

# En kunskapsöversikt om patienters upplevelser av face-down position efter vitreo-retinal kirurgi

*En litteraturstudie*

Brita Olsson  
Ingela Persson  
2013

Filosofie kandidatexamen  
Omvårdnad

Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap



Luleå tekniska universitet

Institutionen för hälsovetenskap

Avdelningen för omvårdnad

# En kunskapsöversikt om patienters upplevelser av face-down position efter vitreoretinal kirurgi

En litteraturstudie

A systematic review on patients' experiences of face-down position after vitreoretinal surgery

A literature study

**Brita Olsson**

**Ingela Persson**

Kurs: Examensarbete 15 hp

Vårterminen 2013

Fristående kurs O0034H

Handledare: Daniel Zotterman

En kunskapsöversikt om patienters upplevelser av face-down position efter vitreoretinal kirurgi

En litteraturstudie

A systematic review on patients' experiences of face-down position after vitreoretinal surgery

A literature study

Brita Olsson

Ingela Persson

Avdelningen för omvårdnad

Institutionen för hälsovetenskap

Luleå tekniska universitet

### **Abstrakt**

Syftet med denna litteraturstudie har varit att sammanställa vetenskaplig kunskap om patienters upplevelser av face-down positionering efter vitreoretinal kirurgi från ett patientperspektiv och ett sjuksköterskeperspektiv. Utifrån dessa perspektiv valdes kvalitativa och kvantitativa studier med en omvårdnadsintention ut. Resultatet presenterades utifrån tre kategorier; mental och fysisk påverkan, samspelet med närstående och samspelet med vårdpersonalen. Dessa kategorier beskrev perioden i FDP som en stor utmaning för patienten både mentalt och fysiskt på grund av den obekväma positionen som leder till sömnbrist och att de känner sig konstant trötta och stressade. Patienternas egen beskrivning var att de kände sig deprimerade, uttråkade och hade en känsla av att de skulle bli tokiga av att ligga i FDP. Den fysiska påverkan bestod främst av värk i nacke, axlar och rygg. Samspelet med närstående är viktig för att få stöd och hjälp under den påfrestande perioden i FDP. Samspelet med vårdpersonalen både före, under och efter operationen där aspekter som god information och kommunikation är viktiga för att kunna klara FDP. I slutsatsen ses att den mentala och fysiska påverkan av FDP är stor och att det krävs en ändamålsenlig insats från vårdpersonalen. För att förebygga och bemöta detta krävs en god information och kommunikation genom hela vårdkedjan. Ytterligare studier i ämnet skulle vara av värde för att öka kunskapen om patientens egna upplevelser och strategier vad gäller FDP.

**Nyckelord:** Facedown, patientperspektiv, sjuksköterska, makula, synnedsättning.

En god syn är en självklarhet för de flesta. Av våra fem sinnen synen, hörseln, smaken, känseln och lukten anses synen vara det viktigaste sinnet och troligen det som en människa skulle välja att ha kvar längst om en vilsituation skulle uppstå (Ygge, 2011 s.27). När människan blir äldre drabbas många av någon form av synnedbättningsförändring som en del i det normala åldrandet. I en studie av Lee och Brennan (2006) beskrivs hur åldersrelaterad synnedbättningsförändring sätter igång många negativa tankar och känslor som oro inför att bli blind, en rädsla över att förlora sin självständighet men också en rädsla över att förlora funktionella förmågor som att kunna läsa, köra bil och att inte kunna utföra sina fritidsaktiviteter som man önskar.

Den del av ögat som vanligen förändras när människan blir äldre är näthinnan. Näthinnan är det tunna lager av synceller, tappar och stavar, som täcker ögonbotten. I dessa celler omvandlas ljus till nervsignaler som leds vidare till hjärnan för bearbetning till synintryck. Stavarna finns i den perifera delen av näthinnan och registrerar endast svart och vitt. Denna del av näthinnan är viktig för vår orientering och rumsuppfattning. Tapparna däremot är koncentrerade till den centrala delen av näthinnan makula. Det är just på detta lilla område av näthinnan som detalj och färgseende finns samlat. (Kugelberg & Ygge, 2010 s.16-17).

Det finns flera sjukdomar som kan drabba detta område däribland makuladegeneration eller "gula fläcken" som sjukdomen kallas i folkmun beror på åldersförändringar och är den vanligaste orsaken till svagsynthet hos äldre. Den delas in i två grupper, torr och våt variant. Den torra varianten är vanligast och går inte att behandla, men utvecklingen är långsam. Den våta varianten som ofta har ett snabbare förlopp kan idag behandlas genom injektion av läkemedel som kan stoppa upp förloppet eller till och med förbättra den försämrade synskärpan. (Kugelberg et al., 2010) och (Bek, Bertelsen, Ehlers & Fagerholm, 2004 s.237-239) och (Statens beredning för medicinska utvärderingar [SBU], 2008).

Idiopatiskt makulahål (MH) är en näthinnesjukdom som uppstår utan några kända yttre orsaker. Glaskroppen som genom åren förändras i sin struktur från att vara en geléaktig massa till att skrumpna ihop, kan medföra dragningar i näthinnan över makula och skapa ett pseudohål. Hål i gula fläcken graderas från stadium 1-4, dessa stadier förklarar hålets diameter och hur många lager av näthinnan som engagerats (Bek et al., 2004 kap. 14-15; Kanski, 2011 p.342-343).

De som drabbas av dessa sjukdomar är vanligen kvinnor i 70 års ålder (Dhawahir-Scala, Maino, Saha, et al., 2008).

Symtom som karaktäriserar dessa sjukdomar är att man ser raka linjer som krokiga exempelvis dörrposter, flaggstänger, tavelramar mm (metamorfopsier). Dessa centrala synnedsättningar leder till svårigheter att läsa tidningar, känna igen folk på gatan, handla, klara sin ADL (Knudsson, Klein, Klein, Cruickshanks & Lee, 2005).

Den första att rapportera en framgångsrik teknik för att behandla MH som gav en förbättring av synskärpan var Kelly och Wendel (1991). Genom ökad erfarenhet och förfinad kirurgisk teknik ser man idag en förbättring av synskärpan och att upp till 90 % av MH tätas. (Nadal, Delas & Piñero, 2012). Syftet med MH kirurgi är att frigöra dragningen från makula och sedan stimulera till vävnadsreparation. Glaskroppen och ett tunt membran på näthinnan avlägsnas. Ögat fylls sedan med gas som fungerar som en tamponad för att trycka bort vätska och trycka till kanterna på MH, tamponader som används har olika tyngder (Gupta, 2009; Dhawahir-Scala et al., 2008). Traditionellt har långvariga tamponader använts tillsammans med långvarig positionering för att uppnå en högre procent för tätning av MH (Nadal et al., 2012).

För att gasen (tamponaden) ska uppnå sitt syfte krävs att patienten medverkar postoperativt och använder sig av face-down positionering (FDP). FDP innebär att blicken ska vara riktad rakt nedåt mot tårna när personen sitter upp eller är uppe och går, även liggande ner ska blicken vara riktad rakt ner mot golvet. De gånger blicken får lyftas är vid administrering av ögondroppar samt vid matintag (Cullen, 1998). Hur länge denna positionering behövs finns det olika åsikter om (Almeida, Wong, Belliveau, Rayat & Gale 2012). I litteraturen finns en variation från tre dygn (Almeida et al., 2012) ända upp till fjorton dygn (Cullen, 1998) beskriven. Forskare har alltmer börjat ifrågasätta det nödvändiga med lång positionering, då det i olika studier visat sig att det inte finns några signifikanta skillnader och att optical coherence tomography (OCT) visar att macula lagt sig efter några få dagar (Nadal et al., 2012). Enligt Kugelberg et al. (2010) kan man med hjälp av OCT få en mycket bra bild av macula i genomskärning.

Det stora flertalet som genomgår MH kirurgi med efterföljande FDP är äldre och har psykologiska- och/eller fysiska sjukdomar som kan bli en begränsning i att kunna fullfölja FDP. (Ellis et al., 2000; Nadal et al., 2012). Då ögonsjukvården blivit mer och mer poliklinisk och vikten av patientmedverkan blivit större ställs stora krav på sjuksköterskans kunskaper för att underlätta och motivera till operativ åtgärd och postoperativ FDP.

En sjuksköterska med specialisering i ögonsjukvård ska självständigt tillämpa omvårdnadsprocessen: bedöma psykiska, sociala, kulturella och andliga omvårdnads behov vilka faktorer som kan påverka patientens förmåga att klara FDP efter vitreoretinal kirurgi, utifrån patientens respektive sjuksköterskans perspektiv. Detta resulterade i tre teman; mental och fysisk påverkan, samspelet med närstående och samspelet med vårdpersonalen.

I litteraturöversikten framkom det att positioneringen påverkade patienten såväl mentalt som fysiskt. Det visade sig att den mentala påverkan var stor för patienten under och efter perioden av FDP. De pendlar mellan oro och hopp, oron över att mista synen och ett hopp om att återfå den. Patienterna upplever ofta ett svängande humör som relateras till en störd nattsömn beroende på det obekväma läget och stressen över att ligga fel. Att tappa positioneringen under natten beskrevs som stressande av Mitra, Kim, Han och Pollack (2009) i en studie där de ville undersöka hur lång tid det krävdes för MH att läka med strikt FDP, förebygga åtgärder med syfte att förhindra komplikationer med empati och lyhörddhet erbjuda stöd. Informera och undervisa om behandlingstekniker för egenvård, förbereda patient för undersökning och behandling, underlätta för patienten att behålla sitt sociala nätverk samt tillsammans med vårdteamet skapa en vårdmiljö som är ändamålsenlig för patientens tillstånd och behov.(Riksföreningen för ögonsjukvård och Svensk sjuksköterske-förening, 2009).

Litteraturgenomgången visar att det är en brist på studier om patienters upplevelser av FDP och det är därför viktigt att sammanställa vetenskaplig kunskap om patientens upplevelser av FDP för att som sjuksköterska kunna ge den enskilde patienten en god information, verktyg och motivation så att denne kan fullfölja och känna sig trygg i detta. Syftet var att sammanställa vetenskaplig kunskap om patienters upplevelse av FDP efter vitreoretinal kirurgi från ett patientperspektiv och ett sjuksköterskeperspektiv.

## **Metod**

Studien utformades som en systematisk litteraturstudie för att beskriva hur kunskapsläget ser ut idag inom det valda området. Holopainen, Hakulinen-Viitanen och Tossavainen (2008) beskriver hur man systematiskt granskar och sammanfattar forskningskunskap inom ett begränsat område där både kvalitativa och kvantitativa studier ingår. Stegen av granskningen är: definition av syftet, formulering av forskningsfråga, sökning av litteratur, utvärdering och analys och presentation av resultaten.

### *Litteratursökning*

Först gjordes en pilotsökning i databasen EIRA för att se om det fanns underlag för en studie och vilka sökord som var relevanta att använda sig av utifrån valt ämnesområde. Det visades sig att de flesta studier återfanns i Cinahl och Pubmed. Därefter gjordes under perioden februari och mars 2013 litteratursökningar i Cinahl, Pubmed, PsycINFO och EBSCO Host utifrån sökorden *patient*, *facedown*, *face down*, *surgery\**, *patient perspectives\**, *macula\**, *nurse\**, *vision impairment* och *detachment* som sammanfördes i olika kombinationer. Booleska termen AND användes för att begränsa sökområdet. Trunkteringar användes för att få träffar på ordens alla böjningar. För att undersöka om det fanns ytterligare material gjordes en manuell genomgång av för ämnet intressanta studiers referenslistor (Willman et al., 2008 s. 76-78).

### *Urval*

Utifrån vårt ämnesområde valde vi att inkludera kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga studier med en omvårdnadsintention. De skulle vara publicerade mellan 1998-2013, vara skrivna på engelska, etiskt granskade och godkända eller att det är var fört ett etiskt resonemang eftersom en del av studierna var publicerade innan det krävdes ett etiskt godkännande från en etisk kommitté (Polit & Beck 2008 s.167-189). Från de sökträffar vi fick granskades först studiens titel och abstrakt med fokus på deras syften. Därefter lästes studierna i sin helhet av författarna var för sig och diskuterades sedan av båda författarna tillsammans (urval 1, se tabell 1). Oavsett kombination av sökord i respektive databas var resultatet av studier de samma. I tabell 1 redovisas de sökord som lett till träff inom valt ämnes område. Utifrån dessa valdes totalt sju studier ut som svarade mot valt ämnesområde (urval 2, tabell 1).

**Tabell 1** *Översikt av litteratursökning*

Datum	Databas	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2
2013-02-07	Cinahl	Patient and facedown	2	1	1
2013-02-07	Cinahl	Surgery and face down	27	6	5
2013-02-07	Pubmed	Patient perspectives* macula*	1	1	0
2013-03-01	Pubmed	Patient and face down and nurse	723 17	3	0
2013-03-04	PsycINFO	Vision impairment macula*	82	1	1
2013-03-04	EBSCO HOST	Detachment surgery*	90	1	0

*Kvalitetsgranskning*

Utvalda studier kvalitetsgranskades enskilt med hjälp av granskningsprotokoll för kvantitativa och kvalitativa studier enligt Willman et al. (2008 s.173-176). Utifrån dessa svar poäng gavs sedan svaren där varje positivt svar gav en poäng och varje negativt svar gav noll poäng. Med poängresultatet från granskningsmallarna som stöd gjordes därefter en kvalitetsbedömning genom att dela in studierna i graderingen låg, medel eller hög kvalitet (Willman et al.,2008 s.108). De utvalda och kvalitetsgranskade studierna ses i tabell 2.



**Tabell 2** Översikt över studier som ingår i analysen (n=7)

Författare År Land	Typ av studie	Deltagare	Metod Datains. Dataanalys	Huvudfynd	Kvalitet
Adachi et al. År: 2013 Japan	Kvantitativ studie	n=60 med 20 i varje grupp	Tregrupperad randomiserad kontrollerad studie.  Statistisk analys	Både aromaterapi massage och massage endast med olja hade god effekt på kortvarig FDP relaterad smärta (1-2 dygn), medan aromaterapi massage även kan ha en långvarig effekt (3 dygn)	Hög
Wittich et al. År: 2006 USA	Kvantitativ studie	n=60 30 som avstod från MH kirurgi jämfördes med en grupp patienter, antal 30, som genomgått MH kirurgi. Det var 10 män och 20 kvinnor i respektive grupp.	Retrospektiv studie.  Statistisk analys	Forskarna hade en hypotes om att synen på det friska ögat, avståndet från sjukhuset och andra åldersrelaterade sjukdomar påverkade patientens beslut att avstå operation. Resultatet visade att detta inte var avgörande. Det som avgjorde var den långa ordinationen av FDP, personlighet och sociala sammanhang, mycket av detta går att undvika genom information och möjlighet för patienten att ställa personliga frågor.	Hög

**Tabell 2 forts. Översikt av studier som ingår i analysen (n=7)**

Författare År Land	Typ av studie	Deltagare	Metod Datains. Dataanalys	Huvudfynd	Kvalitet
Harker et al. År: 2002 United Kingdom	Kvalitativ studie	n=25 varav 23 valde att delta. 22 kvinnor och 1 man.	Narrativa intervjuer Innehållsanalys	Sex teman togs fram;  Uppmärksamma att något var fel, be om hjälp, bli förberedd för operation, att förstå FDP, långa nätter och återanpassning.  Avslutningsvis visar det sig att patienter behöver mera stöd pre och post-operativt för att klara postoperativ positionering.	Hög
Waterman et al. År: 2005 a United Kingdom	Kvalitativ studie	n=18 medarbetare	Intervjuer Innehållsanalys	Flera faktorer påverkar om patienten följer FDP. Positionering är inte bara ”upp till patienten” men verkar främjas av genom utbildning av personal och patienter, kommunikation mellan personalgrupper och patienter, tillgång till hjälpmedel.	Hög

**Tabell 2 forts. Översikt över studier som ingår i analys (n=7)**

Författare År Land	Typ av studie	Deltagare	Metod Datains. Dataanalys	Huvudfynd	Kvalitet
Waterman et al. År: 2005 b United Kingdom	Kvalitativ studie	n=17 medarbetare	Intervjuer Innehållsanalys	Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal upplevde att patienter var mera tillmötesgående vad gäller FDP efter att nya rutiner införts. Kommunikation var dock fortsatt ett problem i vissa fall. Vid akuta operationer var det svårare att förbereda och den psykologiska vården skapade fortsatta problem för personalen.	Hög
Wittich et al. År: 2008 Canada	Kvalitativ studie	n=1 kvinna	Narrativ Tematisk analys	Huvudområdena som togs fram var; patientens känslomässiga tillstånd, sömnkvalitet, mat, visus, fysisk status, stöd av andra och underhållning. Vilket visar på komplexiteten i hur man ska klara sin FDP och vikten av att hitta strategier för detta, i denna studie valdes skrivandet.	Medel pga att endast en patient deltog.

**Tabell 2 forts.** *Översikt över studier som ingår i analysen (n=7)*

Författare År Land	Typ av studie	Deltagare	Metod Datains. Dataanalys	Huvudfynd	Kvalitet
Matsuda et al. År: 2002 Japan	Kvantitativ studie	n=22 5 patienter 3 män och 2 kvinnor, ålder 53-80 jämfördes mot 17 friska frivilliga studenter, alla kvinnor, ålder 19-21.	Interventions studie Statistisk analys	FDP efter vitrectomi är en stor börda för patienten både fysiskt och mentalt. Patienten klagar över att synfältet är mörkt, dyspné, huvudvärk m.m. Bröstkorgens rörelse begränsas vid FDP vilket minskar ventilationen. Patienterna andas också återigen in sin utandningsluft vilket leder till symtom som dyspné och huvudvärk.	Medel

## *Analys*

Analysen i denna studie är baserad på Holopainen et al. (2008) och Whitemore och Knalf (2005) beskrivningar. En matris användes enligt Whitemore och Knalf (2005) beskrivning, eftersom den underlättar för författarna att få en tydlig överblick av artiklarnas innehåll. Enligt Polit och Beck (2012, s. 108) kan matriser användas med fördel för att organisera informationen vid en litteraturstudie. Analysen inleds med att primärkällorna organiseras i undergrupper (Whitemore & Knalf, 2005), i matrisen med uppsatta kolumner där artiklarna ordnats kronologiskt. Whitemore och Knalf (2005) beskriver att dataanalysen kräver att data från primärkällorna är organiserade, kodade, kategoriserade och summerade. Artiklarna lästes igenom noggrant för att få en helhetsbild av dem, detta gjordes för att undvika att data förlorade sin mening när den extraherades, vilket enligt Whitemore och Knalf (2005) förebygger bias och ökar validiteten i litteraturoversikten. För att undvika feltolkningar lästes materialet igenom av båda författarna både före och efter extrahering. (Holopainen et al., 2008). Kodad data kategoriserades efter ett patientperspektiv och utifrån ett sjuksköterskeperspektiv. Utifrån matrisen jämfördes artiklar för att hitta mönster och likheter för att få klarhet i extraherade data. Analysen avslutades med en syntetisering där all data som tidigare sammanställts sammanfattades (Whitemore & Knalf, 2005). Enligt Whitemore och Knalf (2005) används likheter, skillnader och mönster vid presentation av resultatet. Vid redovisning av resultatet sammanställdes en slutsats enligt Holopainen et al. (2008) som representerade de tre kategorier som framkommit i resultaten. Dessa redovisas efter att grupperna presenterats var för sig.

## **Resultat**

Syftet med denna litteraturstudie var att sammanställa vetenskaplig kunskap om patienters upplevelse av FDP efter vitreoretinal kirurgi från ett patientperspektiv och ett sjuksköterskeperspektiv. Med utgångspunkt från detta valdes sju studier ut som analyserades och kvalitetsgranskades, därefter formulerades tre kategorier, se tabell 3. Dessa utgör studiens resultat och beskrivs i löpande text under respektive tema först utifrån ett patientperspektiv och sedan utifrån ett sjuksköterskeperspektiv.

**Tabell 3** *Översikt kategorier*

Kategorier
Mental och fysisk påverkan
Samspelet med närstående
Samspelet med vårdpersonal

**Mental och fysisk påverkan**

Wittich, Overbury, Zouh, Watanabe och Kapusta (2006) beskrev att många patienter specifikt nämner att FDP kan orsaka allvarliga mentala och fysiska problem. Att klara av FDP den tid som krävs efter en vitrectomi lägger ett stort ansvar på patienten själv både fysiskt och mentalt (Matsuda et al., 2002).

*Från ett patientperspektiv*

I Harker, McLauchlan, MacDonald, Waterman.C och Waterman.H (2002) beskrev patienter som genomgått MH kirurgi att de kände sig deprimerade, uttråkade och hade en känsla av att de skulle bli tokiga av att ligga i FDP. I samma studie beskrevs det att de upplevde sänkt självförtroende efter avslutad FDP och uttryckte att detta var det värsta som hade hänt dem. Faktorer som hjälpte dem att klara av FDP både mentalt och fysiskt var hotet om synförlust och ett hopp om synförbättring allt för att kunna klara sig själv hemma, på jobbet och i sitt dagliga liv. Så länge gasbubblan fanns kvar i ögat och under tiden av rehabilitering fanns det enligt Wittich och Southall (2008) många känslor i omlopp, patienten pendlade mellan hopp om ett positivt resultat och om rädslan att förlora synen.

Den största utmaningen för patienten var bristen och kvaliteten på sömnen (Wittich et al., 2008). Harker et al. (2002) beskrev att patienterna lyfte fram oron över att inte ligga på rätt sätt under natten, de vaknade och fann att de låg på rygg eller sida. Positioneringen beskrevs här som obekvämt och att de endast kan sova kortare perioder vilket i sin tur leder till att de känner sig konstant trötta och stressade. Patienterna i studierna av Wittich et al. (2008) och Adachi et al. (2013) beskrev att FDP är en obekvämt ställning som orsakar värk i rygg och nacke. Wittich et al. (2008) lyfte även fram svullna anklar, stelhet och trötthet som ett problem. Medan Adachi et al. (2013) lyfte smärtproblematik i svank och axlar samt vid längre

perioder av FDP även armbågar. Smärtan beskrevs öka från det första till det tredje postoperativa dygnet då den nådde sin kulmen.

Deltagarna beskrev i Harker et al. (2002) att trots att de provade flertalet hjälpmedel för att underlätta positioneringen, upplevde smärta i rygg, nacke, axlar och muskler. De uppgav också problem med ömma ögon, armbågar, bröst, skinkor, huvudvärk, yrsel och illamående. I samma studie beskrev patienterna att de fick problem med andningen när de låg ner i FDP, dessa problem beskrevs även av Wittich et al. (2008).

### *Patientens upplevelse sett ur ett sjuksköterskeperspektiv*

Sjuksköterskornas erfarenhet var att depression och att patienterna kände sig uttråkade påverkade patienternas motivation till FDP på ett negativt sätt. En orsak till att patienterna kände sig uttråkade var att de kände sig isolerade och att de led av brist på mentalt stimuli som exempelvis kunde vara att läsa eller se på TV (Waterman H, Harker, MacDonald, MacLaughlan & Waterman C, 2005a). I Waterman et al. (2005b) beskrev sjuksköterskan att en del patienter uttryckte en känsla av klaustrofobi när de använde kuddar som hjälpmedel för att underlätta FDP i liggande ställning.

I Waterman et al. (2005b) beskrev sjuksköterskorna hur många patienter upplevde svår axel och nackvärk som en konsekvens av FDP, vilket enligt dem gjorde det svårt för patienten att fullfölja positionering enligt ordination. Sjuksköterskorna beskrev även hur en del patienter fick sår på öron, armbågar och allmän muskelsmärta till följd av positioneringen. Harker et al. (2002) beskriver att ledsjukdomar som artrit påverkar om patienten ska kunna fullfölja FDP. Matsuda et al. (2002) beskriver i sin studie att en signifikant försämring av inandningsluftens kvalitet när patienterna ligger ner i FDP vilket kan leda till huvudvärk och illamående. Andra faktorer som påverkar andningen och förmågan att klara FDP är fetma och hiatusbråck (Harker et al., 2002).

### Syntes

Att patienterna kände sig deprimerade och uttråkade samt hade värk i rygg, nacke, axlar beskrevs som ett problem både utifrån ett patientperspektiv och ett sjuksköterskeperspektiv. Sömnens kvalitet och oron att inte ligga rätt var något som betonades av patienterna. Att

patienterna kände sig deprimerade och uttråkade påverkade enligt sjuksköterskan patientens motivation till FDP på ett negativt sätt.

### **Samspelet med närstående**

#### *Från ett patientperspektiv*

Vikten av ett socialt nätverk så som familj eller vänner beskrevs i Wittich et al. (2008) som en förutsättning för att klara av den postoperativa rehabiliteringen. Detta stöd kunde uttryckas genom exempelvis telefonsamtal, besök, matlagning och talböcker.

I Harker et al. (2002) beskrevs att patienterna funderade kring hur de skulle klara sig ensamma hemma efter operationen på grund av de hårda restriktionerna med FDP. Studien beskrev så väl det positiva som negativa med att leva i ett socialt nätverk. Det positiva med det sociala nätverket var att någon bryr sig om medan det negativa kunde vara stressen över att inte själv klara av att ta hand om anhöriga som var i behov av hjälp.

Att för patienten våga ta beslutet om att genomgå operation med efterföljande FDP, berodde enligt Wittich et al. (2006) till största delen på det sociala stödet. De patienter som ville genomgå behandling hittade enligt författarna alltid ett sätt att göra detta möjligt.

#### *Patientens upplevelse sett ur ett sjuksköterskeperspektiv*

Sjuksköterskorna i studien av Harker et al. (2002) relaterade patienternas svårighet att klara av att ligga i FDP till deras sociala situation eftersom timmarna hemma i ensamhet kunde upplevas som ändlösa.

#### Syntes

Vikten av ett socialt nätverk så som familj och vänner beskrivs av patienten som en förutsättning att klara FDP. Sjuksköterskorna relaterar patientens svårighet att klara FDP till deras sociala situation då timmarna hemma i ensamhet kunde upplevas ändlösa.



## **Samspelet med vårdpersonal**

### *Från ett patientperspektiv*

En aspekt som lyftes av de flesta deltagarna i studien av Harker et al. (2002) var vikten av stöd från vård professionen, psykologiskt, socialt och fysiskt vilket enligt dem behövs både före, under och efter operationen. Patienter uttryckte en önskan om mera stöd och hjälp i hemmet för att klara av perioden med FDP. Patienterna i studien påtalade vikten av att bli förberedd inför operationen genom att få information angående sjukdomen, gasenstamponadens betydelse, den postoperativa positioneringen och hjälpmedel för att klara detta samt om möjligt få prova FDP praktiskt. En del patienter föreslog i studien att en uppföljning av vårdpersonal i hemmet vore önskvärt antingen per telefon eller ett hembesök, speciellt för de som levde ensamma.

### *Patientens upplevelse sett ur ett sjuksköterskeperspektiv*

I studierna av Waterman et al. (2005a; 2005b) visade på vikten av en god kommunikation och information med patienten men också emellan personalen genom hela vårdkedjan får att uppnå ett gott resultat av MH kirurgi med efterföljande FDP. För att uppnå detta krävs utbildning av personalen och patienterna. Studierna (Waterman et al., 2005a; 2005b) tog även upp vikten av en individuellt anpassad information för att kunna ge den enskilde patienten verktyg för att kunna hantera och klara av denna situation. Sjuksköterskor såg att med mer kunskap och förståelse för patientens behov desto lättare hade patienten att hantera FDP. Wittich et al. (2006) visade att sedan en forskningsassistent tillsats för att ge patienten en mer detaljerad information kring sjukdomen, konsekvenser av operationen, FDP och postoperativ uppföljning samt möjlighet för patienten att kunna ställa individuella frågor så har ingen patient avstått från operation.

### Syntes

En god information och kommunikation genom hela vårdprocessen beskrevs både ur ett patientperspektiv och ett sjuksköterskeperspektiv som ett sätt att underlätta perioden med FDP. Patienterna önskade även en uppföljning i hemmet antingen genom ett telefonsamtal eller ett hembesök. Sjuksköterskorna såg att med mera kunskap och förståelse för patienten desto lättare hade patienten att klara FDP.

## Diskussion

Syftet med litteraturstudien var att få en översikt av kunskap om patienters upplevelse och vilka faktorer som kan påverka patientens förmåga att klara FDP efter vitreoretinal kirurgi, utifrån patientens respektive sjuksköterskans perspektiv. Detta resulterade i tre kategorier; mental och fysisk påverkan, samspelet med närstående och samspelet med vårdpersonalen.

I litteraturöversikten framkom det att positioneringen påverkade patienten såväl mentalt som fysiskt. Det visade sig att den mentala påverkan var stor för patienten under och efter perioden av FDP. De pendlar mellan oro och hopp, oron över att mista synen och ett hopp om att återfå den. Patienterna upplever ofta ett svängande humör som relateras till en störd nattsömn beroende på det obekväma läget och stressen över att ligga fel. Att tappa positioneringen under natten beskrevs som stressande av Mittra, Kim, Han och Pollack (2009) i en studie där de ville undersöka hur lång tid det krävdes för MH att läka med strikt FDP. En god sömn är central för hälsan bland annat för att sömnen är livsnödvändig för kroppslig och mental återhämtning och psykiskt välbefinnande. En mängd undersökningar har visat att det är en hälsorisk att sova för lite. En god sömn anses vara en lång och obruten sov period och en dålig sömn bedöms vanligtvis innehålla minst fem uppvaknanden (Statens folkhälsoinstitut. Nationella folkhälsoenkäten, Psykisk hälsa; Sjukdomar och besvär, 2013). Enligt Hansson och Ruthig (2011) som studerat sömnkvalitet hos äldre vuxna, sägs att en god sömnkvalitet talar för mera positiva och mindre negativa känslor samt färre depressiva symtom. Detta kan till viss del stärka patientens beskrivning om att bristen på sömn är grunden till att FDP upplevs som så mentalt påfrestande och en bidragande orsak till att patienter känner sig nedstämda.

I litteraturöversikten framkom det även att smärtor i rygg och nacke var vanligt förekommande. I en studie där syftet var att undersöka det anatomiska och funktionella resultatet efter MH kirurgi nämns att FDP är obekvämt, svårt och impopulärt speciellt bland äldre (Madgula & Costen, 2007). Ellis et al (2000) undersökte i en studie om det fanns någon skillnad i det kirurgiska slutresultatet beroende på om patienten låg fem dagar i FDP eller längre, även här nämns nack, axel och ryggvärk som en källa till varför FDP upplevs obekvämt. Det finns även rapporter (Holecamp et al., 1999; Salam, Harrington & Raj, 2004) som beskriver påverkan på ulnarnerven som en biverkan till förlängd FDP på grund av det statiska trycket på armbågarna. Som ett led i att förebygga problemet är det viktigt att informera patienten om att ändra läge för att minska trycket på de böjda armbågarna. Patienterna själva kan dela med sig av tips och idéer som kan vara till hjälp för andra i sin

förberedelse inför MH kirurgi och efterföljande behandling med FDP exempelvis preoperativ förberedelser som att förbereda mat, prova på FDP. Viktigt är att uppmuntra patienten till att själv hitta olika lösningar för att variera läget med hjälp av kuddar (Cullen, 1998). Genom att försöka sitta uppe med bibehållen FDP under dagtid ges patienten möjlighet till en bättre nattsömn. I resultatet av litteraturöversikten beskrevs både av patienterna och sjuksköterskorna att närstående fyller en viktig funktion för patienten att klara FDP, genom att uppmuntra och ge stöd i det dagliga livet. Under denna period är det viktigt enligt Cullen (1998) för patienten att fortsätta vara aktiv med exempelvis korta promenader och lättare hushållsarbete. Även att uppmuntra till att lyssna på radio och talböcker för att få tiden att passera.

Det framkommer i litteraturöversikten att en god information och kommunikation med patienten inför operationen ökar förståelsen och förmågan att klara av FDP. Resultatet visar på brister i kommunikationen mellan personalgrupperna och i dialogen med patienterna. Både patienterna och sjuksköterskorna lyfter därför vikten av en djupare utbildning och en bättre kommunikation i vårdkedjan. Ellis (2002) fann i en studie att när vårdpersonalen i sitt sätt att informerar patienten talar om visus, som ett mått att mäta synen på, missar vad patienten verkligen vill veta. Patienterna befinner sig i en stressande situation och att de i många fall har svårt att ta till sig information vilket ställer högre krav på den information som ges samt att denna upprepas. Sjukvårdspersonal är enligt Hälso- och Sjukvårdslagen, HSL (SFS 1982:763) skyldiga att ge anpassad information om hälsotillstånd, undersökningar samt vård och behandling. SKL Råd för bättre kommunikation (2012 s. 3) beskriver hur kunskaper om, och förståelse för kommunikationsprocesser och att ha ett dialogiskt förhållningssätt i patientmötet är nödvändigt för att förbättra patientsäkerheten och öka patientens delaktighet.

## **Metoddiskussion**

Valet att göra en litteraturstudie över kunskapsläget inom ett visst område var precis som Holopainen (2008) beskrev det en tidskrävande uppgift. Genom att de flesta artiklar inte gick att återfinna i sin helhet inom Sveriges gränser fick dessa beställas från utländska bibliotek vilket försenade processen. Att systematiskt utföra en kvalitetsgranskning av materialet är enligt Willman et al. (2011) att få en så objektiv bedömning av materialet som möjligt och på så sätt stärka studiens kvalitet. Antalet studier och att flera författare återkom i några av de valda studier kan ses som en begränsning och minska validiteten för studien men

samstämmigheten i resultaten totalt sett från såväl ett patient- som ett sjuksköterskeperspektiv visar ändå på en tendens som kan stärka innehållet av kunskapsöversikten. Valet att ta med en kvalitativ studie som grundade sig på endast en deltagare kan ses minska validiteten (Graneheim et al., 2004) men då studien efter granskning ansågs som godkänd och är en av de få studier som tar upp patientens egna erfarenheter av FDP ansåg vi att artikeln var av intresse för oss att ta med i studien.

Tillvägagångssättet har dokumenterats både i text och i tabeller vilket gör det möjligt för läsaren att följa med och granska resultatet (Willman et al., 2011 s 56). Vårt arbete har kritiskt granskats vid flera tillfällen under arbetets gång av såväl kurskamrater som handledare och andra lärare i olika seminarier vilket för oss har varit en värdefull hjälp i att föra arbetet framåt.

### **Slutsats**

Resultatet visar på en samstämmig tendens i att den mentala och fysiska påverkan att klara FDP är stor men att det är det mentala som avgör hur och om man ska klara FDP. För att patienter ska klara av positioneringen krävs det en ändamålsenlig insats från vårdpersonalen för att förebygga och bemöta detta. Ett väl sammansvetsat team med fungerande riktlinjer och som har kunskap om vilken påfrestning det är för den enskilde patienten utifrån levnads situation och de omständigheter patienten befinner sig i är en grund för att denne ska klara av FDP är att eftersträva. Att drabbas av en synnedläggelse och oron för att den ska bli permanent i kombination med den påverkan som FDP innebär är en stor påfrestning för den ofta äldre patienten. Vi anser därför att det behövs en fortsatt diskussion i ämnet för att om möjligt kunna differentiera perioden av FDP. En teknik som numera finns för att undersöka och bedöma MH är OCT som kan fungera som en guide för att kunna korta och differentiera FDP och ändå nå ett godkänt resultat av operationen (Shah et al., 2013).

## Referenser

### (\*Artiklar som ingår i analysen)

\*Adachi, N., Munesada, M., Yamada, N., Suzuki, H., Futohashi, A., Shigeeda, T., Kato, S., & Nishigaki, M. (2013). Effects of aromatherapy massage on face-down posture-related pain after vitrectomy: A randomized controlled trial. *American Society for Pain Management Nursing*, 1-7.

Almeida, D.R.P., Wong, J., Belliveau, M., Rayat, J., & Gale, J. (2012). Anatomical and visual outcomes of macular hole surgery with short-duration 3-day face-down positioning. *Retina*, 32, 506-510.

Bek, T., Bertelsen, T., Ehlers, N., & Fagerholm, P. (2004). *Oftalmologi, Nordisk lärebok og atlas*. Bergen: John Grieg Grafisk AS

Cullen, R. (1998). Macular hole surgery: Helpful tips for preoperative planning and postoperative face-down positioning. *Journal of Ophthalmic Nursing & Technology*, 17, 179-181.

Dhawahir-Scala, F.E., Maino, A., Saha, K., Mokashi, A.A., McLauchlan, R., & Charles, S. (2008). To posture or not after macular hole surgery. *Retina*, 28, 60-65.

Ellis, J.D., Malik, T.Y., Taubert, M.A., Barr, A., & Baines, P.S. (2000). Surgery for fullthickness macular holes with short- duration prone posturing: results of a pilot study. *Eye*, 14, 307-369.

Ellis, J.D., & Baines, P.S. (2002). Patients perspectives on macular hole surgery. *Ophthalmology*, 4, 602-603.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Gupta D. (2009). Face-down posturing after macular hole surgery. A review. *Retina*, 29, 430-443.

Hansson, B.L., & Ruthig, J.C. (2011). The unique role of sleep quality in older adults' psychological well-being. *Journal of Applied Gerontology*, 31, 587-607.

\*Harker, R., McLauchlan, R., MacDonald, H., Waterman, C., & Waterman, H. (2002). Endless nights: patients' experiences of posturing face down following vitreoretinal surgery. *Ophthalmic Nursing* 6, 11-15.

Holecamp, N.M., Meredith, T.A., Landers, M.B., Snyder, W.B., Thompson, J.T., Berman, A.J., & Williams, S. (1999). Ulnar neuropathy as a complication of macular hole surgery. *Archives of Ophthalmology*, 117, 1607-1610.

Holopainen, A., Hakulinen-Viitanen, T., Tossavainen, K., (2008). Systematic review-a method for nursing research. *Nurse Researcher*, 16, 72-83.

Hälso- och Sjukvårdslagen, HSL(SFS 1982:763). Kanski, J. (2011). *Clinical Ophtalmology A Synopsis*. UK: Butterworth, Heinemann. Elsevier.

Kelly, N.E., & Wendel, R.T. (1991). Vitreous surgery for macular holes. *Archives of Ophthalmology*, 109, 654-659.

Knudsson, M.D., Klein, B.E.K., Klein, R., Cruickshanks, K.J., & Lee K.E. (2005). Age-related eye disease, quality of life, and functional activity. *Archives of Ophthalmology*, 123, 807-814.

Kugelberg, M., & Ygge, J. (2010). *Ögonboken*.16-17. Stockholm: Liber.

Lee, E-K.O., & Brennan, M. (2006) Stress constellations and coping stiles of older adults with age-related visual impairment. *National Association of Social Workers*, 31, 289-298.

Madgula, I.M., & Costen, M. (2008). Functional outcome and patient preferences following combined phaco-vitreotomy for macular hole without prone posturing. *Eye*, 22, 1050-1053.

\*Matsuda, M., Yoneda, J., Nakamura, M., Yamashita, Y., Hirano, Y., Kawamura, R., & Nishida, T. (2002). Prevention of ventilator disturbance while in the face-down position after macular hole surgery. *Nursing and Health Sciences*, 4, 85-88.

Mitra, R.A., Kim, J.E., Han, D.P., & Pollack, J.S. (2009) Sustained postoperative face-down positioning is unnecessary for successful macular hole surgery. *British Journal of Ophthalmology*, 93, 664-666.

Nadal J, Delas B., & Piñero A. (2012). Vitrectomy without face-down posturing for idiopathic macular holes. *Retina*, 32, 918-921.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008) *Nursing research. Generating assessing evidence for nursing practice*. Wolter Kluwer/ Lippincott Williams and Wilkins.

Riksföreningen för ögonsjukvård och Svensk sjuksköterskeförening, 2009.  
*Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor med specialisering inom ögonsjukvård.* Hämtad 2 juni, från <http://www.swenurse.se>

Salam, A., Harrington, P., Raj, A., & Babar, A. (2004). Bilateral ulnar nerve palsies: an unusual complication of posturing after macular hole surgery. *Eye*, 18, 95-97.

Shah, S.P., Manjunath, V., Rogers, A.H., Baomal, C.R., Reichel, E., & Duker, J.S. (2013). Optical coherence tomography-guided facedown positioning for macular hole surgery. *Retina*, 33, 356-362.

Statens beredning för medicinska utvärderingar [SBU]. (2008). *Ranibizumab för behandling av åldersförändringar i näthinnans gula fläck.* Stockholm: SBU Alert-rapport nr 2008-03. ISSN 1652-7151. Hämtad 5 februari, från <http://www.sbu.se>

Statens folkhälsoinstitut. *Nationella folkhälsoenkäten, Psykisk hälsa; Sjukdomar och besvär.* Hämtad 24 april, 2013, från <http://www.fhi.se>

Sveriges Kommuner och Landsting. [SKL].(2012). *Råd för bättre kommunikation mellan patient och vårdperson.* Hämtad 29 april, 2013, från [www.skl.se/publikationer](http://www.skl.se/publikationer)

\*Waterman, H., Harker, R., MacDonald, H., McLaughlan, R., & Waterman, C. (2005a) Evaluation of an action research project in ophthalmic nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 389-398.

\*Waterman, H., Harker, R., Macdonald, H., McLaughlan, R., & Waterman, C. (2005b) Advancing ophthalmic nursing practice through action research. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 281-290.



Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (5), 546-553.

Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C, (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund. Studentlitteratur.

\*Wittich, W., Overbury, O., Zhou, R., Watanabe, D.H., & Kapusta, M.A. (2006). Vision impairment by choice: Why do patients decline macular hole surgery? *Visual Impairment Research*, 8, 67-73.

\*Wittich, W., & Southall, K. (2008). Coping with extended facedown positioning after macular hole surgery a qualitative diary analysis. *Nursing Research*, 57, 436-443.

Ygge, J. (2011) *Ögat och synen*. Stockholm: Karolinska Institute University press.

