Diese waren innerhalb der ersten 48 Stunden, unabhängig von der Operationsart, weniger von				

<p>Schmerzen betroffen ($p \leq 0.05$). Jedoch konnte kein statistischer Zusammenhang gefunden werden zwischen Verstehen der Information und dem markierten Schmerzlevel in der Likert Skala. Die bivariate Analyse zeigte einen statisch signifikanten Zusammenhang zwischen der im Aufwachraum verbrachten Zeit und der Schmerzerfahrung 48 Std. nach Entlassung ($p \leq 0.001$). Von den Frauen die eine angemessene Zeit im Aufwachraum verbrachten, berichteten 38.8 % dass sie nach 48 Std. keine Schmerzen mehr hatten. Bei den Frauen, die ungenügend lang in Betreuung der Pflegenden waren, gaben nur 7.8 % an, nach 48 Std. nicht mehr unter Schmerzen zu sein. Kein statisch signifikanter Unterschied konnte bezüglich der Nationalität und des kulturellen Hintergrunds der Frauen beobachtet werden. Die meisten Frauen (80.8%) behandelten ihre Schmerzen selbst, 78.5 % mit Analgetika, 2.3 % mit alternativen Methoden. 19.2 % unternahmen nichts zur Schmerzbewältigung. 86% der Frauen hatten Unterstützung zu Hause. Frauen, die innerhalb 48 Std. nach Entlassung über Schmerzen berichteten, erhielten 2.3 mal mehr Hilfe zu Hause ($p \leq 0.01$). 1.9% der Frauen schilderten, dass es für ihre Betreuungspersonen unangenehm war, für sie zu sorgen, diese Frauen nahmen ihre eigene Betreuungsaufgaben eher wieder auf ($p \leq 0.001$), einige Frauen berichteten über die Schwierigkeit, die Pflege ihrer kleinen Kinder zu gewährleisten.</p>
<p>Schlussfolgerung: Aufgrund der Verschiedenheit der Patientenerfahrungen mit Schmerz, ist ein individuelles Assessment einer jeden Patientin notwendig. Die Bereitstellung von Informationen bezüglich ambulanter Chirurgie sollte verbessert werden. Die Feststellung, dass Frauen über Schwierigkeiten berichteten, ihren häuslichen Aufgaben nachzukommen, bekräftigt die Notwendigkeit für ambulant operierte Patienten Zugang zu häuslicher Pflege anbieten zu können.</p>
<p>Gesamtpunktzahl nach kritischer Bewertung: 11/14</p>

<p>Coll, A., Ameen, J., Moseley, L., (2003). Reported pain after day surgery: a critical literature review. Journal of Advanced Nursing 46(1), 53-65.</p>
<p>Ziel und Forschungsfragen: Untersucht wurde Schmerz nach ambulanter Chirurgie und Unstimmigkeiten in den ausgewiesenen Schmerzlevels in den verschiedenen Studien. Verschiedene Operationsverfahren und Spezialgebiete wurden berücksichtigt.</p>
<p>Stichprobe: 24 Studien konnten nach Einbezug der Ein- und Ausschlusskriterien in die Literaturübersicht einbezogen werden</p>
<p>Forschungsdesign: systematische Literaturübersicht</p>
<p>Verfahren der Datensammlung: Es wurden Studien ab 1983 einbezogen. Gesucht wurde mit den folgenden Suchbegriffen: postoperative pain/complications, pain after day surgery, day/ambulatory surgery, nursing, operations types, operative/surgical procedures, descriptors of pain, pain intensity, verbal descriptor scale, numerical rating scale visual analogue scale, validity, reliability, design, sample size, data collection methods“ und den Variationen aus den genannten Suchbegriffen. Folgende Datenbanken wurden durchsucht: Medline, CINAHL, Nursing Collection, Embase, Healthstar, BMJ, Ambulatory Surgery und andere Internet Journale.</p>
<p>Datenanalyse: Bei der Beurteilung der Qualität der untersuchten Studien wurde berücksichtigt: die unterschiedlichen Methoden der Datensammlung, Probleme mit den psychometrischen Eigenschaften der Schmerzmessungsinstrumente, verschiedene Stichprobenerhebungs-Methoden und Stichprobengrößen und fehlende Angabe des Schmerzlevels bezogen auf das Operationsverfahren. Die Ergebnisse der Studien wurden zusammengefasst bezüglich Schmerz während einer bestimmten Zeitperiode: Tag der Operation; erster postoperativer Tag; zweiter postoperativer Tag; dritter postoperativer Tag und weitergehend;</p>
<p>Ergebnisse: Die Übersicht ergab, dass wichtige Unterschiede bestehen in den ausgewiesenen Studienergebnissen bezüglich des Spezialgebietes (z.B. Gynäkologie) und der verschiedenen Operationsmethoden (z.B. Laparoskopische Sterilisation). Es gab ausserdem Unterschiede in der Methode der Schmerzmessung und der Reliabilität und Validität der Instrumente, Stichprobenerhebung und –grösse und der ausgewiesenen Schmerzlevel und –beschreibungen.</p> <p><u>Ergebnisse Schmerz am Tag der Operation:</u> 63% der Patientinnen hatten nach laparoskopischer Sterilisation starke Schmerzen (Oberle et al, 1994, 294 Patienten aus verschiedenen Spezialgebieten). De Beer und Ravalia (2001) untersuchten 100 Patientinnen nach Laparoskopie/laparoskopischer Sterilisation mit dem Ergebnis: 65% hatten leichte (1-3) Schmerzen, 31% mässige (4-8) und 3% starke (9-10) Schmerzen. Die Studie von Burumdayal und MacGowan-Palmer (2002, 20 Patientinnen) ergab bei laparoskopischer Sterilisation 45% Patientinnen mit leichten Schmerzen, 55% mit mässigen bis starken Schmerzen.</p> <p><u>Ergebnisse Schmerz am ersten postoperativen Tag (POD1):</u> 22% gynäkologische Patientinnen hatten mässige bis starke Muskelschmerzen (Jackson et al, 1997, 1709 Patienten, verschiedenen Spezialgebiete). Studie von Frisch (1990, 22 Patienten mit laparoskopischer Sterilisation/Arthroskopie/Karpal-Tunnel-Dekompression): 40% hatten am POD1 schlimmste Schmerzen. Bei der Untersuchung von Chung et al (1997) mit 10'008 Patienten aus verschiedenen Spezialgebieten litten 5% der Patienten unter starken Schmerzen am POD1.</p> <p>Beauregard et al (1998) kamen zum Ergebnis, dass 60% der Patienten (93 Patienten mit Gynäkologischer Laparoskopie/Knie und Schulter Arthroskopie/Karpal-Tunnel Dekompression) schlimmere Schmerzen während des Spitalaufenthalts hatten. Bei Hunter et al (1998, 553 Patienten aus Gynäkologie/Urologie und allgemeiner Chirurgie) hatten 40% Schmerzen an POD1.</p> <p><u>Ergebnisse Schmerz am zweiten postoperativen Tag:</u> 79% der untersuchten 287 Patienten (Gynäkologie/allgemeine Chirurgie/Orthopädie) hatten keine bis mässige Schmerzen und 21% starke bis sehr starke Schmerzen (Lewin, Razis 1995). Bei Stockdale und Bellmann (1998, 126 Patienten aus Gynäkologie/Urologie/Oral/Brust/Orthopädie und allgemeiner Chirurgie) hatten 3%</p>

starke Schmerzen. Bei Frisch (1990) hatten am POD 2, 17% schlimmste Schmerzen. Ergebnisse Schmerz am dritten postoperativen Tag und danach: Bei Frisch (1990) hatten noch 17% mässige Schmerzen an POD 7. Bei der Studie von Osborne und Rudkin (1993) mit 6'000 Patienten (Laparoskopie, Kniearthroskopie, Hals-Nasen-Chirurgie, Schwangerschaftsabbruch, andere kleinere gynäkologische Eingriffe) hatten 80% der Patienten mit laparoskopischem Eingriff, 19% mit Schwangerschaftsabbruch und 21% der Patientinnen mit anderen gynäkologischen Eingriffen postoperative Schmerzen. Bei Oberle et al (1994) hatten 9% der Patientinnen mit laparoskopischer Sterilisation starke Schmerzen am POD3. Petticrew et al (1995) untersuchte 583 Patientinnen nach Dilatation und Kurretage mit dem Ergebnis, dass 11 % ziemlich viel bis starke Schmerzen hatten. Bei Beauregard (1998) hatten 30% schlimmste Schmerzen an POD 7. Beim Audit über postoperativen Schmerz über 2 Jahre (400 Patienten: Arthroskopie/kleinere orthopädische Eingriffe/Biopsien/Hernienoperation/Cysthoskopie, Hysteroskopie, laparoskopische Sterilisation) kamen Mackintosh und Bowles (1998) zu folgenden Ergebnissen: 17-20% hatten unakzeptable Schmerzen. Bei Haynes et al (1995) mit 150 Patienten aus verschiedenen Spezialgebieten (Gynäkologie mit Laparoskopie/ Dilatation und Kurretage/ Schwangerschaftsabbruch/Hysterektomie) hatten 26% starke Schmerzen. Die Patientinnen (40, mit laparoskopischer Sterilisation) bei Agboola et al (1999) hatten zu 65% beträchtliche Schmerzen am POD3 und 30% immer noch Schmerzen bei POD7.

Die neueren Studien zeigen keine niedrigeren Schmerzlevel im Vergleich zu den älteren Studien. Für manche Patienten ist die Schmerzintensität am Tag 3 so heftig ist wie am Tag der Operation.

Es gibt Unterschiede in den berichteten Schmerzlevel innerhalb einer Spezialisierung: Laparoskopische Sterilisation geht einher mit hohen Schmerzlevel, verursacht durch Eileiterunterbindung und darauffolgender Ischämie (Haynes et al 1995, McMenemin 1999, de Beer & Ravalia 2001) und diagnostische Laparoskopie verursacht eher mässige Schmerzen, wegen der Insufflation von Kohlendioxid und der darauffolgenden Lufteinschlüsse (Davis&Miller 1988, Agboola et al 1999). Im Gegensatz dazu verursacht eine Dilatation und Kurretage im allgemeinen eine geringere Schmerzintensität (Petticrew et al 1995).

Schlussfolgerung: Die berichteten Schmerzlevel nach ambulanter Chirurgie sind inkonsistent. Der subjektive Charakter und die Komplexität des Schmerzes, hat zu unterschiedlichen Interpretationen in der Forschung geführt und damit verbunden zu unterschiedlichen Messinstrumenten. Präoperative Vorbereitung ist notwendig, um Patienten entsprechend der spezifischen Operationsmethode über die zu erwartende Schmerzintensität zu informieren. Dafür ist es notwendig, ein breites Wissen über die zu erwartenden Schmerzlevel zu den verschiedenen Operationsmethoden zu bekommen. Dies würde helfen bei der Identifikation und Implementierung von angemessenen Analgetika Protokollen. Dafür bräuchte es die Einführung eines konsistenten Schmerzmessungsinstruments.

Gesamtpunktzahl nach kritischer Bewertung 11.5/12

Cox, H., O'Connell, B., (2003). Recovery from gynaecological day surgery: are we underestimating the process. Journal of Ambulatory Surgery 10, 114-121
Ziel und Forschungsfragen: Untersucht wurden die Erfahrungen von ambulant operierten Frauen während ihrer Genesung zu Hause unter Berücksichtigung der Art und Intensität der Symptome, des Umganges mit den Symptomen, der betreuenden Personen und in welchem Umfang diese gebraucht wurden, der erhaltenen Informationen und ob diese hilfreich waren für das Symptommanagement, der in Anspruch genommenen Hilfe von Gesundheitspersonal
Stichprobe: Gelegenheitsstichprobe. Befragt wurden Frauen, die in einer Klinik in Melbourne einen gynäkologischen ambulanten chirurgischen Eingriff hatten (mehrheitlich laparoskopischer Eingriff zur Diagnose und Behandlung einer Endometriose mit unterschiedlichen Ausprägungen). Die Stichprobe umfasste 80 Frauen. Das Alter variierte von 22-63 Jahren (Durchschnitt 36.6 Jahre). 91.1% der Frauen hatten eine betreuende Person für die ersten 24 h nach der Operation.
Forschungsdesign: quantitative Forschungsmethode, explorativ/deskriptiv
Rechtlich-ethische Fragen: Wenig konkrete Angaben, Zustimmung von Studienteilnehmern erfolgte
Verfahren der Datensammlung: die Frauen bekamen ein speziell für ambulant operierte Patienten entwickeltes Tagebuch. Dieses führten sie selbstverwaltend in den ersten 4 Tagen. Es enthielt 3 Domänen: eine numerische Symptom-Genesungsskala, einen Index zum Symptommanagement und Daten bezüglich Informationen bei Entlassung und zur Demografie. Die Frauen wurden von den Forschern zusätzlich telefonisch befragt bezüglich aufgetretener Probleme während ihrer Genesung.
Datenanalyse: numerische Codierung der Ergebnisse der verschiedenen Instrumente, die quantitativen Daten wurden deskriptiv analysiert (SPSS).
Ergebnisse: 97.5 % der Patientinnen hatten bei Entlassung Informationen zum Symptommanagement erhalten. 68.8% in schriftlicher und verbaler Form. 91.3 % der Frauen empfanden die Informationen ausreichend für die Genesung zu Hause. Die Symptom-Genesungsskala umfasste die Variablen: Müdigkeit, Bewegung, essen, trinken, Ausscheidung, Schmerz, Übelkeit und Wundpflege. Die Ergebnisse zeigten, dass die post-operativen Symptome von Tag 1 bis 4 an Heftigkeit abnahmen. Am meisten Probleme hatten die Frauen mit den Symptomen Müdigkeit, Bewegung, essen und Schmerz, vor allem mit Schulterschmerzen, verursacht durch das Kohlendioxid, das während der Operation in das Abdomen eingeleitet wurde. 51.3 % der Frauen empfanden am Tag 1 das Schmerzmanagement als schwierig und 20 % als sehr schwierig. Tag 4 waren es noch 51.9% die es als schwierig und 7.6 % die es als sehr schwierig empfanden. Bezüglich Müdigkeit (Tag 1) empfanden 51.3 % das Management als schwierig und 16.3 % als sehr schwierig. Am Tag 4 hatten noch 46.8 % Schwierigkeiten mit dem Management der Müdigkeit. Weitere Symptommanagementprobleme gab es hinsichtlich der Bewegung: 73.4 % der Frauen empfanden es als schwierig am Tag 1, 64.6 % noch am Tag 4. Bei der Ausscheidung waren es 50.6 % am Tag 1 und 30.4 % am Tag 4. Weitere problematische postoperative Schwerpunkte, waren unerwartete Brust- und Schulterschmerzen, Übelkeit und Erbrechen. Die Unsicherheit bezüglich der erlebten Symptome und der Beurteilung was normal ist, bereitete vielen Frauen Probleme, z.B. der Umgang mit vaginalen Blutungen, was ist zu viel, wann dauern diese zu lange an oder die Beurteilung der Wundheilung.
Bei den Interviews am Tag 10 hatten 51.3 % der Frauen zwischen Tag 5 bis 10 weiterhin Probleme mit Müdigkeit (davon 25 % auch noch am Tag 10), 38.8 % mit Schmerz und waren dadurch auch in ihrer Bewegung, im Schlaf und im sozialen Leben eingeschränkt. Von diesen hatten 60% noch am Tag 10 Schwierigkeiten. 27.5 % hatten Beschwerden mit Bewegung, 30 % davon noch am Tag 10. Weitere Schwierigkeiten die im Telefoninterview genannt wurden waren: Wundpflege, Konzentration, Auto

fahren, Haushaltsarbeiten, einkaufen, Rückkehr zur Berufstätigkeit. Zu einem geringeren Ausmass auch die Betreuung der Kinder und das Kochen.

45% der Frauen nahmen während ihrer Genesung Hilfe einer medizinischen Fachkraft in Anspruch: z.B. wegen der Unsicherheit bezüglich bestimmter Symptome und der Absicherung, ob die Genesung normal verläuft, zum Beispiel bezüglich vaginaler Blutungen oder Wundheilung oder wegen Entfernung der Fäden/Klammern. Einige kontaktierten zusätzlich zur medizinischen Fachkraft noch andere Gesundheitsfachkräfte, zum Beispiel Pflegefachkräfte (30%). Die Mehrheit der Frauen (82.5 %) hatten während der ersten 24 h eine Betreuungsperson. Durchschnittlich 3.09 Tage wurde diese Hilfe benötigt. Die Frauen bezeichneten diese Unterstützung als sehr wichtig für ihre Genesung, vor allem für die ATLs, die Betreuung der Kinder und für die Rückversicherung bei Unsicherheiten. Insgesamt 63.8% der Frauen machten die Feststellung, dass ihre Leistungsfähigkeit durch die ambulante Operation beeinträchtigt war, bei diesen dauerte die Rückkehr zur gewohnten Konzentrationsfähigkeit durchschnittlich 6.97 Tage.

Schlussfolgerung: Die Entwicklung der ambulanten Chirurgie sollte von einem Qualitätssicherungsprozess begleitet sein. Es scheint, dass ein Prozess, der bis zu 10 Tagen die Genesung der Patienten überprüft und die Angemessenheit der Informationen, die die Patienten und betreuenden Personen erhalten haben, einschätzt, zu besseren Ergebnissen und einer höheren Qualität führen könnte. Die Zeit, die für die Genesung benötigt wird sollte, vor allem bei komplexeren Eingriffen, nicht unterschätzt werden.

Gesamtpunktzahl nach kritischer Bewertung: 10/14

Gilmartin, J., (2005). Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. Journal of Clinical Nursing. 2007 (16), 1109-1117
Ziel und Forschungsfragen: erforschen und aufzeigen der Wahrnehmung der Patienten bezüglich der Entlassungsplanung und Genesung nach ambulanter Chirurgie.
Stichprobe: Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Befragt wurden 30 Patienten mit ambulantem chirurgischem Eingriff im Bereich Urologie (12) Gynäkologie (14) und allgemeine Chirurgie (4). 17 weibliche und 13 männliche Patienten.
Forschungsdesign: Qualitativ, hermeneutisch phänomenologisch, nicht-experimentell, nicht randomisiert
Rechtlich-ethische Fragen: ethische Bewilligung vom ethischen Untersuchungsausschuss der NHS, UK, vorgängige schriftliche Einwilligung der teilnehmenden Patienten.
Verfahren der Datensammlung: Zeitraum der Befragung: 6 Monate, unstrukturierte Interviews mit offenen Fragen (Interviewdauer 40-60 Minuten). Die Interviews wurden bei den Patienten zu Hause durchgeführt 7 bis 10 Tage nach der Operation.
Datenanalyse: Kodierung,, Kategorienbenennung, und Vergleich der Kategorien (nach Van Manen). Zirkulärer Prozess mit Schreiben und Überarbeiten;
<p>Ergebnisse: Aus der Untersuchung gingen vier Hauptthemen hervor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Austrittsplanung, • Schmerz, Fatigue und Hautverfärbungen, • Schwellungen, Hämatome und Ausscheidungsprobleme, • Blutungen, Gefühlsschwankungen. Gefühl einer Verbesserung <p>Die meisten Patienten waren mit der Austrittsplanung zufrieden. Die Studie zeigte signifikante Defizite auf in der verbalen Informationsweitergabe an die Patienten. Einige Patientinnen mit gynäkologischen Eingriffen beanstandeten, dass sie keine Informationen oder Beratung bezüglich sexuellen Aktivitäten bekamen und es ihnen selbst unangenehm war, das Thema anzusprechen. Dies verursachte sowohl bei jüngeren, als auch bei Frauen im mittleren Alter grosse Unsicherheiten. Des weiteren war der Zeitpunkt der Informationsbereitstellung, vor allem bei Patienten mit Vollnarkose, problematisch, da sie sich nach der Operation schläfrig und benommen fühlten und somit die Informationen nicht vollständig aufnehmen konnten.</p> <p>Der subjektive Charakter von Schmerz zusammen mit den emotionalen Komponenten führte bei den Patienten zu verschiedenen Interpretationen. Auch bei den gynäkologischen Patientinnen gab es verschiedene Grade von postoperativem Schmerz. Hauptprobleme der gynäkologischen Patientinnen postoperativ waren Bauchkrämpfe und Schmerz, Vaginalblutungen, Fatigue und Stimmungsschwankungen. Einige Patientinnen mit Dilatation und Kurretage berichteten über Probleme mit Blutungen. Andere hatten starke Bauchschmerzen wegen Blähungen und Schwellungen zum Beispiel nach Biopsy und Entfernung von Gebärmutterhalspolypen. Über Wundsein und Bauchschmerzen berichtete eine Patientin nach Vulva Biopsie. Einige Frauen litten unter Fatigue, Verzagtheit und Stimmungsschwankungen, unter denen auch ihre Umgebung, zum Beispiel Ehepartner zu leiden hatten.</p> <p>Für manche Patientinnen war vor allem die Bewältigung und das Management der Symptome Schmerz, Vaginalblutung und Stimmungsschwankung mit Stress verbunden. Frauen, die Schwierigkeiten hatten mit dem Management von Schmerz und Blutungen fragten ihren Hausarzt oder andere Spezialisten des Gesundheitswesens.</p> <p>Einige Frauen empfanden es positiv sich wieder schnell der Kinderpflege, Lebensaktivitäten und der Rückkehr zur Arbeit widmen zu können. Andere fühlten sich energiegeladen da sie Zeit hatten zum reflektieren, ausserhalb dem sonst arbeitsreichen Lebens.</p>

Schlussfolgerung: Die Studie zeigt Defizite auf in der Vorbereitung der Patienten für die Rekonvaleszenz zu Hause. Es ist wesentlich, dass Patient und Angehörige erhöhte Achtsamkeit haben in Bezug auf potentielle Symptome, Strategien und Informationen bezüglich Notfalltelefonnummern und -kontakte nach Entlassung. Forschungsgestützte Pflege kann in hohem Masse dazu beisteuern, Patientenwissen und das Verständnis vom Selbstmanagement im heimischen Setting zu fördern.

Gesamtpunktzahl nach kritischer Bewertung: 9.5/12

Horvath, K., (2003). Postoperative Recovery at Home After Ambulatory Gynecologic Laparoscopic Surgery. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 18 (5), 324-334

Ziel und Forschungsfragen: 1. Welches sind die Muster der Patientinnen bezüglich Schmerz, Fatigue, funktionalen Einschränkungen und der Rückkehr zu den gewohnten Aktivitäten während der ersten 6 Tage zu Hause nach ambulanter gynäkologischer laparoskopischer Chirurgie?

2. In welchem Zusammenhang stehen Schmerz, Fatigue, funktionale Einschränkungen und eine verzögerte Rekonvaleszenz nach ambulanter gynäkologischer laparoskopischer Chirurgie?

Stichprobe: nicht-randomisierte Gelegenheitsstichprobe. Befragt wurden 91 Frauen mit einem gynäkologischen laparoskopischen Eingriff, in einer Akutklinik in den Vereinigten Staaten. Durchschnittsalter 35.8, 83.5 % hellhäutig, 73.7 % verheiratet

Forschungsdesign: quantitativ, deskriptive Korrelationsstudie, nicht-experimentell, nicht randomisiert

Rechtlich-ethische Fragen: ethische Bewilligung vom amtlichen Untersuchungsausschuss, vorgängige schriftliche Einwilligung der teilnehmenden Patientinnen.

Verfahren der Datensammlung: Die Patientinnen erhielten ein Tagebuch und Assessment-Instrumente für 6 postoperative Tage, um Schmerz, Fatigue und funktionale Einschränkungen am Nachmittag (zwischen 16-19 h) eines jeden postoperativen Tages zu vermerken und einen Rückumschlag. Schmerz wurde mit einer numerischen Skala (0= kein Schmerz, 10= grösst möglicher Schmerz) gemessen. Fatigue gemessen mit der Rhoten Fatigue Scale (0= keine Müdigkeit, Energie und Elan, 10= totale Erschöpfung), Katz Index für die Messung der Aktivitäten des täglichen Lebens, inklusive Messung von erweiterten ATLs wie putzen, einkaufen, Transport.

Datenanalyse: quantitative Forschungsmethode mit deskriptiver Statistik

Ergebnisse: Bei Entlassung hatten 81.2 % der Frauen wenig Schmerzen (1-3), 8.8 % moderate Schmerzen (4-6), keine Patientin hatte starke Schmerzen (7-10). Am postoperativen Tag 1 (POD 1) hatten 44% wenig Schmerzen, 40.7% mittlere Schmerzen und 15.4% starke Schmerzen. POD 2: 36.3% mittlere, 7.7% starke Schmerzen. POD 6: 86.9% wenig, 6.6% mittlere, 4.4% starke Schmerzen. Fatigue war das Symptom, das während der Telefonkontakte spontan als am meisten beeinträchtigend erwähnt wurde. Die durchschnittlichen Fatigue-Bewertungen waren höher als die Schmerz- Bewertungen an jedem der 6 PODs. Die Patientinnen empfanden Fatigue als viel stärker als sie erwartet hatten. Am POD 1 hatten 69.3% mittlere bis schwere Fatigue (4-10). Am POD 3 waren es noch 42.9%. Den meisten Patientinnen wurde mitgeteilt, dass sie an POD 3 wieder ihre gewohnten Aktivitäten ausführen könnten. Jedoch waren am POD 3 noch 58.2% der Frauen auf Hilfe angewiesen. In den Basisaktivitäten des täglichen Lebens (anziehen, essen, ausscheiden, ...) waren 90% der Patientinnen unabhängig. Jedoch brauchte mehr als die Hälfte der Frauen noch zusätzliche 2 bis 3 Tage um Tätigkeiten wie kochen, einkaufen, putzen, waschen oder die Berufstätigkeit wieder aufnehmen zu können. Als Prädiktor für eine verzögerte (mindestens 6-tägigen) Rekonvaleszenz, war Schmerz die signifikanteste Variable ($P < 0.001$). Weitere signifikante Prädiktoren waren der Katz Index (ATLs, $p = 0.002$) und das Alter ($p = 0.04$). In dieser Studie zeigte sich das Alter als schwacher Prädiktor für die Genesung. Die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Patientinnen 6 Tage oder mehr für die Genesung brauchten war etwas erhöht (Odds Ratio=1.13). Fatigue gehörte nicht zu den statistisch signifikanten Prädiktoren für die Rückkehr zu den gewohnten Aktivitäten.

Schlussfolgerung: Die meisten Patientinnen brauchten mindestens 5 Tage, um wieder ihren gewohnten Aktivitäten nachgehen zu können. Die Ärzte und Pflegefachkräfte teilten den meisten Patientinnen mit, dass die Genesung 2 bis 3 Tage dauern würde. Dies müsste jedoch differenzierter betrachtet werden, da während dieser Zeit bei den meisten nur die Rückkehr zu den Basis ATLS erreicht wird. Aus der Studie ergibt sich, dass Patientinnen mit einem ambulanten gynäkologischen chirurgischem Eingriff 4 bis 6 Tage Unterstützung brauchen für die erweiterten ATLS. Der Einfluss von Schmerz auf die Rückkehr zu den gewohnten Aktivitäten zeigt die Notwendigkeit eines besseren Schmerzmanagements in den ersten 24 Stunden postoperativ. Die Schmerztherapie perioperativ ist für viele Patienten nicht nachhaltig für ihre Rekonvaleszenz zu Hause.

Gesamtpunktzahl nach kritischer Bewertung 10.75/14

<p>Jakobsen, D., Callesen, T., Schouenborg, L., Nielsen, D., Kehlet, H. (2003). Convalescence after laparoscopic sterilization. Journal of Ambulatory Surgery. 2003 (10), 95-99</p>
<p>Ziel und Forschungsfragen: Untersucht wurden die Faktoren, die auf die Rückkehr zu den normalen Aktivitäten nach einer laparoskopischen Sterilisation (LS) einen einschränkenden Einfluss haben.</p>
<p>Stichprobe: Setting: Gynäkologie-/Geburtenabteilung eines Universitätsspitals in Dänemark. Die Gelegenheitsstichprobe umfasste 76 Patientinnen mit einer LS. Alle Patientinnen bekamen eine allgemeine Anästhesie. Die Patientinnen der Kontrollgruppe erhielten zusätzlich Ropivacaine als Lokalanästhesie. Die Patientinnen der Placebogruppe bekamen keine lokale Anästhesie.</p>
<p>Forschungsdesign: quantitative Studie, Hauptstudie: randomisiert, doppel-blind, Placebo kontrolliert (Ropivacaine für multiregionale zusätzliche lokale Anästhesie) mit abgeleiteter Studie der Untersuchung der Rekonvaleszenzdauer.</p>
<p>Rechtlich-ethische Fragen:ethische Bewilligung vom regionalen ethischen Untersuchungsausschuss und von der nationalen Gesundheitsbehörde, vorgängige schriftliche Einwilligung der teilnehmenden Patienten.</p>
<p>Verfahren der Datensammlung: Zeitraum der Untersuchung: von 07/1996 bis 06/1997. Demographische Daten und Daten zur Patientengeschichte wurden prä-operativ in einem Interview gesammelt (Hauptfreizeitsbeschäftigung, Aktivitäten des täglichen Lebens, körperliche berufliche Arbeitsbelastung,...) Die Patientinnen erhielten ein Tagebuch für die erste Woche nach der ambulanten Operation, indem sie ihre ATL-Performance beurteilten. Zusätzlich wurde vermerkt, wann die berufliche Tätigkeit und Hauptfreizeitbeschäftigung wieder aufgenommen wurden. Für beide Bereiche wurden hemmende Ursachen/ Symptome/Probleme vermerkt.</p>
<p>Datenanalyse: quantitative, beschreibende Statistik für demographische Daten, Hauptergebnisvariable war Zeit (in Tagen) bis zur Rückkehr zur Berufstätigkeit und zur Hauptfreizeitbeschäftigung</p>
<p>Ergebnisse: Nach durchschnittlich 5 Tagen begannen die Frauen wieder zu arbeiten (Median 1-17, IQR 3-8). Nach durchschnittlich 3 Tagen konnten sie wieder Freizeitbeschäftigungen aufnehmen. Der Unterschied in der körperlichen beruflichen Belastung, spielte dabei keine statistisch signifikante Rolle ($p>0.1$). Auch bezüglich der zusätzlichen Anästhesie mit Ropivacaine (Hauptstudie, Interventionsgruppe) gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zu der Placebogruppe hinsichtlich der Konvaleszenz. 93% der Patientinnen folgten nicht der Empfehlung die berufliche Tätigkeit nach 48 Stunden wieder aufzunehmen. 30 % davon hatten hierfür einen gesundheitlichen Grund (hauptsächlich wegen Schmerzen). Der Hauptgrund für die Nichtaufnahme der beruflichen Tätigkeit war, dass 42 % der Patientinnen den Eingriff vor einem Wochenende oder vor geplanten Ferien gelegt hatten. 51 % der Patientinnen nahmen nach den empfohlenen 48 Stunden keine Freizeitbeschäftigung auf, 44 % davon aus gesundheitlichen Gründen, die meisten wegen Schmerzen. Von den ATLs waren putzen und einkaufen am meisten beeinträchtigt, vor allem wegen Schmerzen und Fatigue. In dieser Studie konnten die Frauen nach einer Woche post-operativ wieder alle Aktivitäten wie vor Operation aufnehmen.</p>
<p>Schlussfolgerung: LS wird in Dänemark standardmässig ambulant durchgeführt. Da es sich hauptsächlich um junge Patientinnen handelt und LS einen „minimalen“ operativen Eingriff darstellt, wird von einer schnellen Rückkehr (ärztliche Empfehlung: nach 48 Stunden) zur allen prä-operativen Aktivitätslevels ausgegangen. Die Tatsache, dass die meisten Patientinnen den Eingriff vor dem Wochenende oder vor geplanten Ferien gelegt hatten, könnte darauf hinweisen, dass die Frauen von einer längeren Rekonvaleszenz ausgehen. Frauen, die sich einer LS unterziehen sollte mitgeteilt werden, dass sie davon ausgehen sollten innerhalb einer Woche nach der Operation wieder ihren gewohnten Tätigkeiten nachgehen zu können.</p>
<p>Gesamtpunktzahl nach kritischer Bewertung: 9.5/14</p>

<p>Lemos, P., Pinto, A., Morais, G., Pereira, J., Loureiro, R., Teixeira, S., Nunes. C., (2008). Patient Satisfaction following day surgery. Journal of Clinical Anesthesia. 2009 (21), 200-205</p>
<p>Ziel und Forschungsfragen: Untersucht wurde die Zufriedenheit der Patienten nach ambulanter Operation bei Entlassung und 30 Tage nach der Operation. Zusätzlich sollten mögliche prädiktive Faktoren der Patientenzufriedenheit identifiziert werden.</p>
<p>Stichprobe: Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Befragt wurden Personen, die in einer Universitätsklinik in Portugal eine ambulante Operation hatten in: Allgemeiner Chirurgie (132), Vaskulärer Chirurgie (35), Orthopädischer Chirurgie (32), Urologie (25), Gynäkologie (22) oder Neurochirurgie (5). Die Stichprobe umfasste 251 Patienten, Durchschnittsalter 43 ± 15 Jahre, 56.6 % Frauen, 52.2% mit Grundschulabschluss, 84.1 % wurden zum ersten Mal ambulant operiert.</p>
<p>Forschungsdesign: prospektive Beobachtungsstudie, nicht-experimentell, nicht randomisiert</p>
<p>Rechtlich-ethische Fragen: ethische Bewilligung vom Ethik Komitee des Geral Santo António Spitals, Porto, Portugal, vorgängige schriftliche Einwilligung der teilnehmenden Patienten.</p>
<p>Verfahren der Datensammlung: die Untersuchung fand von Dezember 2004 bis März 2005 statt. Die Befragung wurde mit Fragebogen durchgeführt, die während 2 Interviews ausgefüllt wurden: bei Entlassung und 30 Tage nach der Operation. Das 2. Interview wurde telefonisch durchgeführt. Um eine gewisse Neutralität und Unabhängigkeit zu gewährleisten wurden die Befragungen von Medizinstudenten durchgeführt. Der Fragebogen beinhaltete Fragen zu demographischen Angaben (Alter, Gender, Bildung) und Angaben zur Anästhesiemethode (allgemeine, regionale und lokale Anästhesie), Operationsmethode und bisherige Operationserfahrung. Alphabetisierungsgrad wurde mit einer numerischen 1-6 Skala gemessen (1=kein Schulabschluss, 6=höherer Schulabschluss). Variable „ausreichende postoperative Information“, „Empathie des Teams“ wurde mit einer numerischen 1-6 Skala gemessen (1=überhaupt nicht einverstanden, 6=völlig einverstanden). Postoperativer Schmerz, Übelkeit und Erbrechen wurden jeweils mit numerischen 1-6 Skalen berechnet (1=Schmerz nicht mehr tolerierbar, unkontrollierbares Erbrechen, 6=kein Schmerz, bzw. keine Übelkeit/Erbrechen). Einige Variablen wurden nur am Tag 30 nach Operation evaluiert: Angemessenheit der klinischen Informationen, Vorhandensein von Infektionen/Entzündungen. Allgemeine Patientenzufriedenheit bzgl. der gesamten Operations- und Genesungserfahrung) wurde mit einer numerischen 1-6 Skala gemessen (1=vollständig unzufrieden; 6= vollständig)</p>
<p>Datenanalyse: quantitative Forschungsmethode mit deskriptiver Statistik, $P < 0.05$ wurde als signifikant betrachtet.</p>
<p>Ergebnisse: allgemeine Patientenzufriedenheit: 25.5% waren bei Entlassung (P0) und 37.6 % am Tag 30 nach Operation (P30) nicht vollständig zufrieden. Keinen signifikanten Unterschied gab es bezüglich Gender oder Erfahrung mit ambulanten Operationen. Es gab jedoch einen signifikanten Unterschied bzgl. des Alters ($p < 0.002$): das durchschnittliche Alter für Patienten, die „nicht vollständig zufrieden“ waren lag bei 37.86 Jahren (CI 95%; 34.45-41.27) verglichen mit dem Durchschnittsalter der Patienten, die „vollständig zufrieden“ waren: 44.42 (CI 95%; 42.20-46.64). Signifikante Unterschiede bestanden auch bzgl. des Patienten-Bildungsstand ($p = 0.007$): Der Durchschnittswert für die Gruppe „vollständig zufrieden“ lag bei 2.64, der Wert für die Gruppe „nicht vollständig zufrieden“ bei 3.06. Die signifikanten Faktoren, die die Patientenzufriedenheit bei P0 beeinflussten, waren: postoperative Schmerzen, Wartezeiten bis zur Operation und Bedingungen in den Umkleieräumen. P30: Patienten in der Gruppe „vollständig zufrieden“ berichteten über bessere und ausführlichere postoperative Informationen ($p < 0.001$), weniger postoperative Schmerzen ($p < 0.001$) und weniger Infektionen/ Entzündungen ($p =$</p>

0.007). Es gab keine statistisch signifikante Unterschiede bei Befragung P30 bzgl. Patientenzufriedenheit und den Variablen Operationsart und Anästhesietechnik.

16.7% der Patienten mussten unerwartet Notfallpflege in Anspruch nehmen. Gründe hierfür waren Wundkomplikationen (z.B. Nahtprobleme, Infektionen), postoperative Schmerzen, Unsicherheit bezüglich der Medikamente oder fehlende Informationen. 59.5 % der Patienten berichteten bei Befragung P30 in der Erholungsphase zu sein, 36.9% bezeichneten sich als geheilt. 64.4% hatten bereits wieder ihre berufliche Tätigkeit aufgenommen.

Schlussfolgerung: Es ist wichtig die Patientenzufriedenheit nicht nur zum Zeitpunkt der Entlassung, sondern auch zu einem späteren Zeitpunkt zu messen. Alle postoperativen Komplikationen die nicht dem entsprechen was erwartet wurde sind mögliche Gründe für die Abnahme der Patientenzufriedenheit 30 Tage nach der Operation. Die Gruppe „vollständig zufrieden“ hatte eine niedrigere schulische Qualifikation als die Gruppe „nicht vollständig zufrieden“. Der Unterschied könnte darin liegen, dass die erstere Gruppe niedrigere Ansprüche geltend macht.

Verbessertes postoperatives Schmerzmanagement, ausführlichere Informationen an Patienten und Angehörige, könnten die Patientenzufriedenheit nach ambulanten Operationen erhöhen.

Gesamtpunktzahl nach kritischer Bewertung: 9.25 /14

<p>Lovatsis, D., José, J., Tufmann, A., Drutz, H., Murphy, K. (2007). Assessment of Patient Satisfaction With Postoperative Pain Management After Ambulatory Gynaecologic Laparoscopy. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. August 2007, 664-667</p>
<p>Ziel und Forschungsfragen: Untersucht wurde die Zufriedenheit der Patientinnen mit post-operativer Schmerzkontrolle nach ambulanter gynäkologischer laparoskopischer Chirurgie.</p>
<p>Stichprobe: Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Befragt wurden Frauen, die in einer Universitätsklinik in Toronto eine gynäkologische ambulante Laparoskopie hatten: Ligatur der Eileiter mit Kauter (20), Ovarialzystektomie (5), Oophorektomie (2), diagnostische Laparoskopie (14) und Kolposuspension nach Burch (8). Die Stichprobe umfasste 49 Frauen, Durchschnittsalter 38.</p>
<p>Forschungsdesign: prospektive Kohortenstudie, nicht-experimentell, nicht randomisiert</p>
<p>Rechtlich-ethische Fragen: ethische Bewilligung vom Mount Sinai Spital und von der Universität Toronto, vorgängige schriftliche Einwilligung der teilnehmenden Patienten.</p>
<p>Verfahren der Datensammlung: die Untersuchung fand von Juli bis Oktober 2005 statt. Die Zufriedenheit mit der Schmerzkontrolle wurde am Abend nach der Operation und am post-operativen Tag 1 und 2 gemessen. Dafür wurde eine neue 5-stufige Skala (überhaupt nicht zufrieden, wenig zufrieden, teilweise zufrieden, sehr zufrieden, vollkommen zufrieden) verwendet, die speziell für diese Studie entwickelt wurde und den durchschnittlichen Tageswert anzeigen sollte. Das Ergebnis wurde unterteilt in „zufrieden“ (sehr zufrieden oder vollkommen zufrieden bei allen drei Assessments) und „nicht zufrieden“ (alle restlichen). Zusätzlich wurde entweder eine Visuelle-Analog-Skala, oder bei telefonischer Sammlung der Daten eine verbale Skala (1-10) verwendet, da die neue 5-stufige Skala nicht validiert war. Ein Ergebnis von $\geq 85\%$ zufriedener Patientinnen wurde als akzeptables Standardmass gesetzt. Zusätzliche Daten wurden gesammelt zum Alter, BMI, vorherige Operationen, Art der Operation, Diagnose und perioperativer Schmerzmedikamente.</p>
<p>Datenanalyse: quantitative Forschungsmethode mit deskriptiver Statistik (für die Beschreibung der Studienpopulation, für die Bestimmung der Patientinnen, die zufrieden waren). Die Inter-Rater-Reliabilität der beiden Skalen (5-stufige für Studie entwickelte Skala und VAS Skala) wurde mit Hilfe des Kappa-Koeffizienten berechnet.</p>
<p>Ergebnisse: Mit der neu entwickelten 5-stufigen Skala stuften sich 60% der Patientinnen als „zufrieden“ mit der post-operativen Schmerzkontrolle ein. Mit der VAS-Skala berechnet, lag das Ergebnis bei 40% zufriedener Patientinnen, wobei VAS-Punkte ≤ 5 als „zufrieden“ eingestuft wurden. Die beiden Messmethoden korrelierten nicht: kappa = 0.04. Die Bewertung der Zufriedenheit mit der Schmerzkontrolle nach Art der Operation ergab:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ligatur der Eileiter (20 Patientinnen): 80% waren zufrieden; mit VAS berechnet: 55% • Ovarialzystektomie (5 Patientinnen) : 0%, mit VAS berechnet: 0% • Oophorektomie (2 Patientinnen): 50%, mit VAS berechnet: 50% • diagnostische Laparoskopie (14 Patientinnen): 36%, mit VAS berechnet: 29% • Kolposuspension nach Burch (8 Patientinnen): 63%, mit VAS berechnet 50% <p>Die Untersuchung der einzelnen Tage ergab: mit 5-stufiger Skala waren 72% zufrieden am Operationstag, 66% am post-operativen Tag 1 und 72% am post-operativen Tag 2. Studienergebnisse aufgrund der post-operativen Analgesie-Regimente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nur Acetaminophen: 4 Patientinnen zufrieden, 2 unzufrieden • Acetaminophen + Codein: 12 Patientinnen zufrieden, 7 unzufrieden • Acetaminophen + Oxycodon: keine Patientinn zufrieden, 2 unzufrieden • Acetaminophen + Codein + NSAID: 7 Patientinnen zufrieden, 3 unzufrieden • nur NSAID: 3 Patientinnen zufrieden, 2 unzufrieden • Ohne Analgesie: 4 Patientinnen zufrieden, 3 unzufrieden

Von den befragten Frauen hatten 55% schon einmal eine Operation. Der durchschnittliche BMI war 25.7 kg/m^2 , 42% der Frauen hatten einen BMI grösser als 25 kg/m^2 . Während der Untersuchung konnte ein Trend festgestellt werden, in welchem 74% der Patientinnen mit Operationserfahrung, gegenüber 53% ohne Operationserfahrung, zufrieden waren mit der Schmerzkontrolle. 72% der nicht-adipösen Patientinnen waren zufrieden mit der Schmerzkontrolle, versus 46% der adipösen Frauen. Jedoch war keine der Variablen statistisch signifikant ($P > 0.05$ beim Chi-Quadrat Test).

Schlussfolgerung: Der Anteil der Patientinnen, die mit der post-operativen Schmerzkontrolle zufrieden waren wird als sub-optimal bewertet, da es weit unter dem Standardmass von 85 % liegt. Obwohl die beiden verwendeten Messmethoden mit Kappa gemessen nicht korrelierten, zeigten beide einen relativ niedrigen Level an Patientenzufriedenheit mit der post-operativen Schmerzkontrolle. Die Untersuchung ergab ausserdem, dass weder BMI noch vorhergehende Operationen statistisch signifikant waren als Anzeichen für die Zufriedenheit mit der Schmerzkontrolle. Die Stichprobe war für die Beantwortung dieser Fragen jedoch auch nicht ausgerichtet. Somit können die Ergebnisse diesbezüglich nur Hypothesen aufstellen; dies sollte jedoch für weitere Untersuchungen einbezogen werden.

Gesamtpunktzahl nach kritischer Bewertung: 9.75 /14

Markovic, M., Bandyopaadhyay, M., Trang, V. (2002). Gynaecological day surgery and quality of care. Australian Health Review. 2002 25(3), 52-59

Ziel und Forschungsfragen: Untersucht wurde, in welchem Ausmass die Informationsbedürfnisse von Frauen, die sich einer ambulanten gynäkologischen Operation unterziehen, erfüllt werden.

Weiter wurde die Erfahrung nach der Operation im Spital analysiert, die Verfügbarkeit von familiärer Unterstützung während der Genesung zu Hause und die Vor- und Nachteile einer ambulanten Operation aus Sicht der operierten Frauen.

Stichprobe: Gelegenheitsstichprobe. Befragt wurden 315 Frauen, eines öffentlichen Akutspitals in Victoria, Australien, die eine gynäkologische ambulante Operation hatten. 106 Frauen hatten einen nicht englischen sprechenden Hintergrund.

Forschungsdesign: quantitative Studie, nicht-experimentell, nicht randomisiert

Rechtlich-ethische Fragen: Wenig konkrete Angaben, Zustimmung von Studienteilnehmern erfolgte

Verfahren der Datensammlung: die Untersuchung fand von August bis Oktober 2000 statt. Die telefonische Umfrage (Dauer: ungefähr 16 Minuten) erfolgte mit semi-strukturierten Fragebögen mit 35 offenen und geschlossenen Fragen.

Datenanalyse: quantitative Forschungsmethode mit deskriptiver und bivariater Statistik

Ergebnisse: 57% der Frauen hatten bereits Erfahrung mit ambulanten Operationen. Die meisten Frauen hatten multiple Prozeduren (Hauptgruppe: 19.4 % Dilatation und Curettage kombiniert mit Hysteroskopie, Laparoskopie oder Pelviskopie) und 47.6% hatten einzelne Prozeduren (z.B. Schwangerschaftsabbruch). 58.4% der Frauen waren im Alter von 26-45 Jahren. 96.2% der Frauen bekamen vor Spitaleintritt Informationen, davon 71.8% sowohl mündlich als auch schriftlich. 83.8% empfanden die Information als gut verständlich. Von den Patientinnen die nur verbale oder schriftliche Informationen erhalten hatten waren nur 28.2% zufrieden. 72.4% der operierten Frauen empfanden die Zeit die sie im nach der Operation im Spital verbrachten als ausreichend. Für 15.6% war sie zu kurz, für 12.1% zu lang. 84.4% der Frauen wurden nach Hause begleitet und hatten zu Hause Zugang zu Unterstützung. 21.6% empfanden die Hilfe die sie zu Hause erhielten jedoch als nicht ausreichend. Frauen, die mit jemandem zusammenlebten (Familienmitglieder oder in Wohngemeinschaft) erhielten 2.4 mal eher Unterstützung zu Hause ($p \leq 0.16$). 11.4% der Frauen hatten nach der Operation direkt die Verantwortung zu übernehmen für die Pflege anderer Familien- oder Haushaltsangehöriger (einschliesslich Haustiere). Frauen, die berichteten, dass es für ihre pflegenden Angehörigen unangenehm war für sie zu sorgen, waren eher geneigt sich selbst und auch andere Familienmitglieder zu versorgen. Gründe für diese Unannehmlichkeit waren hauptsächlich berufliche, wie z.B. hohe Arbeitsbelastung, unbezahlte Urlaubstage.

Für 93% der Frauen überwogen die Vorteile der ambulanten Operation, wie zum Beispiel persönliche Vorteile, da die Genesung „im eigenen Rhythmus“ stattfinden kann oder Vorteile für die Familie. 43.8% der Patientinnen sehen die Nachteile der ambulanten Chirurgie, vor allem bezüglich der beschränkten emotionalen Unterstützung während der Genesung im Spital, einige hatten das Gefühl wie eine „Nummer“ abgehandelt zu werden. Andere beanstandeten den Mangel an medizinischer Kontrolle zu Hause und fehlende Unterstützung bei den häuslichen Aufgaben oder die eigene Rolle als Betreuungsperson von Familienmitgliedern.

Schlussfolgerung: Die Studie kommt zum Ergebnis, dass vom Spital die Informationsbereitstellung vor Eintritt der Patienten sichergestellt sein sollte, inklusive Informationen über die wahrscheinliche Aufenthaltsdauer im Spital und der Zeitdauer die für die Genesung zu Hause zu erwarten ist. Zusätzlich sollte die Beteiligung der pflegenden Familienangehörigen und deren damit verbundenen Ausfallzeiten und finanziellen Einbussen im Beruf in die Kalkulation der Kosten-Effektivität der ambulanten Chirurgie mit einberechnet werden.

Die Erfahrung der Frauen nach ambulanter Chirurgie hat gezeigt, dass die Bereitstellung alternativer Möglichkeiten für die Unterstützung während der Genesung zu Hause zu empfehlen sind.

Gesamtpunktzahl nach kritischer Bewertung: 9.5/14

Mattila, K., Toivonen, J., Janhunen, L., Rosenberg, P. Hynynen, M. (2005). Postdischarge Symptoms After Ambulatory Surgery: First-Week Incidence, Intensity, and Risk Factors. Anesthesia & Analgesia, 101(6), 1643-1650	
Ziel und Forschungsfragen: Aussage zu täglicher Inzidenzrate und Intensität der Symptome während 8 Tagen nach ambulantem chirurgischem Eingriff. Die Forscher stellen die Hypothese auf, dass die Untersuchung verschiedener Symptome während der ersten Woche nach ambulanter Operation aufzeigen würde, dass Symptome länger andauern als bisher berichtet.	
Stichprobe: Gelegenheitsstichprobe. Befragt wurden 2732 Patienten mit ambulanten chirurgischen Eingriff in einer der 2 untersuchten Kliniken in Finnland, davon 588 Kinder. Hauptoperationsgruppen bei den Erwachsenen waren Orthopädie (36%) und Gynäkologie (27%).	
Forschungsdesign: prospektiv beobachtende Kohortenstudie, nicht-experimentell, nicht randomisiert	
Rechtlich-ethische Fragen: ethische Bewilligung vom ethischen Untersuchungsausschuss und vorgängige schriftliche Einwilligung der teilnehmenden Patienten.	
Verfahren der Datensammlung: die Untersuchung fand von August 2000 bis April 2001 statt. Die Teilnehmenden bekamen einen Fragebogen um täglich das Auftreten und die Intensität der Symptome zu vermerken, beginnend am Tag der Operation nach Austritt bis postoperativem Tag 7. Folgende Symptome waren im Fragebogen (numerische 4-Punkte Skala) aufgeführt: Schmerzen (trotz Schmerzmedikation), Blutungen, Schwindel, Benommenheit, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, entzündeter Hals, Heiserkeit, Temperatur über 37 Grad C., Ausscheidungsprobleme und das Auftreten anderer Symptome. In einer der beiden Kliniken wurde zusätzlich die Zufriedenheit der Patienten untersucht	
Datenanalyse: Es handelt sich um eine quantitative Forschungsmethode mit deskriptiver Statistik. 95% Konfidenzintervall, $p < 0.05$ wurde als signifikant eingestuft	
Ergebnisse bezogen auf die erwachsenen Patienten: Die Schmerzmedikamente, die bei Entlassung verordnet wurden waren: NSAIDs (73%), eine Kombination von Acetaminophen und Kodein (13%), Tramadol (5%) oder Acetaminophen (4%). In 14 % der Patienten gab es eine Kombination von 2 Medikamenten. Bei 19% der Patienten fehlte die Information über das Medikamentenregime für zu Hause. Schmerz war das am häufigsten genannte Symptom während der Beobachtungsperiode (57 % Gesamtinzidenz). Im Vergleich zu anderen Symptomen wurden Schmerzen am häufigsten als mittelschwer bis schwer eingestuft. 20 % der Patienten hatten mittelstarken bis starken Schwindel am Tag nach der Operation. Das Auftreten von Nausea lag bei 21%, Erbrechen bei 5.7%. Allgemeine Anästhesie und weibliches Geschlecht erhöhten das Risiko für PONV. Bei den nicht aufgelisteten Symptomen wurden Sensibilitätsstörungen und Schulter Schmerzen am meisten erwähnt. Bei 49% wurde bis postoperativem Tag 3 (POD 3) mindestens ein Symptom genannt, 24% hatten noch Symptome bis POD 7. 9% hatten keine Symptome. Die vorliegende Studie kam zum Ergebnis, dass höheres Alter kein Risiko für die untersuchten Symptome darstellt. Auch Fettleibigkeit konnte nicht als signifikanter Risikofaktor für die untersuchten postoperativen Symptome festgestellt werden. Das weibliche Geschlecht erhöhte das Risiko für fast alle untersuchten Symptome. Ungeplante Kontakte (inklusive Telefonkontakte) mit Ärzten, Notfallstationen usw. gab es bei 9% der befragten Patienten, die meisten am POD 2. Die gynäkologischen Patientinnen, waren die zweit grösste Gruppe die ärztlichen Rat suchten (9%). Hauptursache bei allen erwachsenen Patienten für die ungeplanten Arztbesuche waren Schmerzen, Blutungen, Fieber oder Infektionen, Schwellungen und Hämatome, Ausscheidungsprobleme und PONV. Jüngere Patienten und Frauen waren anfälliger für das Auftreten mehrerer Symptome. Die Befragung bezüglich der Zufriedenheit ergab, 96% zufrieden und 3 % nicht	

zufrieden waren. Bei den letzteren waren die gynäkologischen Patientinnen mit 57% vertreten. Die beanstandeten Punkte waren: unzureichende Information, lange präoperative Wartezeiten, unzureichende Kommunikation mit dem Personal und unzureichende Schmerzmedikation.

Schlussfolgerung: Nebenwirkungen und Symptome durch die ambulante Operation waren in der ersten Woche häufig, besonders in den ersten Tagen. Dies zeigt die Notwendigkeit für weitere Untersuchungen betreffend funktionaler Rekonvaleszenz und die Rückkehr zu gewohnten Aktivitäten

Gesamtpunktzahl nach kritischer Bewertung: 10.5/14

Odom-Forren, J., Moser, D. (2005). Postdischarge nausea and vomiting: A review of current literature. Journal of Ambulatory Surgery, 12, 99-105.
Ziel und Forschungsfragen: Untersucht wurden das Auftreten von Nausea und Emesis (PDNV: (Postdischarge Nausea und Vomiting) nach ambulanter Chirurgie während der Genesungszeit zu Hause.
Stichprobe: 18 Studien konnten nach Einbezug der Ein- und Ausschlusskriterien in die Literaturübersicht einbezogen werden
Forschungsdesign: systematische Literaturübersicht
Verfahren der Datensammlung: Es wurden Studien ab 1982 einbezogen. Gesucht wurde mit der Kombination der folgenden Suchbegriffe: postoperative complications, ambulatory surgery, nausea and vomiting. Zusätzlich wurde in den Referenzlisten der gefundenen Studien nach weiteren passenden Studien gesucht. In folgenden Datenbanken wurde gesucht: Pubmed, CINAHL.
Datenanalyse: Die Ergebnisse der Studien wurden zusammengefasst bezüglich: Inzidenz, Risikofaktoren, Folgen für die Patienten, Veröffentlichte Ergebnisse von PDNV, Management und Behandlung, Richtlinien für die Prävention und Behandlung,
<p>Ergebnisse: <u>Inzidenz:</u> Die Studie von Carroll et al. ergab eine Gesamtinzidenz von PDNV von 35 % bei 211 Patienten mit ambulanter Chirurgie (Laparoskopie, Dilatation und Kurretage, Arthroskopie, Hernienoperation). Interessanterweise hatten die meisten Patienten in dieser Studie, die zu Hause PDNV erlebten, im Spital vor der Entlassung kein PONV. Die Inzidenz für PDN in der Untersuchung von Wu lag im Bereich von 0-55% für PDV von 0-16%. In einer systematischen Literaturübersicht von randomisiert kontrollierten Studien untersuchten die Autoren (Gupta et al, 2003), ob Routineprophylaxe mit Antiemetika einen Einfluss auf die Inzidenz von PDNV hat. Sie kamen zu folgendem Ergebnis: Gesamtinzidenz von PDN: 32.6% (35.7% Placebo, 31.2 % Behandlung), Gesamtinzidenz von PDV: 14.7% (19.6% Placebo, 12.1 % Behandlung).</p> <p><u>Risikofaktoren:</u> Es gab keine Studien, die spezifisch Risikofaktoren für PDNV festlegten. Carvalho et al. untersuchte den Einfluss von Inhalations- versus intravenöse Anästhesie auf die funktionale Genesung und Symptomdistress nach gynäkologischer Operation. Es gab zwischen den beiden Gruppen keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf funktionale Genesung, Nausea, Emesis oder Schmerz. In der Studie Carroll et al.(1995) mit 211 ambulant operierten Patienten gab es keinen Zusammenhang zwischen PDNV und PONV in der unmittelbaren postoperativen Periode. Während in der Studie von Parlow (1999) 95 Patientinnen die direkt nach einer laparoskopischen Operation PONV erlebten, darauffolgend vier mal mehr unter PDNV litten.</p> <p><u>Folgen für die Patienten während der Genesung zu Hause:</u> beeinträchtigter Schlaf wegen Emesis (Kokinsky 1999), Benommenheit als Nebenwirkung der Notfall-Antiemetika (Parlow, 1999), verzögerte Wiederaufnahme von ATLS (Carroll 1995, Wu 2002) und die Entscheidung der Patienten auf Analgetika zu verzichten, da sie die Nebenwirkungen der Schmerzmittel mit Nausea und Emesis in Verbindung brachten (Watt-Watson 2004, Fetzer 2005).</p> <p><u>Publizierte Ergebnisse:</u> Pfisterer (586 Patienten aus 9 Ländern) untersuchte die Inzidenz und den Einfluss von PONV vor und nach Entlassung aus dem Spital. Bei Entlassung hatten 64 Patienten PONV, davon 29 mässige, 8 schwere Symptome. Weitere 76 Patienten litten unter PDNV während der Heimfahrt, einige Patienten hatten 5 Tage nach der Operation PDNV. Dies hatte auch Auswirkungen auf die ATLS und die Rückkehr zur Berufstätigkeit. Von den 129 Patienten, die unter PDNV litten, klagten 35 % über eine Verzögerung der Genesung bezüglich der Rückkehr zur Arbeit oder zu den ATLS. 21 Patienten mussten ihren Arbeitsantritt um einen oder mehrere Tage verschieben und 21 Freunde oder Verwandte mussten frei nehmen, um die Patienten versorgen zu können. Ernest und Thwaites (1997) untersuchten Schmerz, Nausea und Emesis nach Entlassung nach ambulanter Operation (Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Dental, ENT, Gynäkologie). Sie fanden heraus, dass nach Entlassung mehr Patienten von Nausea und Emesis betroffen waren (33% Nausea, 10% Emesis)</p>

<p>als vor Entlassung (16% Nausea, 6% Emesis). Die Autoren kommen zum Schluss, dass Schmerz, Nausea und Emesis anhaltende Symptome sind nach der Entlassung, die zu Hause zunehmen. Young et al. (2000) untersuchten, ob erweiterte Entlassungsinformationen für die Genesung zu Hause einen Unterschied machen. Sie kamen zum Ergebnis, dass die zusätzliche Patienteninformation keinen Effekt auf die Genesung oder der Fähigkeit des Patienten auf das Selbstmanagement hatte. Die Autoren folgerten daraus, dass das eigene Verständnis von Selbstpflege die Genesung signifikanter beeinflusst als zusätzliche Informationen/Schulungen. Bei Waterman et al (1999) gaben 1/3 der Patienten an, dass Schmerz und Nausea schlimmer waren als sie erwartet hatten. Die Autoren fanden heraus, dass einige Patienten zögerten ihre Schmerzmedikamente zu nehmen, da sie Nebenwirkungen der Schmerzmittel mit Nausea in Verbindung brachten. Bei Kangas-Saarela et al (1999) hatten 11.3% der Patienten Nausea, entweder während der Heimfahrt, kurz nach Ankunft zu Hause oder während der Genesung. Die Autoren vermuten, dass der geringe Prozentsatz (geringer als gewöhnlich) mit der hohen Anzahl orthopädischer Patienten zusammenhängt und der damit verbundenen hohen Anzahl von Patienten mit regionaler Anästhesie. Carroll et al (1995) fanden heraus, dass Patienten gewöhnlich für die Behandlung von PDNV keine ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen oder Medikamente kauften. Bei Fetzer et al (2005) kontaktierten von 190 Patienten mit PDNV Symptomen nur 7 eine Gesundheitsfachperson. Sie fanden auch heraus, dass die Patienten meistens die Schmerzmedikamente absetzten, wenn sie von den o.g. Symptomen betroffen waren, dies obwohl auch Schmerz zu Nausea und Emesis führen können. Young et al. (2000) entdeckte, dass die Fähigkeit der Patienten zum Selbstmanagement von PDNV im Zusammenhang steht mit dem Verständnis der Patienten von Selbstpflege. Keiner der in den Studien untersuchten Algorithmen, Richtlinien und Entscheidungsbäume beinhaltete Anleitungen für das Management von Nausea und Emesis während der Genesung zu Hause.</p>
<p>Schlussfolgerung: PDNV ist weiterhin für mindestens 1/3 der Patienten ein Problem während der Genesung zu Hause. Es gibt bisher sehr wenig Forschung speziell PDNV betreffend. Es ist lediglich bekannt, dass postoperative Symptome, inklusive PDNV die Genesungsphase und die Wiederaufnahme von ATLS beeinträchtigen können. Es ist nicht bekannt, wie diese Symptome die Genesung beeinflussen, bezüglich der zeitlichen Verzögerung der Rekonvaleszenz oder der zurechenbaren Kosten.</p>
<p>Gesamtpunktzahl nach kritischer Bewertung: 10.5/12</p>

<p>Pavlin, J., Chen, C., Penaloza, D., Buckley, P. (2004). A Survey of Pain and Other Symptoms That Affect the Recovery Process After Discharge from an Ambulatory Surgery Unit. Journal of Clinical Anesthesia, (16), 200-206</p>
<p>Ziel und Forschungsfragen: Untersucht wurde die Bedeutung von Schmerz und anderen Symptomen auf den Rekonvaleszenzprozess. Die Befragung fand innerhalb der ersten 48 Stunden nach einem ambulanten chirurgischen Eingriff statt unter Berücksichtigung der Einnahme von Schmerzmitteln. Das zweite Ziel war, die Rolle des Schmerzes und anderer Symptome/ Nebenwirkungen in Bezug auf die Rückkehr zu den normalen Aktivitäten und der Zufriedenheit der Patienten zu untersuchen.</p>
<p>Stichprobe: Gelegenheitsstichprobe, nicht randomisiert, nicht experimentell. Die Stichprobe umfasste 175 Patienten, 25 aus jeder Gruppe der meist durchgeführten ambulant chirurgischen Eingriffe: Kniearthroskopie (25 Männer, 25 Frauen), Inguinalhernien Operation (25 Männer), gynäkologische Laparoskopie (LAP, 25 Frauen), transvaginale chirurgische Operationen (VAG, 25 Frauen), Operation von Brustkrankheiten (25 Frauen) und plastische chirurgische Operationen (25 Frauen), Durchschnittsalter: 42, 36 % mit Operationserfahrung.</p>
<p>Forschungsdesign: quantitative, prospektive Beobachtungsstudie, beschreibend</p>
<p>Rechtlich-ethische Fragen: ethische Bewilligung wurde erteilt vom entsprechenden Untersuchungsausschuss der Universität von Washington School of Medicine in Seattle, vorgängige schriftliche Einwilligung der teilnehmenden Patienten.</p>
<p>Verfahren der Datensammlung: Zeitraum der Untersuchung: 6 Monate. Demographische Daten und Daten zur Patientengeschichte wurden prä-operativ gesammelt. Nach der Operation, vor Austritt wurden die maximalen Schmerzen und Schmerzen bei Austritt evaluiert. Nach 24 und 48 Stunden wurden die Patienten telefonisch kontaktiert. Schmerz wurde mit einer numerischen Skala (0= kein Schmerz bis 10= maximaler Schmerz) evaluiert. Erfasst wurden: maximaler, minimaler und durchschnittlicher Schmerz, sowie der Einfluss des Schmerzes auf den Schlaf, die eingenommenen Analgetika, Art und Anzahl anderer Symptome, Nebenwirkungen der Medikamente. Die Analgetika waren klassifiziert als Nicht-Opioide (Acetaminophen – APAP), NSAID (z.B. Aspirin, Ibuprofen, Naproxen) oder Opioide (z.B. Codein, Oxycodin). Patientenzufriedenheit mit den Analgetika wurde gemessen mit einer 6-stufigen verbalen Skala (von sehr zufrieden bis sehr unzufrieden). Für den Aktivitätslevel wurde eine Assessmentskala (1-100) verwendet, mit Angabe der Gründe für Einschränkungen (offene Fragen). Die Bedeutung der Symptome wurden mit einer Skala (1 = nicht beeinträchtigend bis 5= grösst mögliche Beeinträchtigung) gemessen.</p>
<p>Datenanalyse: Deskriptive Statistik, mit Mittelwerten, Korrelation zwischen relevanten Variablen,</p>
<p>Ergebnisse: Die meist verabreichten Analgetika in den ersten 24 Stunden, waren Acetaminophen zusammen mit einem Opioid (56 %). 60 % der Patienten berichteten über moderate bis starke Schmerzen (>3/10), davon 20 % über Schmerzen > 7 in den ersten 24 Stunden. Die Frauen mit LAP hatten im Mittel eine maximale Schmerzbewertung von 4.8 ± 0.5 in den ersten 24 Stunden und 4 ± 0.6 in der 48 Stundenmessung. Bei den Frauen mit VAG waren es 4.0 ± 0.7 in den ersten 24 Stunden und 2.6 ± 0.5 in der 48 Stundenmessung. Bei der 48 Stundenmessung über alle Patienten war die Schmerzbewertung bei 4 Gruppen (Inguinalhernien Operation, Kniearthroskopie bei den Frauen, LAP und Plastischer Chirurgie) noch immer über 3 Punkte. Es konnte ein signifikanter statistischer Zusammenhang festgestellt werden zwischen hoher maximaler Schmerzbewertung bei Aufenthalt im Ambulatorium und hoher maximaler Schmerzbewertung nach Entlassung ($p=0.0045$, $r=0.38$). 43 % der Patienten erwachten aufgrund von Schmerzen und 18 % konnten wegen Schmerzen nicht schlafen in den ersten 48 Stunden. Bei den Frauen mit LAP konnten 30 % Frauen wegen Schmerzen in der ersten Nacht nicht schlafen. Zwischen den Schlafstörungen und Benommenheit am darauffolgenden Tag bestand ein signifikanter statistischer Zusammenhang: 71 % der Patienten mit Schlafstörungen berichteten am</p>

nächsten Tag über Benommenheit, jedoch nur 41 % der Patienten ohne Schlafstörungen ($p=0.004$, Chi-Quadrat). Trotz des signifikanten Schmerzes berichtete die Mehrheit der Patienten mit der Schmerztherapie der ersten 24 Stunden zufrieden zu sein (37% sehr zufrieden, 28% ziemlich zufrieden, 21 % einigermaßen zufrieden). 77% der Patienten berichteten, dass ihre Schmerzen durch die Einnahme der Analgetika besser wurden. Hauptsymptome oder Nebeneffekte durch die Operation oder Medikation in den ersten 48 Stunden waren Schmerz (96%), Benommenheit (58%), trockener Mund (48%), Übelkeit oder Erbrechen (46%), Obstipation (45%), Konzentrationsprobleme (39%) und Schwindel (39%). Bei Patienten mit Analgetikaeinnahme bestand eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für Benommenheit ($p=0.0001$), Übelkeit, Pruritus und Konzentrationsprobleme ($p=0.02$). Der Aktivitätslevel war am meisten eingeschränkt durch Schmerz, Benommenheit und Übelkeit. In den ersten 24 Stunden erreichten 33 % der Patienten einen normalen Aktivitätslevel und 47 % nach 48 Stunden. Zufriedenheit war am meisten negativ korreliert mit Schmerz und Übelkeit.

Schlussfolgerung: Die Studie hat ergeben, dass mittlere bis starke Schmerzen nach Entlassung aus ambulanter Chirurgie häufig sind. Es ist das Symptom, das den Patienten am meisten Probleme bereitet mit Schlaf und bezüglich der Rückkehr zu normalen Aktivitäten. Die schwankenden Schmerzlevels und schmerzinduzierte Schlafstörungen erfordern ein effektiveres Schmerzmanagement. Auch bezüglich der Symptome Übelkeit, Erbrechen und Obstipation, die fast bei der Hälfte der Patienten aufgetreten sind besteht Handlungsbedarf bezüglich des Managements. Die Ungleichheit bezüglich der Schmerzbewertung und der Zufriedenheit mit der Schmerztherapie wurde auch in anderen Studien schon festgestellt. Es wäre möglich, dass die Zufriedenheit mit der Schmerztherapie nicht notwendigerweise ein Indikator für die Qualität der Analgetikatherapie darstellt. Es wird vermutet, dass mehrere Faktoren auf die Zufriedenheit Einfluss haben (z.B. Schmerztoleranz, Patientenerfahrungen mit Schmerz)

Gesamtpunktzahl nach kritischer Bewertung: 10.75/14

K) Stufen der Evidenz (Behrens & Langer, 2006)

- 1a Systematische Literaturübersicht/Meta-Analyse von RCT
- 1b Einzelne RCT
- 2a Systematische Literaturübersicht/ Meta-Analyse von Kohortenstudien
- 2b Einzelne Kohortenstudien (KHS)
- 3a Systematische Literaturübersicht/ Meta-Analyse von Fall-Kontroll-Studien
- 3b Einzelne Fall-Kontroll-Studien (FKS)
- 4 Fallserien und qual. mindere KHS & FKS
- 5 Expertenmeinungen

L) Selbstständigkeitserklärung

“Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht.“

Ort, Datum und Unterschrift