



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice
College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**RAZISKAVA O VODENJU POOPERATIVNE
BOLEČINE NA PRIMERU KIRURŠKEGA
ODDELKA**

**STUDY ON MANAGEMENT OF
POSTOPERATIVE PAIN IN THE CASE OF
SURGICAL UNIT**

Mentor: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič
Sommentor: Marija Mežik Veber, strok. sod.

Kandidat: Alenka Sredanović

Jesenice, januar, 2013

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, izr. prof. dr. Brigiti Skeli Savič, in somentorici, Mariji Mežik Veber, strok. sod., za pomoč pri izdelavi diplomskega dela, vse koristne nasvete, predloge in usmeritve. Najlepša hvala recenzentoma mag. Miranu Remsu, viš. pred., in Gordani Lokajner. Zahvaljujem se tudi lektorici Maji Pirija.

Zahvaljujem se vodstvu Splošne bolnišnice Jesenice za možnost izvajanja empiričnega dela raziskave v njihovi ustanovi, vsem zaposlenim in pacientom, ki so prostovoljno sodelovali v raziskavi in tako pomembno prispevali k mojemu diplomskemu delu.

Posebna zahvala gre moji mami, očetu in možu, ki so mi ves čas študija stali ob strani in me spodbujali.

Diplomsko delo posvečam svojim otrokom: Andreju, Lani in Leji.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Bolečino je potrebno zdraviti. Zavedati se moramo, da neučinkovito lajšanje bolečin pušča posledice, ki zdaleč presegajo trpljenje pacienta v omejenem času trajanja akutne bolečine.

Cilj: Cilj diplomskega dela je pridobiti vpogled v kakovost oskrbe pacientov s pooperativno bolečino in vodenje pooperativne bolečine s strani medicinskih sester.

Metoda: Izvedena je bila kvantitativna raziskava z metodo anketiranja. Uporabili smo anketni vprašalnik za medicinske sestre in paciente. Prvi vzorec je zajemal vseh 49 medicinskih sester, ki so zaposlene na kirurškem oddelku. Odzivnost medicinskih sester lahko označimo kot 81,6 odstotno, saj je sodelovalo 40 medicinskih sester od celotne populacije. Drugi vzorec pa je zajemal 60 pacientov po operativnem posegu, ne glede na diagnozo, v času hospitalizacije na kirurškem oddelku. Odzivnost pacientov je bila 93 odstotna, saj je sodelovalo 56 pacientov. Podatke smo zbirali v Splošni bolnišnici Jesenice. Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili program SPSS 18.0.

Rezultati: Raziskava pokaže, da je pri primerjavi med medicinskimi sestrami in pacienti prišlo do statistično pomembnih razlik pri trditvi, da je po posegu bila omogočena ocenitev bolečine po lestvici za ocenjevanje bolečine ($X^2=14,629$; $p<0,001$) in pri trditvi, da je medicinska sestra po dani protibolečinski terapiji preverila, če se je bolečina zmanjšala (hi-kvadrat=10,295; $p=0,001$). Pri ostalih primerjavah, med skupinama, statistično pomembne razlike niso bile ugotovljene.

Razprava: Celotno osebje se mora zavedati pomembnosti informiranja pacientov o pooperativni bolečini. Informiran pacient bo tako lahko sodeloval v postopku obvladovanja pooperativne bolečine, kar bo pozitivno vplivalo na delo celotnega medicinskega osebja ter posledično na zadovoljstvo pacienta z bivanjem v bolnišnici. Osebje naj nadgrajuje možnosti za pridobivanje novih znanj z obravnavanega področja ter stremi k stalnemu preverjanju sodelovanja na obravnavanem področju med osebjem in pacienti.

Ključne besede: bolečina, pooperativna bolečina, vrste bolečine, ocenjevanje bolečine, zdravljenje bolečine.

SUMMARY

STUDY ON MANAGEMENT OF POST - OPERATIVE PAIN IN THE CASE OF SURGICAL UNIT

Theoretical starting points: Pain should be treated. We should be aware that poor pain relief leaves consequences that far exceed the suffering patient in the limited time duration of acute pain.

Goal: The goal of the diploma thesis is to gain insight into the quality of care for patients with postoperative pain and postoperative pain management by nurses.

Method: The quantitative research was made with method of surveying. We used the questionnaire for nurses and patients. The first sample consisted of 49 nurses who are employed at surgical unit. Responsiveness of nurses can be characterized as 81.6 percent, since 40 nurses participated among all. The second sample consisted of 60 patients after surgery, regardless of diagnosis, during hospitalization on a surgical unit. Responsiveness of patients was 93 percent, as 56 patients participated. Data were collected in the General Hospital Jesenice. For statistical analysis SPSS 18.0 was used.

Results: Research shows that when comparing between nurses and patients there was a statistically significant difference in the assertion that assessing of pain was able after the surgery (hi-square=14.629; $p < 0.001$); also in the assertion that the nurse checked pain relief after pain therapy (hi-square=10.295; $p = 0.001$). In other comparisons between the two groups statistically significant differences were not found.

Discussion: All medical staff must be aware of the importance of informing patients about post-operative pain. Informed patients will be able to take part in the process of post-operative pain management, which will have a positive impact on work of medical staff and also on patient satisfaction with staying in hospital. Medical staff should improve the opportunities to acquire new knowledge in this subject and strives to constantly testing of cooperation in this field among medical staff and patients.

Key words: pain, postoperative pain, sorts of pain, pain management, pain treatment

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	2
	2.1 OPREDELITEV POJMA	2
	2.2 TEORIJE O POJAVU BOLEČINE.....	4
	2.3 VRSTE BOLEČIN	5
	2.3.1 Akutna bolečina.....	5
	2.3.2 Kronična bolečina.....	7
	2.4 ODZIV PACIENTA NA POJAV BOLEČINE	9
	2.5 OCENJEVANJE IN MERJENJE BOLEČINE	9
	2.6 LESTVICE ZA OCENJEVANJE BOLEČINE.....	11
	2.6.1 Enodimenzionalne lestvice	11
	2.6.2 Multidimenzionalne lestvice	12
	2.7 VLOGA MEDICINSKE SESTRE V POSTOPKU VODENJA BOLEČINE. 13	
	2.8 ZDRAVLJENJE POOPERATIVNE BOLEČINE	16
	2.8.1 Cilji zdravljenja pooperativne bolečine.....	17
	2.8.2 Farmakološko zdravljenje pooperativne bolečine.....	17
	2.9 NEŽELENI UČINKI ANALGETIKOV IN VPLIV NA VODENJE POOPERATIVNE BOLEČINE.....	19
	2.10 OBRAVNAVA BOLEČINE KOT POMEMBEN ELEMENT KAKOVOSTNE OSKRBE PACIENTA.....	20
3	EMPIRIČNI DEL	21
	3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	21
	3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	21
	3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	22
	3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	22
	3.3.2 Opis merskega instrumenta	22
	3.3.3 Opis vzorca.....	23
	3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	24
	3.4 REZULTATI	26

3.4.1 Demografske značilnosti (f- frekvence in % - odstotki) obeh vzorcev (pacientov in medicinskih sester).....	26
3.4.2 Rezultati obeh vprašalnikov – medicinskih sester in pacientov	28
3.4.3 Primerjava med anketnima vprašalnikoma medicinske sestre-pacienti z interpretacijo.....	30
3.4.4 Primerjava med anketo za paciente iz raziskave 2012 in raziskave iz leta 2009	32
3.4.5 Odzivni čas na poročanje o bolečini – opisno	33
3.4.6 Raziskovalna vprašanja	33
4 ZAKLJUČEK.....	43
5 LITERATURA.....	44
6 PRILOGE	47
6.1 INSTRUMENT.....	47
6.1.1 Anketni vprašalnik – medicinske sestre	47
6.1.2 Anketni vprašalnik – pacienti	47

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografske značilnosti (f- frekvence in % - odstotki) medicinskih sester..	26
Tabela 2: Demografske značilnosti (f- frekvence in % - odstotki) pacientov.....	27
Tabela 3: Rezultati vprašalnika za medicinske sestre (f- frekvence in % - odstotki).....	28
Tabela 4: Rezultati vprašalnika za paciente (f- frekvence in % - odstotki).....	29
Tabela 5: Ali so vam pred operativnim posegom razložili lestvico za ocenjevanje bolečine?.....	30
Tabela 6: Ali ste po operativnem posegu ocenili svojo bolečino po lestvici za ocenjevanje bolečine?.....	30
Tabela 7: Koliko časa ste čakali na protibolečinsko terapijo? (čas od trenutka, ko ste prosili za sredstvo za zmanjšanje bolečine, do trenutka, ko ste le tega prejeli).	31
Tabela 8: Ali je po dani protibolečinski terapiji medicinska sestra preverila, če se vam je bolečina zmanjšala?	31
Tabela 9: Zadovoljstvo z zdravljenjem bolečine.....	32
Tabela 10: Razlaga lestvice za ocenjevanje bolečine pred operativnim posegom.	32
Tabela 11: Ocena bolečine po operativnem posegu.	33
Tabela 12: Ocena, kako dolgo pacient čaka na protibolečinsko terapijo, glede na delovno dobo.	34
Tabela 13: Ali pri pacientu preverite, ali mu je bila po apliciranem analgetiku bolečina zmanjšana glede na delovno dobo?	35
Tabela 14: Ali menite, da je pri vsakem pacientu ustrezno poskrbljeno za kakovostno vodenje pooperativne bolečine glede na delovno dobo?	36
Tabela 15: Uporaba lestvice za ocenjevanje bolečine glede na informiranost bolnika..	37
Tabela 16: Čakanje na protibolečinsko terapijo glede na informiranost pacienta.....	38

1 UVOD

Bolečina je, kljub razpoložljivim zdravilom za njeno zdravljenje, še vedno nezadostno zdravljena. Pomeni trpljenje, spreminja življenje pacienta in njegove okolice. Pacienti z bolečino lahko dobijo občutek, da jim zdravniško osebje ne verjame, kako močno čutijo bolečino, saj se le-te ne da pokazati. Bolečini se pridružuje tudi trpljenje, zato se mora zdravstveno osebje truditi ter spodbujati pacienta, da jim zaupa, saj jim bo le s skupnimi močmi uspelo zaječiti trpljenje, ki ga povzroča bolečina. Prav nezdravljena ali pa nezadostno zdravljena bolečina ima več posledic, izmed katerih lahko omenimo utrujenost, slabše telesno in duševno počutje, omejeno gibljivost pacienta, zmanjšano storilnost pacienta, motnje spanja, hranjenja in podobno.

Bolečina po operaciji je stalna spremljevalka pacientov, zato je zelo pomembno, da pooperativno bolečino ocenjujemo, merimo in zdravimo. Bolečina je stvar doživljanja posameznika, dostikrat jo je težko opisati in zgodi se, da je tudi z zdravili ne moremo popolnoma odpraviti. Vsak poskus odvzema bolečine pa je pomembno dopolnilo za pacienta, ki bolečine trpi. Biti brez bolečine je človekova pravica; zdravstveno osebje ima za to na voljo dovolj zdravil, potrebno je k vsakemu pacientu pristopiti na osebni ravni, ki opredeljuje jakost njegove bolečine.

Pacienti so na splošno prepričani, da je po operaciji običajno čutiti bolečine. Pripravljeni so trpeti bolečine, boli pa jih vedno bolj, kot so pričakovali, kljub zdravljenju pooperativne bolečine. Pacienti naj imajo več možnosti do lajšanja pooperativne bolečine, zdravstveni delavci pa naj jim posvečajo več pozornosti. Učinkovito spremljanje pooperativne bolečine bi v vsakem primeru olajšalo pacientove pooperativne dneve in zmanjšalo njihovo trpljenje.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 OPREDELITEV POJMA

Bolečino definiramo kot neprijetno čutno in čustveno zaznavo, povezano z dejansko ali potencialno poškodbo tkiva. Ideja o opredelitvi bolečine kot petega vitalnega znaka (standardni štirje: telesna temperatura, krvni tlak, srčni utrip in frekvenca dihanja) v klinični medicini poudarja pomen tega simptoma. Kronična bolečina znatno poslabšuje duševno in telesno zdravje posameznika, povežemo jo lahko s slabimi vzorci spanja in/ali depresivnim razpoloženjem, kar spet vpliva na to, kako se z bolečino soočamo. Najpogostejši vzrok nemaligne kronične bolečine so mišično-skeletne bolezni. Enostavnega mehanizma oz. merila za oceno bolečine ni, učinkovit farmakološki pristop k terapiji kronične bolečine pa zahteva natančno oceno bolečine. Ker je bolečina zelo subjektivno doživetje, je najboljši pokazatelj pacientova ocena doživljanja bolečine, ki mora vključevati intenzivnost bolečine ter ovrednotiti učinek bolečine na vsakodnevna opravila. Pri anamnezi bolečine nas zanimajo še lokacija in značaj bolečine ter kdaj je bolečina najintenzivnejša. Pripomočki za merjenje bolečine vključujejo enostavne enodimenzionalne lestvice: vizualno analogno lestvico, številčno ocenjevalno lestvico, govorno opisno lestvico in podobno; večdimenzionalne vprašalnike: McGill-ov vprašalnik o bolečini, BPI – kratek vprašalnik o bolečini in podobno (Kolarič, 2012, str. 40).

Bolečina je kompleksna človekova izkušnja, ki je lahko pozitivna ali negativna. Pacienti ob sprejemu in po operaciji še danes trpijo zaradi bolečin, ker zdravstveni delavci o njej nimajo dovolj znanja in izkušenj ali napačno ocenijo njeno intenzivnost; včasih pa je vzrok tudi pretirana potrpežljivost pacienta. Delavci v zdravstveni negi - medicinske sestre - se bistveno premalo zavedamo pomena dobre zdravstvene nege z lajšanjem bolečine. Bolečina je darilo narave človeku, ki pa ga človek ne mara; je nujni obrambni mehanizem telesa na dogajanja v njem in nas. Bolečina nas opozarja, da je z nami nekaj narobe, je neprijetna čutna in čustvena izkušnja človeka, ki se odraža na telesnem in čustvenem nivoju in pogosto vpliva tudi na poslabšanje odnosov med partnerji, v družini, med sodelavci, v širšem socialnem okolju in družbi. Bolečina je pogost spremljevalec našega življenja, spremlja nas od rojstva do smrti. Vsak človek ima po

ženevski konvenciji pravico živeti brez bolečine. Sodobna medicina si vse intenzivneje prizadeva lajšati bolečine. Vse bolečine niso 100-odstotno obvladljive. Živeti popolnoma brez bolečin je tako ali tako iluzija. Niti ni zdravo, da ne čutimo nobenih sprememb, saj nas bolečina pogosto opozarja, da se z našim telesom nekaj dogaja. Strokovnjaki na področju lajšanja bolečine menijo, da je treba vsako bolečino, akutno in kronično, lajšati. Nezdravljena bolečina ima škodljive učinke na organizem. Najboljši način lajšanja bolečine je tisti, ki odpravi vzrok (Rešetič, 2012, str. 25 – 27).

Mednarodno združenje za raziskovanje bolečine je na osnovi spoznanja, da ne more več sprejeti modela, po katerem občutek ni nič več kot umska reprezentacija dražljaja, prosilo skupino psihiatrov za sodobno definicijo bolečine. Odgovorili so, da je bolečina neprijeten občutek in čustveni odgovor, povezan z dejansko ali potencialno poškodbo ali opisana v pojmih takšne poškodbe. Dodali so tudi nekatere ključne opombe, kot na primer, da je bolečina vedno subjektivna (Wall, 2007, str. 77).

Bolečina prispeva k slabši kakovosti življenja, zmanjšuje blaginjo, povečuje telesno invalidnost in umrljivost. Vir bolečine vključuje tudi kirurške posege. Pooperativna bolečina je pogosta in je lahko koristen okvir, v katerem lahko proučujemo bolečino v povezavi z obolevnostjo. Problema akutne pooperativne bolečine se moramo lotiti z razvojem in izvajanjem smernic za izboljšanje kakovosti glede oskrbe bolečine. Kljub tem prizadevanjem pooperativna bolečina ostaja pomemben klinični problem in ima lahko resne posledice za operirane paciente. Postavlja se tudi vprašanje ali je pooperativna bolečina povezana z zamudo pri celjenju ran. Zakaj bi bolečina vplivala na celjenje ran? Bolečino zaradi rane lahko obravnavamo v širšem kontekstu v povezavi z imunskim sistemom, saj so razne raziskave pokazale, da je funkcija imunskega sistema ključna, pri čemer bolečina lahko povzroči zapoznelo celjenje ran (McGuire et al., 2006, str. 165).

Bolečina je večdimenzionalen in kompleksen pojav, katerega različne fiziološke, zaznavne, vedenjske in socialno-kulturne, čustvene in kognitivne komponente tvorijo interakcijo – dojetje in izražanje bolečine. Ker ima bolečina več negativnih učinkov na razpoloženje, dnevne aktivnosti, spanje, kognitivne funkcije in socialno življenje, je pomembna za obravnavo pri pacientih, zlasti po operacijah (Caffo et al., 2003, str. 45).

Avtor Muntlin (2009, str. 22) opredeljuje bolečino kot najpogostejši vzrok iskanja pomoči v urgentnih blokih in jo, kot večina avtorjev, opisuje kot neprijeten občutek in čustveno izkustvo, povezano z dejansko ali potencialno okvaro telesa; pri vsem tem pa je bolečina še vedno subjektivna izkušnja in je težko dokazljiva. Oba vidika zaznavanja bolečine je potrebno vzeti v obzir, tako tisto, ki je posledica fizičnih vzrokov, kot tudi tisto psihične narave. Pri tem avtor lajšanja bolečine opisuje oboje – sam občutek pacienta, da mu je bolečina olajšana kot tudi medicinsko zdravljenje.

Kljub velikemu napredku medicinskega znanja ostaja bolečina še vedno zdravljena pod pričakovanji. Upravljanje akutne pooperativne bolečine tako predstavlja del interdisciplinarnega zdravstvenega varstva. Z odpravo pomanjkljivosti v zagotavljanju odpravljanja bolečine bi lahko dosegli boljše zdravstvene standarde in tudi ekonomske učinke (Ewers, Osterbrink, 2011, str. 76).

2.2 TEORIJE O POJAVU BOLEČINE

Pojav bolečine je težko razložiti. V sodobni literaturi obstajajo štiri pomembne teorije, s katerimi avtorji poskušajo razložiti prenos ali pot bolečinskega dražljaja do centra za bolečino in zaznavanja le-te (Ščavničar, 2004, str. 102):

- Specifična teorija; razlaga pojav bolečine pri poškodbi tkiva kot posledico vzdraženosti specifičnih receptorskih celic pod vplivom bolečinskih dražljajev. Ta teorija je preveč poenostavljena, ker so avtorji upoštevali zgolj poškodbo tkiva in živčni sistem, ne pa individualne razlike v doživljanju pojava bolečine, razlik v bolečinskem pragu, vpliva čustev in tega, da specifičnih bolečinskih receptorskih celic v vseh primerih ni možno lokalizirati.
- Teorija vzorcev; nastala je zaradi pomanjkljivosti specifične teorije. Ključni koncept v teoriji vzorcev je, da je bolečina posledica prenosa živčnih dražljajev, ki izvirajo in so kodirani kot periferno mesto stimulacije in manj kot stimulacija specifičnih receptorjev. Po poškodbi tkiva se vzpostavi krog v spinalnih internevronih, ki omogočajo zaznavanje pojava bolečine tako, da celo misel na bolečino lahko povzroči njen pojav. Na tej teoretični osnovi se najlaže razloži fantomska bolečina amputiranega dela okončine ter kronična in intermitentna bolečina.

- Teorija kontrolnih vrat, ki upošteva nekaj vidikov prejšnjih dveh tradicionalnih teorij in opisuje prenos bolečinskih dražljajev ter povezanost med pojavom bolečine in pacientovim psihičnim stanjem, preteklimi bolečinskimi izkušnjami ter čustvi (strah, tesnoba).
- Teorija, ki upošteva delovanje endogenih opiatov; pojav bolečine je tako posledica sproščanja kemičnih snovi iz celic poškodovanega tkiva.

Bolečina je občutek, ki je vedno neprijeten. Izkušnje posameznika, ki so podobne bolečini, vendar niso neprijetne, ne bi smeli imenovati bolečina. Nekateri posamezniki tožijo za bolečinami ob odsotnosti poškodbe, okvare tkiva ali prisotnosti patofizioloških razlogov, ki bi jo povzročali. Navadno ne moremo razlikovati občutka od tistega, ki nastopi ob dejanski poškodbi tkiva. Če svojo izkušnjo dojemajo kot bolečino in o njej na tak način tudi poročajo, jo moramo tako tudi obravnavati. Nezmožnost verbalnega komuniciranja ne pomeni, da posameznik ne čuti bolečine. Občutenje bolečine je posledica interakcij med perifernim in centralnim živčnim sistemom (ibid., str. 102).

2.3 VRSTE BOLEČIN

Bolečine razvrstimo po različnih kriterijih. Po času trajanja bolečine ločimo akutno in kronično bolečino.

2.3.1 Akutna bolečina

Akutna bolečina nastopi takoj ob poškodbi tkiva in je koristna, saj nas opozarja na poškodbo. Takšna bolečina navadno preneha, ko se poškodovano tkivo pozdravi. Bolečine se ne obravnava kot akutno, če je prisotna dlje, kot je pričakovan čas zdravljenja poškodbe, ali se ne odziva na zdravljenje glede na pričakovanja. Z vidika izbire strategije zdravljenja je pomembno, ali je bolečina povezana z rakom ali ne, in kakšen je njen izvor (Toni, 2012, str. 3 – 5).

Akutna bolečina je fiziološka bolečina, je znak bolezni ali poškodbe in opozarja, da je v telesu nekaj narobe, da je potrebno ukrepati. Ima nenaden začetek in omejen čas trajanja ter mine, ko je njen vzrok odpravljen. Neodpravljen huda akutna bolečina lahko vodi v kronično bolečino (Pirc, 2005, str. 173).

Akutna pooperativna bolečina je kompleksna fiziološka reakcija na poškodbo kot posledico kirurškega posega. Čeprav gre za pričakovan, neizogiben simptom, pa je akutna pooperativna bolečina za pacienta vsepričujoča, neznosna in nevzdržna, zaradi nje postane pacient ranljiv. Med laiki, žal pa tudi med zdravstvenimi delavci, je še vedno zakoreninjeno prepričanje, da je prisotnost bolečine po operativnem posegu nekaj normalnega. S številnimi dokazi je podprto dejstvo, da je neučinkovito obvladovanje bolečine za pacienta škodljivo in prispeva k značilnemu povečanju tveganja za pojav zgodnjih pooperativnih zapletov. Zato je pooperativno bolečino nujno potrebno zdraviti, kar pomeni odpraviti v celoti. Žal kljub napredku v razumevanju fiziologije akutne bolečine, uporabi najnovejših načinov aplikacije analgetikov ter uvajanju minimalno-invazivnih operativnih tehnik ostaja obvladovanje in preprečevanje bolečine po operativnem posegu velik izziv. Raziskave potrjujejo, da učinkovitost zdravljenja akutne pooperativne bolečine nikakor ni zadovoljiva, pri čemer izstopa problematika nezadostnega obvladovanja akutne pooperativne bolečine pri otrocih (Faganeli, 2012, str. 10).

Akutna pooperativna bolečina je posledica poškodbe različnih tkiv na mestu incizije, kar najpogosteje vključuje kožo, mišice, kosti, tetive in ligamente ter visceralne organe in je prvenstveno nociceptivna bolečina, ki pa jo spremljajo tudi mehanizmi vnetne, visceralne in nevropatske bolečine. Značilnost akutne pooperativne bolečine je, da je zaradi senzitivizacije tako perifernih kot centralnih živčnih struktur jakost in trajanje bolečine izrazito močnejša, pri čemer se čedalje bolj izkazuje dejstvo, da je njen mehanizem v kontrastu z ostalimi tipi poškodb. Akutna pooperativna bolečina ima predvidljiv potek in naj bi izzvenela v nekaj dneh po operativnem posegu (do 7 dni). Nezdravljena ali nezadostno obvladovana akutna pooperativna bolečina je povezana s številnimi kliničnimi in psihološkimi spremembami, ki lahko povečajo stopnjo morbiditete in mortalitete, nenazadnje tudi s povečanimi celokupnimi stroški zdravljenja (ibid., str. 10).

Značilnost akutne bolečine so: pospešen srčni utrip, zvišan krvni tlak, znojenje, pacient lahko natančno določi območje čutenja bolečine, njen značaj in čas trajanja. Akutna bolečina nastane nenadoma in ne traja dolgo, vzrok nastanka pa je največkrat jasen. Med akutno bolečino spada tudi pooperativna bolečina. Le-ta nastopi zaradi operacije,

stopnjujejo pa jo še napetost, zaskrbljenost in strah pred izidom operacije. Akutna pooperativna bolečina je pričakovana in traja omejen čas. Ker je pacient v bolnišnici, ni nobenega opravičila, da bi trpel bolečino. Ko ga boli, lahko dobi pomoč, pri tem pa mora tudi sam sodelovati. Cilj zdravstvenih delavcev mora biti, da pacientu odpravi bolečino ali pa se zmanjša do mere, da postane znosna. Ta bolečina je dobro dostopna zdravljenju in ne sme preiti v kronično bolečino (Rešetič, 2012, str. 27 – 29).

Zgodnji negativni učinki akutne pooperativne bolečine so:

- trpljenje pacienta (strah, jeza, sovražnost proti osebju),
- kardiovaskularni zapleti (hipertenzija, tahikardija),
- oslABLJena peristaltika (paralitični ileus),
- respiratorni zapleti (atelektaza, pljučnica),
- tromboembolični zapleti (zaradi zmanjšane mobilnosti),
- podaljšano celjenje operativne rane,
- motnje spanja (Faganeli, 2012, str. 10).

Pozni negativni učinki akutne pooperativne bolečine so:

- razvoj kroničnega bolečinskega sindroma,
- spremembe v vedenjskih vzorcih (zlasti pri otrocih) vse do enega leta po posegu (ibid., str. 10).

Najpogosteje trpijo pacienti kronične bolečine zaradi osteoartritisa in revmatskega artritisa, bolečin, ki ostanejo po poškodbah in operacijah. Ker obstaja možnost prehoda iz pooperativne bolečine v kronično bolečino, moramo poskrbeti za učinkovito lajšanje akutne bolečine (Krčevski-Škvarč, 2005, str. 3).

2.3.2 Kronična bolečina

Kronična bolečina je patološka bolečina, ki traja dlje časa, kot traja pričakovano zdravljenje bolezni ali poškodbe, pri čemer bolečina ostaja še potem, ko je osnovni vzrok zanjo odpravljen. Ne pomeni samo enostavnega trajanja ali ponavljanja akutne bolečine, temveč sama postaja bolezen s svojimi značilnostmi. Časovno o kronični bolečini govorimo po treh do šestih mesecih stalne bolečine. Ločimo dve veliki skupini

kroničnih bolečin – bolečine pri malignih boleznih in kronične nemaligne bolečine. Pri zdravljenju vseh kroničnih bolečin velja, da so odmerki učinkovin individualno določeni, pacient jih jemlje redno. Ocenjuje se, da je v razvitem svetu kar 35 odstotkov ljudi, ki enkrat v odraslem življenju trpijo zaradi kronične bolečine, kar pomeni tudi pomembno vpletenost neke bolezni v vsakodnevno življenje (Pirc, 2005, str. 173 – 174).

Bolečina je ena od najbolj univerzalnih vrst stresa. Statistike kažejo neverjetno število pacientov, za katere je bolečina velik problem. Pacientom s kronično bolečino predstavlja problem predvsem njihovo trpljenje v zvezi z vplivom bolečine na njihove družine, na izgubljeni čas v zvezi z zaposlitvijo, zdravstvene stroške, stroške, povezane s porabo ostalih sredstev. Ne obstaja povezava med poškodbami tkiva in poročili o bolečinah, še vedno ni bilo dokončno ugotovljeno, kolikšno je število pacientov, ki čuti kronične bolečine (Kraaimaat, Evers, 2003, str. 344).

Za zdravljenje kronične bolečine samo ocena intenzitete ni dovolj, pomembno je tudi mesto bolečine, izžarevanje, kaj bolečino sproži, kaj ublaži, kako vpliva na spanje, počitek ali vsakodnevna opravila. Pomemben je opis bolečine; je topa, ostra, pekoča, zbadajoča, stalna ali prihaja v zagonih. Vprašalniki, ki sicer zahtevajo določeno razumevanje pacienta in čas za pomoč pri izpolnjevanju, so lahko dragoceni vir podatkov pri prepoznavi specifičnih bolečinskih stanj. Vprašalniki tako povedo, kako je pacientom bolečina spremenila življenje, kako jo doživljajo in kako vpliva na njihovo vsakodnevno življenje (Pirc, 2005, str. 175).

Pri pacientu s kronično bolečino dosežemo najboljše rezultate z različnimi pristopi zdravljenja (farmakološki, fizikalni, vedenjski, nevromodulacija ter intervencijski pristopi). Zdravljenje bolečine se razlikuje pri nevropatski in nociceptivni bolečini. Zdravilo ne sme biti edini cilj zdravljenja, vendar kadar je potrebno, mora biti predpisano v skladu s smernicami za zdravljenje, v ustreznem odmerku in intervalu med odmerki za vsakega pacienta. Za določena zdravila, ki se predpisujejo za zdravljenje bolečine, so postavljene omejitve predpisovanja s strani Zavoda za zdravstveno varstvo (Premuš Marušič, 2012, str. 26).

2.4 ODZIV PACIENTA NA POJAV BOLEČINE

Pacienti se na bolečino različno odzivajo. Kako jo občutijo, je odvisno od njihovega psihofizičnega počutja in dojetanja bolečine. Kljub velikemu napredku na področju zdravstva in farmakologije ostaja zdravljenje bolečine še vedno velik problem (Rešetič, 2012, str. 29).

Učinkovito vodenje akutne bolečine je zelo pomemben vidik za optimalno oskrbo vseh pacientov po operaciji. Kljub dostopnosti zdravil in tehnologije za učinkovito lajšanje pooperativne bolečine še vedno obstajajo omejitve uporabe večine analgetikov. Te omejitve so predvsem zaradi možnih stranskih učinkov ter nedosledne uporabe. Obvladovanje pooperativne bolečine je še vedno velik problem. Še več – nedavne raziskave so pokazale, da je še vedno veliko število pacientov, ki čutijo nelagodje in bolečine po kirurških posegih. Skoraj vsi pacienti se pritožujejo nad bolečino tako med gibanjem kot med počitkom. Nezadovoljiv nadzor nad bolečino lahko povzroči, poleg ostalih, tudi negativne psihološke učinke ter nenazadnje višje stroške zdravljenja. Zgodnje in ustrezno zdravljenje akutne bolečine preprečuje nastanek kronične bolečine (Spacek, 2006, str. 329 – 330).

2.5 OCENJEVANJE IN MERJENJE BOLEČINE

Za določanje bolečine uporabljamo eno- ali multidimenzionalne lestvice. V zdravstvu najpogosteje uporabljamo enodimenzionalni lestvici, in sicer: vizualno-analogni lestvico (VAL) in lestvico obrazov. Uspešnost terapije bolečine skušamo določiti tako, da je pacient brez bolečin v mirovanju in pri gibanju. Tega cilja se pogosto ne doseže. Včasih se moramo zadovoljiti s tem, da se pacient počuti udobno in je zadovoljen z doseženim nivojem analgezije. Ocenjevanje bolečine je težje in bolj zahtevno pri starejših, dementnih pacientih. Pri njih je najbolj zanesljivo ocenjevanje s pomočjo opazovanja in pogovora. Po operativnem posegu je bolj primerna uporaba ustne številčne lestvice. Pacienta vprašamo, koliko ga boli (Rešetič, 2012, str. 29).

Zdravljenje bolečine se mora začeti s pravilno oceno bolečine. Poznati moramo trajanje, lokacijo in tip bolečine. Jakost bolečine v praksi pogosto merimo z uporabo bolečinskih lestvic, ki jih prilagodimo zmožnosti komuniciranja pacientov. Upoštevati moramo tudi

dejavnike, ki okrepijo oziroma ublažijo bolečino. Bolečina je subjektivni občutek, zato verjamemo pacientu. Če je le možno, naj bolečino ocenjuje pacient. Starost in omejeno komuniciranje pacientov ali kognitivne težave otežujejo samoporočanje o bolečini. V teh primerih opazujemo pacienta in smo pozorni na znake bolečine ali nelagodja (izrazi na obrazu, premiki telesa, glasovni znaki in podobno). Ti drugi znaki kažejo na prisotnost bolečine, ne moremo pa ocenjevati njene stopnje. Priporočljivo je redno spremljanje jakosti bolečine. K vodenju pacienta z bolečino nam pomagajo dnevniki, kamor vpisujemo jakost bolečine (Toni, 2012, str. 4).

Na jakost bolečine po operativnem posegu vplivajo številni dejavniki, kot so mesto in trajanje operacije in način le-te, vrsta anestezije ter pacientov čustveni in razumski odziv na bolečino. Popolna odsotnost bolečine ni vedno realna možnost, zato je pomembno obvladovanje akutne pooperativne bolečine, ki ima naslednje cilje (Svilenkovič, 2009, str. 7):

- zmanjšanje incidence in jakosti pooperativne bolečine,
- spodbujanje pacientov, da spregovorijo o bolečini in so tako deležni učinkovitega lajšanja bolečine,
- doseči čim večje udobje in zadovoljstvo pacientov,
- zmanjšati pooperativne zaplete in doseči skrajšanje zdravljenja.

Jakost bolečine je možno meriti, čeprav je rezultat merjenja subjektiven. Ocena bolečin je zahteven proces, ki zajema pregled zgodovine bolečine, oceno psihološkega stanja pacienta, fizikalni status, osredotočen na možno identifikacijo izvora, ter diagnostiko, če je izvor vprašljiv. Pomembni so vplivi dotedanje terapije ter pomen bolečine za posameznika, kakor tudi prejšnje izkušnje, če je bolečina že obstajala. Glede na to, da pacienti težko opisujejo svojo bolečino, jim je treba pomagati s potencialnimi opisi. Pri dementnih pacientih je potrebno še dodatno komunicirati z družino in negovalci, kar je temelj hetero anamneze in predpogoj fizikalnega statusa, da bi se ločila demenca od delirija ali depresije (Sonc, 2012, str. 44).

Zavedamo se, da ne smemo dopustiti, da se bolečina razvije. Če začnemo že dovolj zgodaj z lajšanjem bolečine, je ta obvladljiva, manjša je poraba analgetikov in tudi možnost zapletov je manjša. Pri merjenju bolečine je izredno pomembno tudi

dokumentiranje. Dokumentiranje je pri zagotavljanju kakovostne oskrbe ključno. Je komunikacijska metoda, ki delavce v zdravstveni negi stalno informira o tem, kakšno zdravstveno nego in oskrbo je pacient prejel. Namen dokumentiranja zdravstvene nege je tudi doseganje zakonskih in profesionalnih standardov (Rešetič, 2012, str. 29 – 30).

2.6 LESTVICE ZA OCENJEVANJE BOLEČINE

Za učinkovito zdravljenje akutne pooperativne bolečine moramo bolečino najprej oceniti. Glede na to, da je bolečina vedno subjektivna, se za njeno objektivizacijo poslužujemo različnih tehnik. Za merjenje in ocenjevanje bolečine uporabljamo različne lestvice in vprašalnike. Jakost bolečine najpogosteje ocenjujemo s pomočjo vizualno analogne lestvice – VAL in numerične analgetične lestvice - NAL (ocena bolečine od 0–10) ter s pomočjo raznih verbalnih lestvic. Različni vprašalniki, kot na primer McGillov, pa omogočajo večdimezionalen opis bolečine: senzorni, čustveni in spoznavno-vrednotenjski. Zavedati se moramo, da pacient v zgodnjem pooperativnem obdobju še ni zmožen komunicirati na enak način kot v poznejšem obdobju, zato moramo k oceni pristopiti v skladu s trenutnim stanjem pacienta. Izrednega pomena je tudi ustrezna priprava pacienta pred posegom, da razume, kakšen je namen ocenjevanja bolečine. Prav tako morajo biti tudi vsi zdravstveni delavci, ki v zdravljenju bolečine sodelujejo, ustrezno izobraženi v ocenjevanju bolečine. Pri tem mora biti posebna pozornost usmerjena v ocenjevanje bolečine pri posameznih skupinah pacientov, kot so otroci različnih starostnih skupin, starostniki, pacienti z oteženo komunikacijo ali nezmožnostjo le te (Faganeli, 2012, str. 11).

2.6.1 Enodimenzionalne lestvice

Enodimenzionalne lestvice prikazujejo intenziteto bolečine, določanje je enostavno, hitro in jasno; največkrat se uporablja vizualne analogne skale, besedne opise in številčne točkovne lestvice, ki so primerne za merjenje akutne in pooperativne bolečine zato, da pacient hitro oceni jakost bolečine in stopnjo olajšanja po prejemu analgetika (Pirc, 2005, str. 174 – 176):

- Vizualna analogna skala; je ravna linija, ki se razteza od – brez bolečine do najhujše možne bolečine, na tej liniji pacient določi ustrezno mesto, ki ponazarja njegovo

bolečino. Točkovanje poteka po sistemu označevanja: 0 (ni bolečine), 1 – 3 (blaga bolečina), 4 – 7 (srednje močna bolečina), 8 – 10 (močna bolečina). Vizualna analogna skala je nepogrešljiv pripomoček pri zdravljenju pacientov, predvsem ob uvedbi zdravljenja z opioidi, pri določanju začetnega odmerka in kasneje v poteku zdravljenja; omogoča enostavno komunikacijo s pacientom.

- Besedna opisna lestvica; sestavljena je iz besed, ki opisujejo jakost bolečine, pri čemer se uporablja številke: 0 (ni bolečine), 1 (blaga bolečina), 2 (zmerna bolečina), 3 (huda bolečina), 4 (nevzdržna bolečina). Pacient tako označi besedo, ki najbolj ustreza opisu bolečine, ki jo doživlja.
- Številčna točkovna skala obsega razpon števil od 0 do 100 oziroma od 0 do 10; pacient napiše številko, ki ustreza opisu njegove bolečine.

2.6.2 Multidimenzionalne lestvice

Multidimenzionalne lestvice dajo širšo in celotnejšo informacijo o tem, kako vpliva bolečina na pacientovo funkcionalno sposobnost in posledično na njegovo življenje. Avtorica Pirc (2005, str. 174 – 176) opredeljuje naslednje lestvice:

- McGillov vprašalnik zajema različne besede, ki opisujejo bolečino. Besede so razporejene v 20 stolpcev, pacient izbere tiste, ki najbolj ustrezajo opisu bolečine, na shemi nariše boleče področje in oceni jakost bolečine po petstopenjski besedni opisni lestvici.
- Lestvica zmožnosti Karnofsky ugotavlja vpliv bolečine na življenjske sposobnosti pacienta, vprašalnik izpolni terapevt, ocena 100 pomeni, da bolečina nima vpliva, ocena 10 pa, da pacient potrebuje popolno podporo in nego.
- Kratek vprašalnik o bolečini. Ob vizualni analogni skali, ki ocenjuje jakost bolečin v preteklem tednu, povprečno in sedanjo bolečino, pacient ocenjuje tudi različne aktivnosti, kot so hoja, spanje, odnose z ljudmi in razpoloženje. Za preverjanje učinka zdravljenja bolečine lahko vprašalnik izpolni večkrat.

2.7 VLOGA MEDICINSKE SESTRE V POSTOPKU VODENJA BOLEČINE

Medicinska sestra je po Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih delavcev zagovornica koristi pacienta in mu nudi fizično, psihično, socialno, duhovno ter moralno podporo (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2002).

Avtorji Fletcher et al. (2008, str. 442) navajajo, da francosko Ministrstvo za zdravje podpira napore za izboljšanje zdravljenja bolečine, saj je medicinskim sestram ocenjevanje in odprava bolečine pacientov profesionalna obveza. Medicinske sestre morajo zagotavljati pacientu tudi dovolj informacij v zvezi z bolečino. Ocenjevanje in zdravljenje akutne bolečine je bilo identificirano kot pomemben element ocenjevanja profesionalnih aktivnosti zdravstvenih delavcev.

Vsak pacient in vsaka rana morata imeti individualni načrt vodenja bolečine, pojav nenadzorovane bolečine je znak za takojšnje prilagajanje prvotnemu načrtu upravljanja bolečine, saj se rane razlikujejo po njihovem izvoru in možnosti zdravljenja. Cilj vseh zdravstvenih delavcev naj bo obravnavanje vzroka bolečine in upoštevanje celotnega pacientovega stanja (Moffatt, Franks, Hollinworth, 2006, str. 99).

V deklaraciji, ki jo je mednarodno združenje za zdravljenje bolečine predstavilo tudi na sedežu EU v Bruslju, med drugim piše, da zaradi bolečine ne umre veliko ljudi, veliko pa jih umre z bolečinami. Iz dostopnih zapisov je razvidno, da še vedno 75% pacientov po operaciji čuti zmerno bolečino, kar 90% pa jih čuti bolečino vsaj enkrat med zdravljenjem v bolnišnici. Vzrok temu je nezadostno posvečanje bolečini in pomanjkljiva dokumentacija o bolečini in njeni terapiji. Najboljši indikatorji bolečine so poročanja pacienta samega, oziroma poročanja izkušenih oseb (medicinskih sester). Na kirurškem oddelku se srečujemo z akutno bolečino, ki je časovno omejena in je posledica pooperativne poškodbe tkiva in izgine z zacelitvijo tkiv (Rešetič, 2012, str. 29).

Pacienta moramo že pred operativnim posegom seznaniti z načinom ocenjevanja bolečine ter se dogovoriti o možnostih zdravljenja akutne pooperativne bolečine (Faganeli, 2012, str. 10).

Pacientu moramo razložiti, da lahko pričakuje bolečino, predstavimo mu ocenjevalne lestvice za bolečino. S tem, ko pacienta seznanimo s posledicami operativnega posega, ga tudi pomirimo. Pacient tako ve, da ob pojavu bolečine lahko pokliče medicinsko sestro na pomoč, lahko pričakuje terapijo za lajšanje bolečin, pri čemer ga medicinska sestra spodbuja, da o bolečini poroča in naj ne čaka, da se bolečina razplamti. Za posameznika je bolečina zelo osebna, čustveno neprijetna izkušnja, ki jo vsak doživlja po svoje. Način lajšanja bolečine pri pacientu predpiše zdravnik, medicinska sestra pa je pomemben del strokovne skupine za lajšanje le-te. Zato ima medicinska sestra pomembno vlogo pri lajšanju bolečine, saj prav ona na svojem delovnem mestu pri pacientu ocenjuje njeno moč. Medicinska sestra z ocenjevanjem jakosti bolečine, dajanjem analgetične terapije in opazovanjem njenih učinkov ter dokumentiranjem naredi bolečino vidno. V delokrog medicinske sestre na kirurškem oddelku sodi tudi lajšanje bolečine. Dolžnost in odgovornost medicinske sestre je njeno lajšanje, ki izhaja iz pravice pacientov, vendar pa je to odvisno tudi od njenega znanja, izkušenj in hotenj (Rešetič, 2012, str. 25).

Da medicinska sestra svoje delo lahko opravlja, potrebuje poleg znanja s področja zdravstvene nege še znanja o zdravih in postopkih zdravljenja bolečine. Ko začne pacient tožiti o bolečini, je to pogosto zato, ker ga nekaj boli. Zato se mora medicinska sestra zelo podrobno pozanimati o tej bolečini. Zvedeti mora: mesto najhujše bolečine, jakost bolečine, smer širjenja bolečine, naravo bolečine (ostra, topa, krčevita, zbadajoča, pekoča), časovno opredelitev le-te (stalna, intermitentna, dolgo trajajoča, novonastala), vplive na bolečino (kaj jo sproži in kaj jo omili). Bolečina po operaciji lahko predstavlja velik problem, ker v organizmu sproži vrsto dogajanj, ta pa lahko škodljivo vplivajo na organizem. Merjenje in nadziranje bolečine omogoča pospeševanje za zdravstveno nego koristnih in preprečevanje za zdravstveno nego škodljivih dogajanj. Česar ne znamo meriti, tega ne moremo obvladati. Na kirurškem oddelku se meri in beleži bolečino na vseh kirurških odsekih, najbolj natančno pa se jo meri in beleži v dokumente kliničnih poti, ki so izvedeni za določene operacije. V te dokumente se vnašajo meritve bolečine,

predpisana in aplicirana analgetična terapija. Pred terapijo se bolečina ocenjuje in beleži. Jakost bolečine pa se ne meri v časovnih intervalih, kar je napaka. Na odsekih, ki nimajo dokumentov za klinične poti, pa se bolečina meri enkrat na dan, kar pa tudi ni v redu. Bolečina bi se morala meriti pred vsako aplikacijo analgetika in po njej. Upošteva pa se poročanje pacienta samega, oziroma poročanje izkušenih medicinskih sester, ki so najrealnejši indikator bolečine (Rešetič, 2012, str. 29 – 30).

Od elementov kot so: znanje medicinske sestre o bolečini, pomenu bolečine za pacienta ter celostna obravnava bolečine, je odvisna kakovost obravnave pacienta z bolečino (Ščavničar, 2004, str. 105).

Naloge medicinske sestre pri pacientu z bolečino:

- ugotavlja potrebe in ocenjuje stanje pacienta,
- preprečuje bolečino, tako da jo z negovalnimi intervencijami ne izzove ali jo celo poveča,
- spremlja stanje pacienta preko besedne in nebesedne komunikacije,
- podpira pacientove metode za zmanjšanje bolečine,
- izvaja farmakološke in nefarmakološke intervencije,
- ocenjuje stranske učinke farmakoloških intervencij,
- pacientu pomaga kot zdravstvena vzgojiteljica razumeti pojav bolečine in njeno trajanje, pomaga pri pridobitvi kontrole nad bolečino, moči ter dostojanstvu,
- pacientu razloži pomen določenih izrazov (ibid., str. 106).

Opazovanje je pri pacientu pomemben element za oceno bolečine. Opazujemo položaj telesa, mimiko obraza, videz kože, gibljivost ter vedenje. Pacienta je potrebno znati poslušati in razumeti vsebino govora ter način, kako vsebino pove. Pri dotiku s pacientom je potrebno znati čutiti in tipati, pa tudi vonjati morebiten izloček ali rano (ibid., str. 107).

Medicinska sestra le z ocenjevanjem bolečine lahko:

- prepozna znake ter simptome bolečine,
- oceni možne ovire za obravnavo,
- oceni bolečino celovito glede na fizični, psihosocialni in duhovni vidik,

- opazi in upošteva okoliščine, ki dodatno vplivajo na pojav bolečine (ibid., str. 107).

Negovalne intervencije pri pacientu z bolečino:

- pogovor s pacientom in svojci, ki pripomorejo k zvečanju bolečinske tolerance,
- namestitev pacienta v ustrezen položaj, s katerim zmanjšamo mišično napetost,
- zagotovitev počitka v mirnem okolju, ki vpliva na boljše počutje,
- odvrčanje pacientovih misli na bolečino z zaposlitvijo (v okviru pacientovih zmožnosti),
- gretje ali hlajenje bolečega predela (naročilo zdravnika),
- pravočasna aplikacija sredstva proti bolečinam (po naročilu zdravnika),
- ocena bolečine po ocenjevalnih lestvicah pred aplikacijo analgetika ter 1 uro po aplikaciji tega (ibid., str. 107).

2.8 ZDRAVLJENJE POOPERATIVNE BOLEČINE

Dobro vodeno analgetično zdravljenje je poleg etičnih razlogov pomembno, saj prispeva k ugodnejšemu pooperativnemu poteku z manj zapleti in omogoča boljše rehabilitacijo in okrevanje pacienta. Bolečina je kompleksno dogajanje, v katerem se prepletajo zaznava, doživljanje in reagiranje na bolečino. Vsak jo občuti drugače in jo tudi tako opisuje. Bolečine ne moremo izmeriti, imamo le preproste pripomočke za to, ki so subjektivna merila, s katerimi lahko pacient opiše svojo bolečino zdravniku (Pirc, 2005, str. 173 - 174).

Analgetike izberemo glede na jakost in vrsto bolečine ter glede na vzrok za bolečino. Zdravila uvajamo stopenjsko. Najprej uvedemo neopioide, ki jih, če ne zadostujejo, zamenjamo ali dodamo šibke opioide. Če šibki opiodi ne zadostujejo, jih zamenjamo z močnimi. Na vseh stopnjah zdravljenja bolečine pri nevropatski bolečini uporabimo še dodatna zdravila za zdravljenje nevropatske bolečine (Sonc, 2012, str. 44).

Akutna pooperativna bolečina je pričakovan, neizogiben simptom, ki je posledica fiziološke reakcije na poškodbo zaradi kirurškega posega. Neučinkovito zdravljenje akutne pooperativne bolečine prispeva k povečani morbiditeti in mortaliteti operiranega pacienta, nenazadnje pa je sporno tudi z etičnega vidika. Raziskave dokazujejo, da v večini primerov zdravljenje akutne pooperativne bolečine ni optimalno ter da se

učinkovitost posameznega analgetika pri različnih operativnih posegih razlikuje. Zato je izrednega pomena, da zdravljenje akutne pooperativne bolečine izbiramo in prilagajamo izključno glede na vrsto operativnega posega (Faganeli, 2012, str. 10).

2.8.1 Cilji zdravljenja pooperativne bolečine

Cilj zdravljenja bolečine je bolečino preprečiti oziroma jo omejiti na še sprejemljivo. Neustrezno obravnavana bolečina povzroča nezmožnost opravljanja normalnih vsakodnevnih aktivnosti, nespečnost, depresijo in izgubo apetita, kar vse vodi k zmanjšanju kakovosti življenja. Nezdravljena bolečina lahko povzroči tahipnejo, tahikardijo, povečanje aktivnosti simpatika in oslabitev imunskega sistema posameznika. Cilji zdravljenja bolečine se razlikujejo glede na to, posledica česa je bolečina. Končni cilj zdravljenja bolečine, odsotnost vseh bolečin, ni vedno dosegljiv. Pacientu pogosto največ pomeni, da lahko sam nadzoruje bolečino in v primeru prehude bolečine dobi zdravilo, ki mu jo bo olajšalo (Toni, 2012, str. 5).

Cilj zdravljenja akutne pooperativne bolečine je tudi zagotavljanje hitrega okrevanja in hitrega odpusta iz bolnišnice, izboljšanje kvalitete življenja ter zmanjšanje morbiditete pacienta. Učinkovito zdravljenje akutne pooperativne bolečine obsega različne aktivnosti in tehnike v celotnem perioperativnem obdobju (Faganeli, 2012, str. 11):

- pred operativnim posegom: seznanitev in izobraževanje pacienta z načini zdravljenja akutne pooperativne bolečine, zmanjševanje strahu pred posegom (premedikacija), zdravljenje obstoječe bolečine, uskladitev kronične terapije z rutinsko uporabljenimi zdravili med in takoj po operativnem posegu;
- med operativnim posegom: različne tehnike anestezije, regionalne tehnike analgezije, periferne blokade živcev, lokalne infiltracije operativne rane;
- po operativnem posegu: redna ocena bolečine in prilagajanje analgezije glede na stopnjo bolečine, multimodalna analgezija.

2.8.2 Farmakološko zdravljenje pooperativne bolečine

Svetovna zdravstvena organizacija priporoča za zdravljenje bolečine tristopenjsko shemo, pri čemer izberemo analgetik glede na jakost in vrsto bolečine ter glede na vzrok

za bolečino. Zdravila se uvajajo stopenjsko, in sicer se najprej uporabi neopioidne analgetike in če ti ne zadostujejo, jih zamenjamo ali dodamo šibke opioide. V primeru, da tudi šibki opiodi ne zadoščajo, uporabimo močne opioide. Na vseh stopnjah zdravljenja nevropatske bolečine uporabimo še dodatna zdravila, npr. antidepressive, antiepileptike. Omenjena priporočila so v osnovi namenjena zdravljenju bolečine pri pacientih z rakom, vendar se vedno bolj uporabljajo tudi pri zdravljenju nemaligne bolečine (Kerec Kos, 2012, str. 6).

Avtor Parlevliet (2011, str. 94) navaja možno uporabo zdravil za zdravljenje bolečin na naslednje načine: oralno, intravensko, intramuskularno ali subdermalno, in sicer v obliki analgetikov, anestetikov, nesteroidnih protivnetnih zdravil, mišičnih relaksantov, opiatov, kortikosteroidov ali Botulinum toksina.

Za farmakološko zdravljenje akutne pooperativne bolečine uporabljamo, za razliko od zdravljenja kronične bolečine, ožji spekter zdravil, ki jih v večini primerov apliciramo z invazivnejšimi tehnikami, zlasti v intraoperativnem in zgodnjem pooperativnem obdobju (Faganeli, 2012, str. 11):

- analgetiki,
- opiodi,
- nesteroidna protivnetna in protirevmatična zdravila (NSAR),
- analgetiki-antipiretiki,
- lokalni anestetiki,
- drugo.

Pri izbiri posameznega zdravila ali kombinacije zdravil se odločamo glede na vrsto bolečine in njeno jakost. Za učinkovito analgezijo moramo dobro poznati farmakodinamski in farmakokinetški profil izbrane učinkovine ter lastnosti izbrane farmacevtske oblike v smislu načina aplikacije, nastopa in trajanja učinka. Izbor nato prilagajamo izključno glede na vrsto operativnega posega ter tip anestezije in operativne tehnike, saj pogojujejo jakost APB, njeno dinamiko ter možne pričakovane zgodnje pooperativne zaplete, ki jih izbrani način zdravljenja bolečine lahko sproži ali izrazito poslabša (ibid., str. 11).

2.9 NEŽELENI UČINKI ANALGETIKOV IN VPLIV NA VODENJE POOPERATIVNE BOLEČINE

Neželeni učinki so definirani kot škodljiva in nenamerna reakcija, do katere lahko pride pri odmerkih, ki se običajno uporabljajo za preprečevanje, diagnosticiranje ali zdravljenje bolezni ali za ponovno vzpostavitev, izboljšanje ali spremembo fiziološke funkcije. Podatkov o pogostosti neželenih učinkov analgetikov v Sloveniji je malo (Jošt, 2012, str. 33).

Neželeni učinki analgetikov lahko omejujejo dobro vodenje bolečine. Ne glede na navodila in opozorila v smernicah, so še vedno pogosto spregledani ali podcenjeni. Zavedati pa se moramo, da neželeni učinki lahko vplivajo enako na kvaliteto življenja pacientov kot sama bolečina. Nekatero učinke analgetikov neopioidnega tipa omenja avtorica Jošt (2012, str. 33 – 35):

- a) gastrointestinalne motnje,
- b) neželeni učinki na srce in ožilje,
- c) ledvično popuščanje,
- d) okvare jeter,
- e) zaprtje,
- f) slabost in bruhanje,
- g) vplivi na centralni živčni sistem,
- h) zastoj urina.

Pri simptomih, ki se pojavijo kot neželeni učinki analgetikov (slabost, bruhanje, nemir), lahko zdravila za lajšanje dodamo v raztopino za podkožno aplikacijo. Odmerki zdravil, ki jih pacientu apliciramo podkožno, so enaki intravensko apliciranim odmerkom. Slabost in bruhanje sta zelo neprijetna simptoma, ki zahtevata takojšnjo obravnavo. (Eberl, 2012, str. 52).

Neželeni učinki so poleg neučinkovitega obvladovanja bolečine najpogostejši razlog za zamenjavo analgetika. Nekateri neželeni učinki so le prehodnega značaja, s čimer moramo seznaniti pacienta, če želimo, da ne izgubi zaupanja v zdravljenje (Jošt, 2012, str. 33).

2.10 OBRAVNAVA BOLEČINE KOT POMEMBEN ELEMENT KAKOVOSTNE OSKRBE PACIENTA

V zdravstveni negi je pomembno stalno izboljševanje kakovosti. S procesnim pristopom h kakovosti naj bi izboljšali določene elemente pri obvladovanju bolečine. S prioritarno obravnavo bolečine, z nizkimi ocenami jakosti bolečine, aktivnim vključevanjem pacienta in svojcev bi povečali zadovoljstvo pacientov. Z vključevanjem zaposlenih v izboljševanje procesa zdravstvene nege na osnovi timske organizacije dela pa bi tudi povečali njihovo zadovoljstvo, dvignila bi se raven usposobljenih zaposlenih in njihova kultura (Yazbeck et al., 2006, str. 45).

Za paciente je najpomembnejši dober izid zdravljenja. Nam pa to informacijo da kazalnik kakovosti. Na podlagi tega lahko ugotavljamo problem v procesu dela, zbiramo podatke, načrtujemo spremembo ter izvedemo spremembo. Po preverjanju, ali je sprememba pripeljala do izboljšave, jo lahko uvedemo v proces. S takšnim krogom nenehnega izboljševanja kakovosti lahko nenehno ugotavljamo, ali je obravnava pacienta skladna s standardi zdravstvene obravnave za posamezen poseg ali bolezen (ibid., str. 45).

Avtorice Strojjan, Zurc, Skela Savič (2012) so poudarile, da mora zdravstvena nega temeljiti na dokazih. Odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi je pomemben dejavnik, ki vpliva na uspešen razvoj znanstvenoraziskovalnega dela v kliničnem okolju. Dodale so še, da bi bilo potrebno v prihodnjih raziskavah proučiti, koliko medicinske sestre, ki delajo s pacienti, dejansko opravljajo raziskovalno delo in kaj jih pri tem ovira.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil primerjati rezultate raziskave iz leta 2009, ki je bila izvedena na skupini pacientov v sklopu službe za zdravljenje bolečine v Splošni bolnišnici Jesenice, s stanjem danes in ugotoviti, ali je kakovost vodenja pooperativne bolečine boljša. Raziskavo iz leta 2009 smo nadgradili z vključitvijo vloge medicinske sestre pri vodenju pooperativne bolečine.

Cilj diplomskega dela je bil pridobiti vpogled v kakovost oskrbe pacientov s pooperativno bolečino in vodenje pooperativne bolečine s strani medicinskih sester. S temi spoznanji smo lahko poiskali rešitev za izboljšavo procesa vodenja pooperativne bolečine, ki bi jo lahko uporabili tudi v kliničnem okolju Splošne bolnišnice Jesenice. Z raziskavo smo želeli izboljšati proces vodenja pooperativne bolečine s strani medicinskih sester in s tem doseči še bolj kakovostno obravnavo pacientov s pooperativno bolečino ter posledično njihovo večje zadovoljstvo.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalna vprašanja, ki se nanašajo na medicinske sestre:

1. Kakšen pomen ima uporaba lestvic za ocenjevanje bolečine s strani medicinskih sester za boljšo kakovost vodenja pooperativne bolečine?
2. Kako je daljša delovna doba v zdravstveni negi povezana s kakovostjo vodenja pooperativne bolečine?
3. Kakšen odnos imajo medicinske sestre do procesa vodenja pooperativne bolečine?

Raziskovalna vprašanja, ki se nanašajo na paciente:

1. Kakšna je prehodna informiranost pacienta o bolečini po operativnem posegu?
2. V kakšni meri so pacienti zadovoljni z vodenjem pooperativne bolečine?
3. Kakšna je povezanost med informiranostjo pacienta v zvezi z lajšanjem bolečine in odzivnim časom medicinske sestre na poročanje o pojavu bolečine po operativnem posegu?

4. Kakšen pomen lahko pripišemo seznanjenosti pacienta z ocenjevalnimi lestvicami pred operativnim posegom z vidika bolj kakovostne obravnave bolečine po operativnem posegu?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Izvedli smo pregled strokovne literature na obravnavano temo, vključno s strokovnimi članki in dostopnimi elektronskimi viri (Digitalna knjižnica Slovenije, Obzornik zdravstvene nege, Digitalna knjižnica Univerze Maribor, COBISS, Cinahl Database, Health & Medical Magazines/Journals, Hopkins Medicine Magazine,) Na obravnavano temo smo uporabili ključne besede: bolečina, pooperativna bolečina, delitev bolečine, ocenjevanje bolečine, zdravljenje bolečine; v angleškem jeziku: pain, postoperative pain, sorts of pain, managing of pain, pain treatment. Podatke smo zbirali v Splošni bolnišnici Jesenice. Raziskava je bila aplikativna, saj je bilo izvedeno tudi obravnavanje problema iz prakse. Uporabili smo deskriptivno metodo kvantitativnega raziskovanja zbiranja podatkov, in sicer z anketnim vprašalnikom za paciente in medicinske sestre.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Kot instrument smo uporabili metodo anketiranja. Za izvedbo raziskave smo uporabili dva anketna vprašalnika.

Prvi anketni vprašalnik je bil namenjen pacientom po operativnem posegu in obravnavi njihovega doživljanja vodenja pooperativne bolečine v času hospitalizacije. Anketni vprašalnik je imel 12 vprašanj, od tega 10 vprašanj zaprtega tipa in 2 vprašanja odprtega tipa. Prvi sklop vprašanj je zajemal demografske značilnosti pacientov, drugi sklop vprašanj pa se je nanašal na informiranost pacientov o pooperativni bolečini, njihovo seznanjenost o načinu ocenjevanja pooperativne bolečine, uporabi lestvic za ocenjevanje bolečine ter zadovoljstvu z vodenjem bolečine po operativnem posegu.

Drugi anketni vprašalnik je bil namenjen medicinskim sestram in njihovem vidiku vodenja pacientov s pooperativno bolečino. Anketni vprašalnik je imel 15 vprašanj, od tega 11 vprašanj zaprtega tipa in 4 vprašanja odprtega tipa. Prvi sklop vprašanj je

zajemal demografske značilnosti medicinskih sester, drugi sklop vprašanj pa se je nanašal na način vodenja pooperativne bolečine, uporabo ocenjevalnih lestvic pri delu s pacienti ter na izkušnje in znanje za kakovostno obravnavo pacienta s pooperativno bolečino.

Anketni vprašalnik za paciente je bil narejen na podlagi raziskave, ki je bila izvedena v Splošni bolnišnici Jesenice v letu 2009, tudi z namenom proučitve morebitnih sprememb v odnosu do vodenja pooperativne bolečine. 4 vprašanja so bila povzeta po anketnem vprašalniku, ki je bil uporabljen v raziskavi v Splošni bolnišnici Jesenice leta 2009, 8 vprašanj pa smo razvili sami. Anketni vprašalnik za medicinske sestre smo razvili sami. Strokovna literatura (Pirc, 2005; Rešetič, 2012; Faganeli, 2012; Ščavničar, 2004), ki opredeljuje načine vodenja pooperativne bolečine, je bila podlaga za ocenjevanje končnih rezultatov ankete o vodenju pooperativne bolečine v obravnavani bolnišnici.

Zdravljenje in vodenje akutne pooperativne bolečine, ki opredeljuje načine vodenja pooperativne bolečine, je bila podlaga za ocenjevanje končnih rezultatov ankete o vodenju pooperativne bolečine v obravnavani bolnišnici.

Zanesljivost instrumenta na vzorcu smo preverili z metodo koeficienta Cronbach alfa. Medicinske sestre so odgovarjale na 11 tematskih vprašanj, koeficient Cronbach alfa je znašal 0,72. Pacienti so odgovarjali na 8 tematskih vprašanj, koeficient Cronbach alfa pa je znašal 0,76. V obeh primerih je koeficient Cronbach alfa presegel vrednost 0,7, ki v strokovni literaturi predstavlja prag za dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca (Nunnally, Bernstein, 1994).

3.3.3 Opis vzorca

Raziskovalna vzorca sta bila dva:

- prvi namenski vzorec so predstavljali pacienti po operativnem posegu na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice. Anketiranje je bilo izvedeno v času hospitalizacije pacientov. Predvideno število vključenih pacientov po operativnem posegu je bilo 60. Pacienti so bili izbrani ne glede na diagnozo bolezni. V anketi je sodelovalo 56 pacientov, kar predstavlja 93,3 %. Demografski podatki z anketnih

vprašalnikov za paciente podajajo demografske značilnosti pacientov. Ženski in moški spol pacientov sta bila zastopana s po 50 %. Starost pacientov je najpogosteje zastopana v treh starostnih razredih, in sicer: nad 67 let starosti je 26,8 % pacientov, med 56 in 66 leti se nahaja 21,3 % pacientov, v starosti med 46 in 55 let pa se nahaja 26,8 % pacientov; mlajše starostne skupine so zastopane v manjšini. Izobrazbena struktura pacientov je najmočneje izražena s kar 62,5 % s poklicno šolo, srednjo šolo ali gimnazijo, naslednja najmočnejše zastopana izobrazbena struktura je osnovna šola s 23,2 % pacientov.

- drugi namenski vzorec so predstavljale medicinske sestre, ki so zaposlene na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice. Predvideno število vključenih medicinskih sester v raziskavo je bilo 49. Končno število medicinskih sester, ki so sodelovale v anketi, je 40, kar predstavlja 81,6 %. Demografski podatki z vprašalnikov za medicinske sestre razkrivajo, da je 90 % žensk in 10 % moških predstavnikov. Starost anketirancev je največja (62,5 %) v starostnem razredu od 26 do 35 let. Največ anketirancev, 47,5 %, ima do pet let zaposlitve v zdravstveni negi. Stopnja izobrazbe anketirancev se v 65 % giblje v srednješolski izobrazbi, 35 % pa ima višjo izobrazbo od slednje.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila izvedena po pridobitvi soglasja s strani Splošne bolnišnice Jesenice in po pridobitvi soglasja Komisije za medicinsko etiko Splošne bolnišnice Jesenice, saj je raziskava vključevala tudi paciente.

Raziskava je potekala od 15.10.2012 do 15.11.2012 v Splošni bolnišnici Jesenice na kirurškem oddelku. Kirurški oddelek je razdeljen na travmatološki odsek, abdominalni odsek in ortopedski odsek. Anketiranje je zajemalo področje vodenja pooperativne bolečine. Za izvedbo raziskave smo uporabili dva anketna vprašalnika.

Medicinskim sestram je bil anketni vprašalnik razdeljen osebno; istočasno jim je bil razložen namen in potek anketiranja. Obravnavano osebje je bilo zaproseno za pomoč pri izvedbi anketiranja; predstavljeno jim je bilo zbirno mesto anketnih vprašalnikov – s tem je bila zagotovljena anonimnost. Pacientom so anketne vprašalnike razdelile

medicinske sestre na kirurškem oddelku. Navodila za izpolnjevanje in namen raziskave so bila podana na anketnem vprašalniku.

Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili program SPSS verzija 18.0. Raziskovalni vzorec je bil predstavljen na podlagi frekvenčne in odstotne porazdelitve vrednosti. Tudi statistika v raziskovalnih vprašanjih je bila prikazana na podlagi frekvenčne in odstotne porazdelitve vrednosti. Primerjave med navedbami ali ocenami medicinskih sester in pacientov so bile napravljene s hi-kvadrat testom. Statistična analiza je bila napravljena s programom SPSS 18.0. Vrednost $p < 0,05$ je določala statistično pomembno razliko med primerjanimi skupinami.

Dobljeni rezultati so bili primerjani z rezultati raziskave iz leta 2009, ki je bila izvedena v sklopu organiziranosti službe za zdravljenje bolečine v Splošni bolnišnici Jesenice. Izvedena je bila primerjava obeh raziskovalnih vzorcev - pacientov in medicinskih sester na kirurškem oddelku. Za izsledke opazovanja smo uporabili opisno in bivariantno statistiko.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Demografske značilnosti (f- frekvence in % - odstotki) obeh vzorcev (pacientov in medicinskih sester)

Tabela 1: Demografske značilnosti (f- frekvence in % - odstotki) medicinskih sester.

Medicinske sestre (n = 40)		f	%
Spol	Ženski	36	90,0
	Moški	4	10,0
Starost	Do 25 let	8	20,0
	26 – 35 let	25	62,5
	36 – 45 let	6	15,0
	46 – 55 let	1	2,5
	Nad 56 let	0	0,0
Leta zaposlitve v zdravstveni negi	Do 5let	19	47,5
	6 – 10 let	13	32,5
	11 – 15 let	5	12,5
	16 – 20 let	2	5,0
	21 – 25 let	1	2,5
	Nad 26 let	0	0,0
Stopnja izobrazbe	(Srednja) medicinska sestra/medicinski tehnik/zdravstveni tehnik/zdravstvena tehnica/tehnice zdravstvene nege/tehniki zdravstvene nege	26	65,0
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik/višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik/višji zdravstveni tehnik/profesorica zdravstvene vzgoje/profesor zdravstvene vzgoje	14	35,0
	Magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege	0	0,0
	Doktorica zdravstvene nege/doktor zdravstvene nege	0	0,0

Tabela 2: Demografske značilnosti (f- frekvence in % - odstotki) pacientov.

Pacienti (n = 56)		f	%
Spol	Ženski	28	50,0
	Moški	28	50,0
Starost	Do 25 let	3	5,4
	26 – 35 let	3	5,4
	36 – 45 let	8	14,3
	46 – 55 let	15	26,8
	56 – 66 let	12	21,3
	Nad 67 let	15	26,8
Izobrazba	Osnovna šola	13	23,2
	Poklicna šola/srednja šola/gimnazija	35	62,5
	Višja/visoka/univerza/magisterij	8	14,3
	Doktorat	0	0,0

3.4.2 Rezultati obeh vprašalnikov – medicinskih sester in pacientov

Tabela 3: Rezultati vprašalnika za medicinske sestre (f- frekvence in % - odstotki).

Vprašanja za medicinske sestre (n = 40)		f	%
Ali so pacienti s strani zdravnika pred operativnim posegom seznanjeni, da bodo po njem morebiti imeli bolečine?	Da	28	70,0
	Ne	12	30,0
Ali paciente seznanite z lestvicami za ocenjevanje bolečine pred operativnim posegom? (odgovorijo samo medicinske sestre, ki to delo opravljajo)	Da	12	30,0
	Ne	2	5,0
	Tega dela ne opravljam	26	65,0
Ali pacientu po operativnem posegu ponudite, da oceni svojo bolečino po lestvici za ocenjevanje bolečine?	Da	38	95,0
	Ne	2	5,0
Ali menite, da pacienti s pomočjo lestvic za ocenjevanje bolečine lažje izrazijo svojo bolečino?	Da	25	62,5
	Ne	15	37,5
Koliko časa pacient »čaka« na protibolečinsko terapijo?(od trenutka, ko je za analgetik zaprosil, do aplikacije)	Do 5 minut	36	90,0
	Nad 5 minut	4	10,0
Ali pri pacientu preverite, ali mu je bila po apliciranem analgetiku bolečina zmanjšana?	Vedno	27	67,5
	Včasih	13	32,5
	Nikoli	0	0,0
Ali menite, da je pri vsakem pacientu ustrezno poskrbljeno za kakovostno vodenje pooperativne bolečine?	Da	29	72,5
	Ne	11	27,5
Katero izmed lestvic za ocenjevanje bolečine pri svojem delu uporabljate?	Besedno lestvico	13	32,5
	Številčno lestvico	9	22,5
	Vizualno analogno skalo	2	5,0
	Besedno lestvico in številčno lestvico	14	35,0
	Besedno lestvico, številčno lestvico in vizualno analogno skalo	2	5,0
	Drugo	0	0,0
Ali mislite, da imate dovolj znanja za kakovostno vodenje pooperativne bolečine?	Da	26	65,0
	Ne	14	35,0
Ali izven delovnega časa glede zdravljenja pooperativne bolečine tudi sami iščete dodatna znanja?	Da	25	62,5
	Ne	15	37,5
Ali si želite glede vodenja pooperativne bolečine še dodatnih izobraževanj v sklopu ustanove?	Da	40	100,0
	Ne	0	0,0

Tabela 4: Rezultati vprašalnika za paciente (f- frekvence in % - odstotki).

Vprašanja za paciente (n = 56)		f	%
Sprejem v bolnišnico je bil	Načrtovan	49	87,5
	Urgenten	7	12,5
Kdo vas je pred operativnim posegom seznanil, da boste po operativnem posegu morebiti imeli bolečine?	Medicinska sestra	17	30,3
	Zdravnik	36	64,3
	Drugi	3	5,4
Ali so vam pred operativnim posegom razložili lestvico za ocenjevanje bolečine?	Da	34	60,7
	Ne	22	39,3
Ali ste po operativnem posegu ocenili svojo bolečino po lestvici za ocenjevanje bolečine?	Da	34	60,7
	Ne	22	39,3
Koliko časa ste čakali na protibolečinsko terapijo? (čas od trenutka, ko ste prosili za sredstvo za zmanjšanje bolečine, do trenutka, ko ste le - tega prejeli)	Do 5 minut	50	89,3
	Nad 5 minut	6	10,7
Ali je po dani protibolečinski terapiji medicinska sestra preverila, če se vam je bolečina zmanjšala?	Da	52	92,9
	Ne	4	7,1
Informacije glede zdravljenja bolečine po operativnem posegu sem pridobival/a:	Knjige in druge publikacije	1	1,8
	Internet	5	8,9
	Preko oseb, ki so že imele podobno izkušnjo	17	30,3
	Nisem iskal/a, saj pričakujem, da me bodo s tem seznanili in poučili v bolnišnici	33	59,0
Ali ste bili v času vašega bivanja v bolnišnici zadovoljni z zdravljenjem bolečine?	Da	56	100,0
	Ne	0	0,0

3.4.3 Primerjava med anketnima vprašalnikoma medicinske sestre-pacienti z interpretacijo

Tabela 5: Ali so vam pred operativnim posegom razložili lestvico za ocenjevanje bolečine?

	skupaj n=96	pacienti n=56	medicinske sestre (MS) n=40	X ²	p
Pred operativnim posegom je bila pacientu razložena lestvica za ocenjevanje bolečine *				3,107	0,078
Da	46 (65,7%)	34 (60,7%)	12 (87,5%)		
Ne	24 (34,3%)	22 (39,3%)	2 (14,3%)		

* n=14 MS, ki jim je to v kompetencah

X²: hi-kvadrat test

p<0,05

Pred operativnim posegom je bila pacientom v večji meri lestvica za ocenjevanje bolečine razložena (v 65,7 %), kot prikazuje tabela 5. Medicinske sestre, ki imajo možnost razlage v svojih kompetencah, so v 87,5 % temu pritrdile, pri pacientih je bil odstotek pritrditev nižji (v 60,7 %). Hi-kvadrat test razlike med skupinama ni pokazal kot statistično pomembne (X²=3,107; p=0,078).

Tabela 6: Ali ste po operativnem posegu ocenili svojo bolečino po lestvici za ocenjevanje bolečine?

	skupaj n=96	pacienti n=56	medicinske sestre n=40	X ²	p
Po operativnem posegu omogočena ocenitev bolečine po lestvici za ocenjevanje bolečine				14,629	0,001
Da	72 (75,0%)	34 (60,7%)	38 (95,0%)		
Ne	24 (25,0%)	22 (39,3%)	2 (5,0%)		

X²: hi-kvadrat test

p<0,05

Rezultati v tabeli 6 prikazujejo, da je med navedbami pacientov in medicinskih sester prišlo do statistično pomembne razlike pri trditvi, da je po posegu bila omogočena

ocenitev bolečine po lestvici za ocenjevanje bolečine ($X^2=14,629$; $p<0,001$). Medicinske sestre so navedle, da je bila omogočena ocenitev bolečine v 95,0 %, pacienti pa so navedli, da je bilo to opravljeno le v 60,7 %.

Tabela 7: Koliko časa ste čakali na protibolečinsko terapijo? (čas od trenutka, ko ste prosili za sredstvo za zmanjšanje bolečine, do trenutka, ko ste le tega prejeli).

	skupaj n=96	pacienti n=56	medicinske sestre n=40	X^2	p
Pacient je na protibolečinsko terapijo čakal				0,013	0,910
Do 5 minut	86 (89,6%)	50 (89,3%)	36 (90,0%)		
Nad 5 minut	10 (10,4%)	6 (10,7%)	4 (10,0%)		

X^2 : hi-kvadrat test

$p<0,05$

Tabela 7 prikazuje, da je bil pri čakanju na protibolečinsko terapijo v veliki večini naveden čas do 5 minut, tako pri pacientih kot medicinskih sestrah. Hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike med skupinama ($X^2=0,013$; $p=0,910$).

Tabela 8: Ali je po dani protibolečinski terapiji medicinska sestra preverila, če se vam je bolečina zmanjšala?

	Skupaj n=96	pacienti n=56	medicinske sestre n=40	X^2	p
Medicinska sestra je po dani protibolečinski terapiji preverila, če se je pacientom bolečina zmanjšala				10,295	0,001
da	79 (82,3%)	52 (92,0%)	27 (67,5%)		
ne	17 (17,7%)	4 (7,1%)	13 (32,5%)		

X^2 : hi-kvadrat test

$p<0,05$

Kot prikazuje tabela 8, je prav tako prišlo do statistično pomembne razlike pri navedbah o tem, ali je medicinska sestra po dani protibolečinski terapiji preverila, če se je bolečina znižala (hi-kvadrat=10,295; $p=0,001$). Pacienti so v večji meri navedli, da so medicinske sestre preverile, ali se je bolečina zmanjšala (v 92,9 %), kot pa medicinske sestre same (v 67,5 %).

3.4.4 Primerjava med anketo za paciente iz raziskave 2012 in raziskave iz leta 2009

V nadaljevanju smo prav tako uporabili hi-kvadrat test, in sicer za primerjavo med vprašalnikom iz leta 2009 in vprašalnikom iz leta 2012.

Tabela 9: Zadovoljstvo z zdravljenjem bolečine.

	skupaj n=105	pacienti 2012 n=56	pacienti 2009 n=49	X ²	p
Zadovoljstvo z zdravljenjem bolečine v času bivanja v bolnišnici				2,330	0,127
Da	103 (98,1%)	56 (100%)	47 (95,9%)		
Ne	2 (1,9%)	0 (0,0%)	2 (4,1%)		

X²: hi-kvadrat test

p<0,05

Tabela 9 prikazuje podatke na vzorcu, glede zadovoljstva s kakovostjo zdravljenja bolečine v času bivanja v bolnišnici. Pacienti so v veliki večini izrazili zadovoljstvo (v 98,1 %). V letu 2012 je bilo zadovoljstvo izraženo v 100,0 %, v letu 2009 pa v 95,9 %. Hi-kvadrat test razlike v zadovoljstvu med pacienti v 2012 in 2009 ni pokazal kot statistično pomembne (hi-kvadrat=2,330; p=0,127).

Tabela 10: Razlaga lestvice za ocenjevanje bolečine pred operativnim posegom.

	skupaj n=105	pacienti 2012 n=56	pacienti 2009 n=49	X ²	p
Pred operativnim posegom je bila pacientom razložena lestvica za ocenjevanje bolečine				2,627	0,105
Da	56 (53,3%)	34 (60,7%)	22 (44,9%)		
Ne	49 (46,7%)	22 (39,3%)	27 (55,1%)		

X²: hi-kvadrat test

p<0,05

Kot je razvidno iz tabele 10, je bila pacientom v večji meri lestvica za ocenjevanje razložena (v 53,3 %). Pozitivne navedbe so bile višje v 2012 (v 60,7 %), v letu 2009 so

znašale 44,9 %. Hi-kvadrat test razlike med pacienti v 2012 in 2009 ni pokazal kot statistično pomembne ($X^2=2,627$; $p=0,105$).

Tabela 11: Ocena bolečine po operativnem posegu.

	skupaj n=105	pacienti 2012 n=56	pacienti 2009 n=49	X ²	p
Po operativnem posegu omogočena ocenitev bolečine po lestvici za ocenjevanje bolečine				4,142	0,042
Da	54 (51,4%)	34 (60,7%)	20 (40,8%)		
Ne	51 (48,6%)	22 (39,3%)	29 (59,2%)		

X²: hi-kvadrat test

$p < 0,05$

Rezultati v tabeli 11 prikazujejo, da je med navedbami pacientov v 2012 in 2009 prišlo do statistično pomembne razlike pri trditvi, da je po posegu bila omogočena ocenitev bolečine po lestvici za ocenjevanje bolečine ($X^2=4,142$; $p=0,042$). Pacienti v letu 2012 so navedli, da je bila omogočena ocenitev bolečine v 60,7 %, pacienti v letu 2009 pa so navedli, da je bila ocenitev omogočena le v 40,8 %.

3.4.5 Odzivni čas na poročanje o bolečini – opisno

Pacienti so v letu 2009 navedli, da so čakali na protibolečinsko terapijo v povprečju 12 minut. V letu 2012 pacienti niso več navajali točnih minut, ampak so le ocenili, ali je bila protibolečinska terapija aplicirana v roku 5 minut ali manj, oziroma v roku nad 5 minut. Glede na to, da je 89,3 % pacientov navedlo, da je bila protibolečinska terapija aplicirana v roku 5 minut, lahko okvirno sklepamo, da so v letu 2012 rezultati spodbudnejši. Ne moremo pa podati statistično značilnih zaključkov. Kljub temu na vzorcu vidimo, da se je čakanje na protibolečinsko terapijo občutno zmanjšalo.

3.4.6 Raziskovalna vprašanja

Raziskovalna vprašanja, ki se nanašajo na medicinske sestre:

1. Kakšen pomen ima uporaba lestvic za ocenjevanje bolečine, s strani medicinskih sester, za boljšo kakovost vodenja pooperativne bolečine?

Medicinske sestre so v največji meri navedle, da pri svojem delu uporabljajo kombinacijo besedne in številčne lestvice za ocenjevanje bolečine (v 35,0 %). Pogosto sta bili navedena tudi besedna (v 32,5 %) in številčna (v 22,5 %) lestvica v samostojni uporabi. Nadalje so medicinske sestre navedle, da izvajajo seznanjanje pacientov z lestvicami za ocenjevanje bolečine pred operativnim posegom v 87,5 %. 14,3% medicinskih sester ne seznanja pacientov pred operativnim posegom z lestvicami za ocenjevanje bolečine, kljub temu da je to v njihovih kompetencah. Po opravljenem operativnem posegu so medicinske sestre v 95,0 % navedle, da pacientu ponudijo, da oceni svojo bolečino po lestvici za ocenjevanje bolečine. Glede ocene, ali pacienti s pomočjo lestvice za ocenjevanje bolečine lažje izrazijo svojo bolečino, se je strinjalo 62,5 % medicinskih sester.

2. Kako je daljša delovna doba v zdravstveni negi povezana s kakovostjo vodenja pooperativne bolečine?

Tabela 12: Ocena, kako dolgo pacient čaka na protibolečinsko terapijo, glede na delovno dobo.

Delovna doba		Čakanje pacienta na protibolečinsko terapijo		Skupaj
		do 5 minut	nad 5 minut	
do 5 let	n	16	3	19
	% delovna doba	84,2%	15,8%	100,0%
	% protibolečinska terapija	44,4%	75,0%	47,5%
6-10 let	n	13	0	13
	% delovna doba	100,0%	0,0%	100,0%
	% protibolečinska terapija	36,1%	0,0%	32,5%
11 let ali več	n	7	1	8
	% delovna doba	87,5%	12,5%	100,0%
	% protibolečinska terapija	19,4%	25,0%	20,0%
skupaj	n	36	4	40
	% delovna doba	90,0%	10,0%	100,0%
	% protibolečinska terapija	100,0%	100,0%	100,0%

hi-kvadrat=2,208; p=0,332

Za potrebe statistične analize smo manjše število medicinskih sester z delovno dobo 11-15 let (n=5), 16-20 let (n=2) in 21-25 let (n=1) združili v večjo skupino z delovno dobo 11 let ali več (n=8). Rezultati v tabeli 12 prikazujejo, da so medicinske sestre v največjem deležu ocenile, da pacienti čakajo na protibolečinsko terapijo do 5 minut (v

90,0 %). Pri medicinskih sestrah do 5 let delovne dobe je znašala ocena do 5 minut v 84,2 %, pri delovni dobi 6-10 let v 100,0 % in pri delovni dobi 11 let ali več v 87,5 %. Hi-kvadrat test je pokazal, da se ocena glede čakanja pacienta na protibolečinsko terapijo, glede na delovno dobo, ni statistično pomembno razlikovala (hi-kvadrat=2,208; p=0,332).

Tabela 13: Ali pri pacientu preverite, ali mu je bila po apliciranem analgetiku bolečina zmanjšana glede na delovno dobo?

Delovna doba		Poizvedba, ali se je bolečina zmanjšala		Skupaj
		vedno	včasih	
do 5 let	n	11	8	19
	% delovna doba	57,9%	42,1%	100,0%
	% poizvedba	40,7%	61,5%	47,5%
6-10 let	n	11	2	13
	% delovna doba	84,6%	15,4%	100,0%
	% poizvedba	40,7%	15,4%	32,5%
11 let ali več	n	5	3	8
	% delovna doba	62,5%	37,5%	100,0%
	% poizvedba	18,5%	23,1%	20,0%
skupaj	n	27	13	40
	% delovna doba	67,5%	32,5%	100,0%
	% poizvedba	100,0%	100,0%	100,0%

hi-kvadrat=2,626; p=0,269

Rezultati v tabeli 13 prikazujejo, da so medicinske sestre v največjem deležu navedle, da pri pacientih vedno preverijo, ali je po protibolečinski terapiji bolečina popustila (v 67,5 %). Pri medicinskih sestrah do 5 let delovne dobe je znašala navedba vedno v 57,9 %, pri delovni dobi 6-10 let v 84,6 % in pri delovni dobi 11 let ali več v 62,5 %. Hi-kvadrat test je pokazal, da se navedbe o poizvedbah o zmanjšani bolečini po protibolečinski terapiji, glede na delovno dobo, niso statistično pomembno razlikovale (hi-kvadrat=2,626; p=0,269).

Tabela 14: Ali menite, da je pri vsakem pacientu ustrezno poskrbljeno za kakovostno vodenje pooperativne bolečine glede na delovno dobo?

Delovna doba		Kakovostno vodenje pooperativne bolečine		Skupaj
		da	ne	
do 5 let	n	16	3	19
	% delovna doba	84,2%	15,8%	100,0%
	% kakovostno vodenje	55,2%	27,3%	47,5%
6-10 let	n	10	3	13
	% delovna doba	76,9%	23,1%	100,0%
	% kakovostno vodenje	34,5%	27,3%	32,5%
11 let ali več	n	3	5	8
	% delovna doba	37,5%	62,5%	100,0%
	% kakovostno vodenje	10,3%	45,5%	20,0%
skupaj	n	29	11	40
	% delovna doba	72,5%	27,5%	100,0%
	% kakovostno vodenje	100,0%	100,0%	100,0%

hi-kvadrat=6,350; p=0,042

Rezultati v tabeli 14 prikazujejo, da so medicinske sestre v 72,5 % ocenile, da je pri pacientu ustrezno poskrbljeno za kakovostno vodenje pooperativne bolečine. Pri medicinskih sestrah do 5 let delovne dobe je znašala pozitivna ocena v 84,2 %, pri delovni dobi 6-10 let v 76,9 % in pri delovni dobi 11 let ali več le v 37,5 %. Hi-kvadrat test je pokazal, da so medicinske sestre z najdaljšo delovno dobo v manjši meri ocenile, da je ustrezno poskrbljeno za kakovostno vodenje pooperativne bolečine (hi-kvadrat=6,350; p=0,042).

3. Kakšen odnos imajo medicinske sestre do procesa vodenja pooperativne bolečine?

Medicinske sestre so v 65,0 % ocenile, da imajo dovolj znanja za kakovostno vodenje pooperativne bolečine. Prav tako so v 62,5 % navedle, da o zdravljenju pooperativne bolečine same iščejo dodatna znanja, tudi izven delovnega časa. Želje po dodatnih izobraževanjih glede vodenja pooperativne bolečine v sklopu ustanove je bila izražena s strani vseh (100,0 %).

Raziskovalna vprašanja, ki se nanašajo na paciente:

1. Kakšna je prehodna informiranost pacienta o bolečini po operativnem posegu?

Pacienti so v največji meri izrazili pričakovanje, da bodo glede zdravljenja bolečine po operativnem posegu poučeni v bolnišnici s strani zdravstvenega osebja (v 58,9 %). Velik delež navedb (30,4 %) je bil tudi, da so se seznanili preko oseb, ki so že imele podobno izkušnjo.

2. V kakšni meri so pacienti zadovoljni z vodenjem pooperativne bolečine?

Pacienti so v največji meri navedli, da so na protibolečinsko terapijo čakali do 5 minut (v 89,3 %). Čas do 5 minut predstavlja čas od prošnje za sredstvo za zmanjšanje bolečine do trenutka aplikacije sredstva. Vsi pacienti so v nadaljevanju navedli, da so bili v času bivanja v bolnišnici zadovoljni z zdravljenjem bolečine (v 100,0 %).

3. Kakšna je povezanost med informiranostjo pacienta v zvezi z lajšanjem bolečine in odzivnim časom medicinske sestre na poročanje o pojavu bolečine po operativnem posegu?

Tabela 15: Uporaba lestvice za ocenjevanje bolečine glede na informiranost bolnika.

Uporaba lestvice		Seznanjenost z lestvico za ocenjevanje bolečine		Skupaj
		da	ne	
Da	n	31	3	34
	% uporaba da	91,2%	8,8%	100,0%
	% seznanjenost	91,2%	13,6%	60,7%
Ne	n	3	19	22
	% uporaba ne	13,6%	86,4%	100,0%
	% seznanjenost	8,8%	86,4%	39,3%
Skupaj	n	34	22	56
	% uporaba skupaj	60,7%	39,3%	100,0%
	% seznanjenost	100,0%	100,0%	100,0%

hi-kvadrat=33,670; $p < 0,001$

Rezultati v tabeli 15 prikazujejo, da so pacienti v 60,7 % navedli, da so bili pred operativnim posegom seznanjeni z lestvico za ocenjevanje bolečine. Prav tako so v 60,7 % navedli, da so po operativnem posegu na lestvici ocenili svojo bolečino. Med pacienti, ki so bili pred operativnim posegom seznanjeni z lestvico za ocenjevanje bolečine, jih je 91,2 % po operativnem posegu na njej tudi ocenila svojo bolečino. V primeru, ko pacienti niso bili seznanjeni z lestvico za ocenjevanje bolečine, jih je le 13,6

% ocenilo svojo bolečino. Hi-kvadrat test je pokazal, da je seznanjenost z lestvico za ocenjevanje bolečine povezana s pooperativno uporabo lestvice (hi-kvadrat=33,670; $p<0,001$).

Tabela 16: Čakanje na protibolečinsko terapijo glede na informiranost pacienta.

Čakanje na protibolečinsko terapijo		Seznanjenost z lestvico za ocenjevanje bolečine		Skupaj
		da	ne	
do 5 minut	n	31	19	50
	% čakanje do 5 min	62,0%	38,0%	100,0%
	% seznanjenost	91,2%	86,4%	89,3%
nad 5 minut	n	3	3	6
	% čakanje nad 5 min	50,0%	50,0%	100,0%
	% seznanjenost	8,8%	13,6%	10,7%
skupaj	n	34	22	56
	% uporaba skupaj	60,7%	39,3%	100,0%
	% seznanjenost	100,0%	100,0%	100,0%

hi-kvadrat=0,323; $p=0,570$

Rezultati v tabeli 16 prikazujejo, da so pacienti v veliki večini navedli, da so čakali na protibolečinsko terapijo do 5 minut (v 89,3 %). Do 5 minut je čakalo 91,2 % pacientov, ki so bili seznanjeni z lestvico za ocenjevanje bolečine in 86,4 % pacientov, ki so navedli, da niso bili seznanjeni z lestvico za ocenjevanje bolečine. Hi-kvadrat test je pokazal, da seznanjenost z lestvico za ocenjevanje bolečine ne vpliva na čas čakanja na protibolečinsko terapijo (hi-kvadrat=0,323; $p=0,570$).

4. Kakšen pomen lahko pripišemo seznanjenosti pacienta z ocenjevalnimi lestvicami pred operativnim posegom z vidika bolj kakovostne obravnave bolečine po operativnem posegu?

Pacienti so v največji meri navedli, da jih je o možni bolečini po operativnem posegu seznanil zdravnik (v 64,3 %), medicinska sestra je bila navedena v 30,4 %. Pacienti so v 60,7 % navedli, da jim je bila pred operativnim posegom razložena lestvica za ocenjevanje bolečine. V enakem odstotku (v 60,7 %) so pacienti navedli, da so po operativnem posegu ocenili svojo bolečino po lestvici za ocenjevanje bolečine. Zadovoljstvo z zdravljenjem bolečine v času bivanja v bolnišnici so izrazili vsi pacienti (v 100,0 %).

3.5 RAZPRAVA

Medicinske sestre odgovarjajo, da so pacienti po navadi s strani zdravnika pred operativnim posegom seznanjeni, da bodo po njem morebiti imeli bolečine. Tudi pacienti so te navedbe potrdili. Medicinske sestre, v katerih delokrogu je to delo, trdijo, da seznanjajo paciente z lestvicami za ocenjevanje bolečine. Pacienti to potrjujejo le v 60,7%. Tiste medicinske sestre, ki menijo, da pacienti s pomočjo lestvic za ocenjevanje bolečine lažje izrazijo bolečino, utemeljujejo svoje mnenje z razlago, da je le-to tudi njim v pomoč pri uspešnem vodenju pooperativne bolečine. Glede na podano oceno jakosti bolečine pri pacientu lažje izberejo ustrezen analgetik, ki je predpisan s strani zdravnika. Navajajo tudi, da lažje poročajo zdravniku, ali pacientom predpisan analgetik zadošča ali ga kljub aplicirani analgetični terapiji še vedno boli in je potrebna še dodatna analgetična terapija. Medicinske sestre, ki odgovarjajo, da pacientom s pomočjo lestvic za ocenjevanje bolečine ni lažje izraziti bolečine, menijo, da je problem pri starejši populaciji zaradi nerazumevanja ter pri dementnih pacientih.

Tudi avtor Rešetič (2012, str. 29) piše, da je ocenjevanje bolečine težje in bolj zahtevno pri starejših in dementnih pacientih.

Avtor Sonc (2012, str. 44) piše, da je potrebno pri dementnih pacientih še dodatno komunicirati z družino in negovalci, kar je temelj hetero anamneze in predpogoj fizikalnega statusa, da bi se ločila demenca od delirija ali depresije.

Tako medicinske sestre kot tudi pacienti odgovarjajo, da jim je bila analgetična terapija zagotovljena v času do 5 minut. Pri pacientu preverja zmanjšanje bolečine po apliciranem analgetiku premalo medicinskih sester.

Avtor Rešetič (2012, str. 29-30) piše, da bi se morala bolečina meriti pred vsako aplikacijo analgetika in po njej. Za napako smatra tudi, da se bolečina ne meri v časovnih intervalih.

Medicinske sestre, ki odgovarjajo, da ni pri vsakem pacientu ustrezno poskrbljeno za ustrezno vodenje pooperativne bolečine, navajajo različne razloge, zakaj je temu tako. Velikokrat je problem v pomanjkanju časa za pogovor s pacientom glede njegove bolečine, včasih je razlog nesodelovanje pacienta.

Avtor Faganeli (2012, str. 11) piše, da je izrednega pomena ustrezna priprava pacienta pred posegom, da pacient razume, kakšen je namen ocenjevanja bolečine.

Tudi Fletcher in ostali (2008, str. 422) navajajo, da je pacientu potrebno razložiti, da lahko pričakuje bolečino in mu predstaviti ocenjevalne lestvice za bolečino. S tem, ko pacienta seznanimo s posledicami operativnega posega, ga tudi pomirimo. Pacient tako ve, da ob pojavu bolečine lahko pokliče medicinsko sestro na pomoč, lahko pričakuje terapijo za lajšanje bolečin, pri čemer ga medicinska sestra spodbuja, da o bolečini poroča in ne čaka, da se bolečina razplamti.

Tudi medicinske sestre, ki so sodelovale v raziskavi, navajajo, da se jim zdi zelo pomembna obravnava pacienta pred operativnim posegom. Menijo, da mora biti pacient o poteku vodenja pooperativne bolečine seznanjen že pred samim operativnim posegom, saj le tako lahko sodeluje v procesu vodenja pooperativne bolečine kot aktivni udeleženec. Pri pacientih, za katere menijo, da ni ustrezno poskrbljeno za ustrezno vodenje pooperativne bolečine, medicinske sestre odgovarjajo, da se pri določenih operativnih posegih ne predpiše nobenega analgetika, ker se pooperativne bolečine ne pričakuje. Kot možen vzrok za neustrezno vodenje pooperativne bolečine pri pacientih je lahko razlog tudi ta, da ni predpisane dodatne analgetične terapije (vsaj dva analgetika na temperaturni listi, če prvi ne zadošča). Takšne situacije so za medicinske sestre po njihovih besedah pogoste. Če analgetik ni predpisan, morajo o tem obvestiti zdravnika. Preden se z zdravnikom posvetujejo in uredijo dokumentacijo ter aplicirajo na novo predpisano analgetično terapijo, pa mine preveč časa. Rezultat tega je neuspešno obvladana akutna bolečina ter trpeč in nezadovoljen pacient. Najpogosteje so medicinske sestre navedle uporabo besedne in številčne lestvice za ocenjevanje bolečine.

Avtor Rešetič (2012, str. 29) navaja, da se v zdravstvu najpogosteje uporabljata vizualno-analogni lestvici (VAL) in lestvici obrazov, po operativnem posegu pa je bolj primerna uporaba ustne številčne lestvice.

Da ima dovolj znanja za kakovostno vodenje pooperativne bolečine, misli 65 % vprašanih medicinskih sester. Medicinske sestre same iščejo dodatna znanja izven delovnega časa preko interneta, z branjem strokovne literature ter udeležbo na

seminarjih. Nekatere medicinske sestre menijo, da se jim izven delovnega časa ni potrebno izobraževati, saj se s tem ukvarjajo dovolj časa v delovnem okolju. Kot razlog, da ne iščejo znanja izven delovnega časa, navajajo pomanjkanje časa. Nekatere medicinske sestre odgovarjajo, da ni dovolj organiziranih izobraževanj na to temo. Prav vsi vprašani si želijo glede vodenja pooperativne bolečine še dodatnih izobraževanj.

Avtor Faganeli (2012, str. 11) trdi, da morajo biti vsi zdravstveni delavci, ki v zdravljenju bolečine sodelujejo, ustrezno izobraženi v ocenjevanju bolečine. Pri tem pa mora biti posebna pozornost usmerjena v ocenjevanje bolečine pri posameznih skupinah pacientov, kot so starostniki, pacienti z oteženo komunikacijo ali nezmožnostjo le te ter otroci različnih starostnih skupin.

Fletcher in ostali (2008, str. 442) navajajo, da Ministrstvo za zdravje v Franciji podpira napore za izboljšanje zdravljenja bolečine, saj je medicinskim sestram ocenjevanje in odprava bolečine profesionalna obveza. Medicinske sestre morajo pacientom zagotavljati tudi dovolj informacij v zvezi z bolečino. Ocenjevanje in zdravljenje akutne bolečine je bilo identificirano kot pomemben element ocenjevanja profesionalnih aktivnosti zdravstvenih delavcev.

Tudi avtor Rešetič (2012, str. 25) trdi, da je dolžnost in odgovornost medicinske sestre, da pacientu lajša bolečino, ki izhaja iz pravice pacientov, vendar pa je to odvisno tudi od njenega znanja, izkušenj in hotenj. Da svoje delo lahko opravlja, potrebuje poleg znanja s področja zdravstvene nege še znanja o zdravilih in postopkih zdravljenja bolečine.

Avtor Ščavničar (2004, str. 105) opisuje, da je od elementov, kot so: znanje medicinske sestre o bolečini, pomenu bolečine za pacienta ter celostna obravnava pacienta z bolečino, odvisna kakovost obravnave pacienta z bolečino.

Informacij glede zdravljenja bolečine po operativnem posegu veliko pacientov ni iskalo, saj so pričakovali, da bodo s tem seznanjeni v bolnišnici. Prav zato je pomembno, da se zdravstveni delavci zavedajo, da pacienti prihajajo v bolnišnico, ki je zanje neznano okolje. Rezultati raziskave povejo, da pacienti od zdravstvenih delavcev pričakujejo, da

jih vodijo, usmerjajo in poučujejo. Navdušujoč je podatek, da so bili prav vsi pacienti v času bivanja v bolnišnici so bili zadovoljni z zdravljenjem bolečine.

Primerjava med anketami iz raziskave iz leta 2009 (Selan et al., 2009) in 2012 pokaže izboljšanje zadovoljstva pacientov z zdravljenjem bolečine v času bivanja v bolnišnici in tudi seznanjanje pacientov z lestvicami za ocenjevanje bolečine. Napredek je viden tudi pri uporabi lestvic za ocenjevanje bolečine po operativnem posegu. Pacienti so glede odzivnega časa na poročanje o bolečini v letu 2009 navedli, da so čakali na protibolečinsko terapijo v povprečju 12 minut. V letu 2012 so rezultati spodbudnejši glede na to, da je 89,3% pacientov navedlo, da je bila protibolečinska terapija aplicirana v roku 5 minut. Iz rezultatov vidimo, da se je tudi čakanje na protibolečinsko terapijo občutno zmanjšalo.

Predlagamo, da se organizira redna izobraževanja s področja vodenja pooperativne oskrbe in krožke kakovosti, kjer si bodo zaposleni medsebojno lahko izmenjavali izkušnje. Anketne vprašalnike za paciente bi lahko uvedli v dnevno rutino in dodali še vprašanja glede diagnoze pacienta ter načina aplikacije analgetične terapije. Pri anketnih vprašalnikih za medicinske sestre bi lahko dodali še vprašanja glede dokumentiranja procesa vodenja pooperativne bolečine, ki v izvedeni raziskavi niso bila zajeta. Uporaba lestvic za ocenjevanje bolečine je hitra, enostavna in zelo pomembna za merjenje in ocenjevanje le-te, zato je nesprejemljivo, da se jih ne upošteva kot najboljših pripomočkov v procesu vodenja pooperativne bolečine. Predlagamo, da bi se medicinske sestre ponovno poučilo o pomembnosti le teh. Predlagamo, da bi se izvedel tudi strokovni nadzor nad delom medicinskih sester in dokumentacijo.

4 ZAKLJUČEK

Raziskava je pokazala, da pacienti, ki prihajajo v bolnišnico, pričakujejo od zdravstvenega osebja vse informacije, ki se nanašajo na proces vodenja pooperativne bolečine. Zelo pomembno je, da se medicinske sestre zavedajo svoje dolžnosti in odgovornosti, ki se nanašajo na lajšanje bolečine pri pacientu, saj je le-to njihova pravica. Pomembno je, da medicinske sestre tudi same opozorijo vodilne na tiste teme, kjer bi si želele nadgraditi svoje znanje. Za paciente, ki prihajajo v bolnišnico na operativni poseg, je zgodnja informiranost o zdravljenju bolečine tisto, kar ima kasneje ugoden vpliv na njihovo počutje in zadovoljstvo z oskrbo. Dobra informiranost pacienta pa pozitivno vpliva tudi na delo medicinskih sester in na sam proces vodenja. Pacienti, ki bodo informirani, bodo lažje sodelovali kot aktivni udeleženci, manj bo zapletov, s tem pa bomo dosegli večje zadovoljstvo pacientov in večjo kakovostno oskrbo. Pomembno je, da imajo zdravstveni delavci zadosti znanja s področja vodenja pooperativne bolečine in, da le-tega stalno nadgrajujejo, saj si bodo le tako lahko pridobili pacientovo zaupanje ter jim zagotovili občutek varnosti. Menimo, da bi z nadaljnjim raziskovanjem na tem področju pridobili dragocene informacije s strani pacientov, ki bi pokazale potrebe po spremembah. Tako bi se lažje načrtovalo aktivnosti, s katerim bi se lahko stalno izboljševal proces vodenja pooperativne bolečine ter zagotavljal kakovostno obravnavo slehernega posameznika.

Raziskavo, ki smo jo izvedli, bomo predstavili v Splošni bolnišnici Jesenice. Vse zaposlene na kirurškem oddelku bomo seznanili z rezultati raziskave. Želeli bi si tudi izdelati zloženko za paciente z informacijami o pooperativni bolečini.

5 LITERATURA

- Caffo O, Amichetti M, Ferro A, Lucenti A, Valduga F, Galligioni E. Pain and quality of life after surgery for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2003; 80: 39-48.
- Eberl A. Analgetične raztopine pri zdravljenju paliativnega bolnika. *Farm Vestn.* 2012; 63(1): 51-3.
- Ewers A, Osterbrink J. Postoperative pain Management as part of the interdisciplinary health care in the model city of Münster, Germany. *Eur J Pain Suppl.* 2011; (Suppl 5): 15-295.
- Faganeli N. Zdravljenje in vodenje akutne pooperativne bolečine. *Farm Vestn.* 2012; 63(1): 10-3.
- Fletcher D, Fermanian C, Mardaye A, Aegerter P. A patient-based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistent challenges. *Pain.* 2008; 137: 441-51.
- Jošt M. Neželeni učinki analgetikov in prilagajanje protibolečinskega zdravljenja. *Farm Vestn.* 2012; 63(1): 33-7.
- Kerec Kos M. Zdravila za zdravljenje bolečine. *Farm Vestn.* 2012; 63(1): 6-9.
- Kolarič B. Zdravljenje bolečine pri revmatoidnem artritisu. *Farm Vestn.* 2012; 63(1): 40-3.
- Kraaimaat FW, Evers AWM. Pain-Coping Strategies in Chronic Pain Patients: Psychometric Characteristics of the Pain-Coping Inventory (PCI). *Int J Behav Med.* 2003; 10(4): 343–63.
- Krčevski-Škvarč N. Kronična bolečina – bolezen. In: Kersnik J, ed. Kronična bolečina, hiperlipidemije, menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje: zbornik predavanj, VII. Fajdigovi dnevi, Kranjska gora, 14.-15. oktober 2005. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2005: 3-5.
- McGuire L, Heffner K, Glaser R, Needleman B, Malarkey W, Dickinson S, et al. Pain and wound healing in surgical patients. *Ann Behav Med.* 2006; 31(2): 165-72.
- Moffatt CJ, Franks PJ, Hollinworth H. Pain-induced stress: a barrier to wound healing. *Wounds.* 2006; 2(4): 93-9.

- Muntlin Å. Identifying and Improving Quality of Care at an Emergency Department. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine. Acta Univ Ups. 2009; 499: 22-3.
- Nunnally JC, Bernstein ICH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
- Parlevliet T. EMB and Neck Pain. Rehabilitacija. 2011; 10(1): 90-8.
- Pirc J. Prepoznavanje, ocenjevanje in merjenje bolečine. In: Krčevski Škvarč N, ed. 9. seminar o bolečini: zbornik predavanj, Maribor, 10.-11. junij 2005. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor; 2005: 173-7.
- Premuš Marušič A. Sheme zdravljenja pri kronični bolečini in mehanizmi interakcij z analgetiki. Farm Vestn. 2012; 63(1): 21-7.
- Rešetič J. Odgovornost medicinske sestre pri lažšanju pacientove bolečine na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto. In: Berkopec M, ed. Odgovornost v zdravstveni negi: 4. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 19.-20. januar 2012. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo; 2012: 25-30.
- Selan N, Pergarec Žansky I, Lopuh M, Panič Z. Organiziranost službe za zdravljenje bolečine v Splošni bolnišnici Jesenice. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Center za zdravljenje bolečine in blažilno oskrbo; 2009.
- Sonc M. Zdravljenje paliativnega bolnika. Farm Vestn. 2012; 63(1): 44-50.
- Spacek A. Modern concepts of acute and chronic pain management. Biomed Pharmacother. 2006; (60): 329-35.
- Strojjan N, Zorc J, Skela Savič B. Odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi. Obzor Zdr N. 2012; 46(1): 47-55.
- Svilenkovič V. Ocenjevanje bolečine kot element kakovosti oskrbe bolnika: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2009: 7. Dostopno na: <http://dkum.uni-mb.si/Dokument.php?id=7584> (15. 11. 2012).
- Ščavničar E. Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. Obzor Zdr N. 2004; 38(2): 101-11.
- Toni J. Patofiziološki vidiki bolečine. Farm Vestn. 2012; 63(1): 3-5.

- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Uradni list Republike Slovenije št. 4/2002.
- Yazbeck AM, Kociper B, Mate T, Marušič D. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006: 45.
- Wall PD. Filozofija bolečine. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo. 2007; 35(227): 71-8.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

6.1.1 Anketni vprašalnik – medicinske sestre

6.1.2 Anketni vprašalnik – pacienti

Anketni vprašalnik – medicinske sestre

Spoštovani/a,

sem Alenka Sredanović, študentka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in pripravljam diplomsko delo z naslovom: Raziskava o vodenju pooperativne bolečine na primeru kirurškega oddelka.

Pred vami je anketni vprašalnik s katerim želim ugotoviti, kako je v bolnišnici poskrbljeno za paciente glede zdravljenja bolečine po operativnem posegu. Namen raziskave je ugotoviti seznanjenost pacientov z oceno bolečine pred operativnim posegom in zmanjšanjem bolečine z aplikacijo predpisanih zdravil po operativnem posegu ter njihovo zadovoljstvo glede zdravljenja bolečine v času bivanja v bolnišnici. Predvidevam, da bi seznanjenost pacientov z oceno bolečine pred operativnim posegom bistveno pripomogla k učinkovitemu lajšanju bolečine po operativnem posegu. S tem pa bi dosegli bolj kakovostno zdravstveno obravnavo in večje zadovoljstvo pacientov.

Vljudno Vas prosim za sodelovanje v raziskavi. Anketa je anonimna, vse zbrane podatke pa bom uporabila izključno za diplomsko nalogo.

Za Vaše sodelovanje se Vam iskreno zahvaljujem in Vam želim veliko uspeha pri Vašem delu.

Izpolnjeno anketo vrnite v nabiralnik.

Pri nekaterih vprašanjih so odgovori že podani. Tam obkrožite črko pred izbranim odgovorom. Pri nekaterih vprašanjih pa imate možnost izraziti svoj predlog, mnenje ali stališče. Tam odgovor napišite na prostor, označen s črtami.

1. Spol

- a) Ženski
- b) Moški

2. Starost

- a) Do 25 let

- b) 26 let do 35 let
- c) 36 let do 45 let
- d) Od 46 let do 55 let
- e) Več kot 56 let

3. Leta zaposlitve v zdravstveni negi

- a) Do 5 let
- b) Od 6 let do 10 let
- c) Od 11 let do 15 let
- d) Od 16 let do 20 let
- e) Od 21 let do 25 let
- f) Več kot 26 let

4. Stopnja izobrazbe

- a) (Srednja) medicinska sestra/medicinski tehnik/zdravstveni tehnik/zdravstvena tehnica/tehnice zdravstvene nege/ tehnik/zdravstvene nege
- b) Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik/višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik/višji zdravstveni tehnik/profesorica zdravstvene vzgoje/profesor zdravstvene vzgoje
- c) Magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege
- d) Doktorica zdravstvene nege/doktor zdravstvene nege

5. Ali so pacienti s strani zdravnika pred operativnim posegom seznanjeni, da bodo po njem morebiti imeli bolečine?

- a) Da
- b) Ne

6. Ali paciente seznanite z lestvicami za ocenjevanje bolečine pred operativnim posegom?(odgovorijo samo medicinske sestre, ki to delo opravljajo)

- a) Da
- b) Ne

c) Tega dela ne opravljam

7. Ali pacientu po operativnem posegu ponudite, da oceni svojo bolečino po lestvici za ocenjevanje bolečine?

a) Da

b) Ne

8. Ali menite, da pacienti s pomočjo lestvic za ocenjevanje bolečine lažje izrazijo svojo bolečino?

a) Da

b) Ne.

Zakaj? _____

9. Koliko časa pacient čaka na protibolečinsko terapijo? (od trenutka, ko je za analgetik zaprosil, do aplikacije)

a) Do 5 minut

b) Nad 5 minut

10. Ali pri pacientu preverite, ali mu je bila po apliciranem analgetiku bolečina zmanjšana?

a) Vedno

b) Nikoli

c) Včasih

11. Ali menite, da je pri vsakem pacientu ustrezno poskrbljeno za kakovostno vodenje pooperativne bolečine?

a) Da

b) Ne.

Zakaj? (ovire, predlogi za izboljšavo)

12. Katero izmed lestvic za ocenjevanje bolečine pri svojem delu uporabljate?

- a) Besedno lestvico
- b) Številčno lestvico
- c) Vizualno analogno skalo
- d) Drugo _____

13. Ali mislite, da imate dovolj znanja za kakovostno vodenje pooperativne bolečine?

- a) Da
- b) Ne

14. Ali izven delovnega časa glede zdravljenja pooperativne bolečine tudi sami iščete dodatna znanja?

- a) Da.
Kje?

- b) Ne.
Zakaj?

15. Ali si želite glede vodenja pooperativne bolečine še dodatnih izobraževanj v sklopu ustanove?

- a) Da
- b) Ne

Anketni vprašalnik – pacienti

Spoštovani/a,

sem Alenka Sredanović, študentka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in pripravljam diplomsko delo z naslovom: Raziskava o vodenju pooperativne bolečine na primeru kirurškega oddelka.

Pred vami je anketni vprašalnik, s katerim želim ugotoviti, kako je bilo glede bolečine za Vas poskrbljeno v času Vašega bivanja v bolnišnici. Namen raziskave je ugotoviti Vašo seznanjenost z oceno bolečine pred operativnim posegom in zmanjšanjem bolečine po operativnem posegu z aplikacijo predpisanih zdravil ter Vaše zadovoljstvo glede zdravljenja bolečine v času bivanja v bolnišnici. Predvidevam, da bi seznanjenost pacientov z oceno bolečine pred operativnim posegom bistveno pripomogla k učinkovitemu zmanjšanju bolečine po operativnem posegu. S tem bi dosegli za Vas bolj kakovostno zdravstveno obravnavo in večje zadovoljstvo.

Vljudno Vas prosim za sodelovanje v raziskavi. Anketa je anonimna, vse zbrane podatke pa bom uporabila izključno za diplomsko nalogo.

Za Vaše sodelovanje se Vam iskreno zahvaljujem in Vam želim čimprejšnje okrevanje. Izpolnjeno anketo vrnite v nabiralnik.

Pri nekaterih vprašanjih so odgovori že podani. Tam obkrožite črko pred izbranim odgovorom. Pri nekaterih vprašanjih pa imate možnost izraziti svoj predlog, mnenje ali stališče. Tam odgovor napišite na prostor, označen s črtami.

1. Spol

- c) Ženski
- d) Moški

2. Starost

- a) Do 25 let
 - b) 26 let do 35 let
 - c) 36 let do 45 let
-

- d) 46 let do 55 let
- e) 56 let do 66 let
- f) Več kot 67 let

3. Izobrazba

- a) osnovna šola
- b) poklicna šola/srednja šola/gimnazija
- c) višja/visoka šola/univerza/magisterij
- d) doktorat

4. Sprejem v bolnišnico je bil:

- a) Načrtovan
- b) Urgenten

5. Kdo vas je pred operativnim posegom seznanil, da boste po operativnem posegu morebiti imeli bolečine?

- c) Medicinska sestra
- d) Zdravnik
- e) Drugi _____

6. Ali so vam pred operativnim posegom razložili lestvico za ocenjevanje bolečine?

- d) Da
- e) Ne

7. Ali ste po operativnem posegu ocenili svojo bolečino po lestvici za ocenjevanje bolečine?

- c) Da
- d) Ne

8. Koliko časa ste čakali na protibolečinsko terapijo?(čas od trenutka, ko ste prosili za sredstvo za zmanjšanje bolečine, do trenutka, ko ste le tega prejeli)

- a) Do 5 minut
- b) Nad 5 minut

9. Ali je po dani protibolečinski terapiji medicinska sestra preverila, če se vam je bolečina zmanjšala?

- d) Da
- e) Ne

10. Informacije glede zdravljenja bolečine po operativnem posegu sem pridobival/a:

- a) Knjige in druge publikacije
- b) Internet
- c) Preko oseb, ki so že imele podobno izkušnjo
- d) Nisem iskal/a, saj pričakujem, da me bodo s tem seznanili in poučili v bolnišnici

11. Ali ste bili v času Vašega bivanja v bolnišnici zadovoljni z zdravljenjem bolečine?

- a) Da
- b) Ne

12. Če z zdravljenjem bolečine niste bili zadovoljni, Vas prosim, če spodaj napišete Vaše predloge, ki bi pripomogli k izboljšanju. (odgovorijo samo pacienti, ki so v 11. vprašanju izbrali odgovor b)
