



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo
Visokošolski strokovni študijski program prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**INFORMIRANOST PACIENTOV O
PREHRANI PO OPERACIJI ŽOLČNIH
KAMNOV**

**PATIENTS' KNOWLEDGE OF
GALLBLADDER SURGERY DIET**

Mentorica: Sedina Kalender Smajlović, pred.

Kandidatka: Nataša Jerman Grašič

Jesenice, april 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Sedinii Kalender Smajlović, pred., za spodbudo, usmerjanje in strokovno pomoč pri pisanju diplomskega dela.

Hvala vodstvu na oddelkih za kirurgijo Splošne bolnišnice Jesenice, Splošne bolnišnice Celje, Splošne bolnišnice Izola ter Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana za dovoljenje za raziskavo v njihovih ustanovah.

Zahvaljujem se recenzentkama Saneli Pivač, pred., in doc. dr. Maji Sočan za strokovno mnenje.

Hvala možu Primožu in mojim otrokom Mineji, Tamari, Davidu, Janini in Tijanu.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Ustrezna prehrana po operativni odstranitvi žolčnih kamnov veliko pripomore k hitremu in popolnemu okrevanju bolnika po odpustu iz bolnišnice. Potrebna je dobra informiranost o začetni, prilagojeni prehrani in kasnejšem prehodu na normalne jedilnike.

Cilj: Glavni cilj je bil ugotoviti, kako dobra je informiranost o prehrani med bolniki po operaciji žolčnih kamnov, ali prejmejo navodila za primerno dieto po odpustu v bolnišnicah, način informiranja ter njihovo mnenje o razumevanju prejetih informacij.

Metoda: Uporabljena je bila neeksperimentalna opisna metoda. Podatke smo zbirali s pomočjo vprašalnika, ki smo ga sestavili na osnovi pregleda literature. Uporabili smo neslučajnostno namensko vzorčenje. V raziskavi je sodeloval 101 bolnik po izvedeni holecistektomiji v enem izmed zdravstvenih zavodov: Splošni bolnišnici Jesenice, Splošni bolnišnici Celje, Splošni bolnišnici Izola in UKC Ljubljana. Statistično analizo podatkov smo izvedli z IBM SPSS 21.0 programom.

Rezultati: Ugotavljamo, da je 91,9 % bolnikov navedlo, da so bili v bolnišnici informirani o prehrani po holecistektomiji. Za celoten vzorec velja, da je 69,7 % anketirancev prejelo pisna navodila, ki so jim bila tudi ustno razložena. Razumevanje je dobro. 82,1 % anketirancev navaja, da jih medicinske sestre najpogosteje informirajo o ustrezni prehrani, 55,8 % jih navaja, da jih poučijo tudi zdravniki. 91,3 % bolnikov bi se najlažje pomenilo o svojih dvomih in nejasnostih z medicinsko sestro. Večina bolnikov (71,7 %) se je o prehrani informirala že pred prihodom v zdravstveni zavod, najpomembnejši vir informacij je medmrežje (73,2 %).

Razprava: Informiranost bolnikov o prehrani po odpustu je dobra. Najpogosteje jih o tem informirajo medicinske sestre, sledijo zdravniki. Navodila prejmejo v pisni obliki z ustno razlago. Razumevanje navodil je dobro. Informacije o tej temi iščejo tudi sami, največkrat na spletu. Želeli bi si, da bi zdravstveni delavci imeli več časa za pogovor o načinu prehranjevanja po holecistektomiji.

Ključne besede: operacija žolčnika, informiranje bolnikov, dieta, navodila za prehrano, razumevanje navodil, zadovoljstvo bolnikov

ABSTRACT

Background: After a gallbladder removal surgery, an appropriate diet can contribute significantly to faster and, more importantly, full recovery of patients after being discharged from the hospital. The patients need to be fully informed about the initial adjusted diet, and about the transition to a normal diet.

Aims: The main aim was to determine patients' knowledge about nutrition following a cholecystectomy, whether they receive diet instructions upon being discharged, the manner in which they are informed, and their understanding of provided information.

Methods: A non-experimental method of descriptive research was used. The information was gathered with a questionnaire based on a literature review. A non-probability, purposive sample was employed. The research included a total of 101 patients with a cholecystectomy in one of the following health care institutions: Jesenice General Hospital, Celje General Hospital, Izola General Hospital, and University Medical Centre Ljubljana.

Results: A total of 91.9% of the patients stated that they were informed in the hospital about the necessary diet following a cholecystectomy. Of the entire sample, 69.7% of respondents got the instructions in writing, accompanied with an oral explanation. The level of understanding was good. 82.1% of respondents stated that the person who informed them about an appropriate diet was mostly a nurse, 55.8% also received information from doctors. 91.3% of respondents stated that it is easiest to discuss their doubts and possible questions with a nurse. The majority (71.7%) of patients obtained information about a diet before coming to the healthcare facility, with the internet serving as the most important source (73.2%).

Discussion: Patients' level of knowledge about the necessary diet after being discharged from the hospital was good. They received most information from nurses, followed by doctors. The instructions were distributed in writing and accompanied by an oral explanation. The patients understood the instructions well. They also researched the topic alone, mostly on the internet. Patients wish that healthcare professionals had more time to discuss the diet following a cholecystectomy.

Keywords: cholecystectomy, gallbladder surgery, informing patients, diet, instructions for nutrition, understanding instructions, patient satisfaction

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	2
2.1 PREDSTAVITEV IN VLOGA ŽOLČNIKA V TELESU	2
2.2 VLOGA ZDRAVLJENJA IN ZDRAVSTVENE NEGE V OBDOBJU PO ODSTRANITVI ŽOLČNIH KAMNOV	3
2.3 PREHRANA PRED IN PO OPERACIJI ŽOLČNIKA	5
2.4 INFORMIRANOST IN PRAVICA DO INFORMIRANOSTI	8
2.5 ZDRAVSTVENA PISMENOST	9
2.6 KOMUNIKACIJA	11
2.7 IZVAJANJE OPERACIJ ŽOLČNIKA V SLOVENIJI	13
3 EMPIRIČNI DEL	15
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	15
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	15
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	16
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	16
3.3.2 Opis merskega instrumenta	17
3.3.3 Opis vzorca	18
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	19
3.4 REZULTATI.....	19
3.4.1 Odgovori na raziskovalna vprašanja	20
3.5 RAZPRAVA	35
4 ZAKLJUČEK	41
5 LITERATURA	42
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Razmerje izpolnjenih vprašalnikov iz posameznih zdravstvenih zavodov .	17
Tabela 2: Demografski podatki	18
Tabela 3: Vrsta izvedenega operativnega posega	19
Tabela 4: Informiranost o prehrani glede na način in zdravstveni zavod.....	21
Tabela 5: Časovni termini informiranja.....	21
Tabela 6: Poklicno predstavljanje zdravstvenih delavcev, ki informirajo bolnike.....	22
Tabela 7: Kdo vam je v bolnišnici razložil, kako naj se prehranujete doma?	23
Tabela 8: Predhodna informiranost bolnikov o prehrani	23
Tabela 9: Zunanji viri informacij za bolnike	24
Tabela 10: Razumevanje v bolnišnici dobljenih navodil.....	24
Tabela 11: Pri priporočilih in navodilih niso bili preveč podrobni, zato sem jih dobro razumel/a	25
Tabela 12: Statistično značilne razlike v razumevanju navodil, dobljenih v bolnišnici, glede na starost.....	25
Tabela 13: Razumevanje navodil glede na izobrazbo.	26
Tabela 14: Dunettov test T3 razumevanje navodil glede na izobrazbo.....	27
Tabela 15: Zdravnikova navodila o prehranjevanju so najboljša in zelo razumljiva	27
Tabela 16: Z medicinsko sestro sem se najlažje pogovoril/a	28
Tabela 17: Razumevanje navodil glede na vir informacij.	29
Tabela 18: Pripravljenost osebja, da obrazloži nejasnosti	29
Tabela 19: Časovna razpoložljivost zdravstvenega osebja za pogovor.....	30
Tabela 20: Primernost podajanja navodil	30
Tabela 21: Pričakovanje bolj natančnih in razumljivih navodil	31
Tabela 22: Pričakovanje natančnejših in razumljivejših navodil, interpretacija po posameznih zdravstvenih ustanovah.....	31
Tabela 23: Opisna statistika.....	32
Tabela 24: Pričakovanje pogovora z zdravnikom	34
Tabela 25: Možnost pogovora z dietetikom	34
Tabela 26: Želje bolnikov po pogovoru z osebo določenega profila.....	35

1 UVOD

Nastanek žolčnih kamnov je najpogostejši bolezenski pojav žolčnika (Markovič, 1998). Stanje prisotnosti žolčnih kamnov v žolčniku ali holecistolitiazia poteka velikokrat brez kliničnih znakov, lahko pa je simptomatično, najpogostejši simptom je biliarna kolika (Robbins, 2010).

Zdravljenje je večinoma kirurško. Operativna odstranitev žolčnika in posledično v njem nastalih žolčnih kamnov ali holecistektomija je eden najpogosteje izvedenih operativnih posegov v zdravstvenih zavodih v Sloveniji. Poseg se izvaja na klasičen način in laparoskopsko, kar predstavlja manj invazivno metodo za bolnika, zato je tak način bolj priljubljen (Flis & Miksić, 2010).

Hospitalizacija je v primeru laparoskopskih posegov načeloma kratka. Bolniki so hitro odpuščeni v domačo oskrbo in načrtovanje odpusta je potrebno že skozi celoten potek zdravstvene obravnave. Dobra in pravočasna priprava bolnika na odpust je bistvenega pomena za kakovost življenja po odpustu (Kadivec, et al., 2015). Ustrezno informiranje o obdobju rehabilitacije v domačem okolju zajema predvsem izobraževanje bolnikov o ustrezni prehrani ter ostalih ukrepih, ki so potrebni za hitro in uspešno okrevanje (Rezar, et al., 2010).

Preko empiričnih izkušenj ugotavljamo, da nekateri bolniki niso ustrezno seznanjeni z vsemi informacijami o primernem načinu prehranjevanja, predvidevamo, da je za to lahko vzrok tudi v pomanjkljivem ali neprimernem načinu informiranja. Dobri načini komunikacije dajejo ustrezne rezultate v razumevanju navodil, ki jih bolnikom posredujejo zdravstveni delavci. Zadovoljstvo z načini informiranja je pomemben kazalnik kakovosti o zdravstveni oskrbi in zdravstveni negi, pri čemer ima vsak bolnik pri tem tudi svoj pogled na postopke (Prestor, 2009). Z raziskavo želimo ugotoviti, kakšno je razumevanje posredovanih navodil, kakšno je njihovo zadovoljstvo z načini informiranja in kje bi lahko zdravstveni delavci iskali možnosti napredka v informiranju bolnikov o ustrezni prehrani po holecistektomiji.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 PREDSTAVITEV IN VLOGA ŽOLČNIKA V TELESU

Žolčnik je hruškasto oblikovana vreča, katerega dimenzije so pri odraslem človeku približno 10 cm v dolžino in 2 do 4 cm v širino, prostorninsko 40 do 70 ml. Njegove naloge so shranjevanje, koncentriranje in izločanje žolča iz žolčnika. Tanko črevo potrebuje žolč za prebavo maščob (Markovič, 1998). Maščobo emulgira v komplekse žolčnih kislin in maščob, v tako imenovane micle, ki lahko nato vstopajo skozi površino enterocitov v sluznico dvanajstnika. Funkcija enterocitov je končna prebava, vpijanje vode in hranilnih snovi (Zorc, et al., 2005). Jetra, ki proizvajajo dnevno 800 do 1000 ml žolča, pošiljajo polovico tega v žolčnik, polovico v dvanajstnik. Jetrni žolč se v žolčniku zbere na način, da se iz njega izloči 90 % vode. Po jedi in tudi v času med obroki potekata praznjenje in polnjenje žolčnika. Ko v dvanajstnik vstopijo želodčna kislina, maščobe in aminokislina iz hrane, se iz celic dvanajstnika sproži peptidni hormon holecistokinin, ki deluje na gladke mišice stene žolčnika in na vagusovo nitje, kar sproži krčenje in izpraznjenje žolčnika. Po jedi poteka tudi polnitev žolčnika, ki jo uravnavajo peptidni hormoni (vazoaktivni intestinalni polipeptid, motilin in pankreatični polipeptid). Izloča jih dvanajstnik, najmočnejše ga k temu spodbuja tripsin. Peptidni hormoni zavrejo izločanje holecistokinina in žolčnik se relaksira. Tudi v interdigestivnem obdobju se žolčnik dinamično prazni in polni. Žolčnik se ritmično giba, neprestano meša sestavine žolča in tako preprečuje sesedanje holesterolovih kristalov in nastajanje žolčnih kamnov (Markovič, 1998).

Znano je, da imajo motnje v delovanju žolčnika izvor v funkcionalnih in kongenitalnih anomalijah. Žolčni kamni nastajajo iz žolča, ki ga je pri večini pacientov preveč, kar vodi v nastanek kamnov. Normalna sestava žolča je vodna raztopina soli žolčnih kislin (67 %), fosfolipidov (22 %), ki so v vodi topni ali delno topne sestavine, holesterola (4 %), ki je v vodi netopen ter beljakovin (4,5 %) in bilirubina (0,3 %). Holesterol lahko obstaja v vodni raztopini samo v primeru, da imamo v žolčniku dovolj fosfolipidov in žolčnih soli. Preveč žolča povzroči prenasičenje žolčnika z žolčem, kar je eden od glavnih dejavnikov, poleg nastajanja in zadrževanja žolčnih kristalov v žolčniku, za

nastanek žolčnih kamnov (Markovič, 1998).

Pojav žolčnih kamnov je najpogostejša težava, ki prizadene žolčnik, razširjenost pojava je tudi v porastu. Pri povprečni populaciji je pojavnost med 10 do 20 % prebivalstva. V zahodnih državah sveta in v Južni Ameriki je obolelih več, medtem ko jih je manj v vzhodnem področju in v Afriki, kjer so opazna značilna regionalna in etnična odstopanja. Splošno se opazi porast pojava pri ljudeh nad 40 let, nad 65. letom znaša okrog 30 %. Pri otrocih so redki. Avtorica Markovič (1998) navaja, da glede na kemično sestavo lahko opazimo razlike pri številu obolelih: holesterolski kamni so dvakrat pogostejši pri ženskah, pigmentni so enakomerno razporejeni med spoloma. Spolni hormoni so verjetno tisti, ki ustvarjajo razliko in dokazano je, da ženske, ki so bile večkrat noseče, pogosteje obolijo. Med tvegano populacijo spadajo tudi debelejši ljudje, diabetiki, bolniki z boleznijo terminalnega ileusa ali stanja po njegovi resekciji, bolniki s cistično fibrozo ter kronično vnetno črevesno boleznijo. Žolčni kamni se razlikujejo po svoji sestavi, ki je lahko holesterolska, pigmentna ali mešana. 70 do 80 % vseh kamnov je holesterolskih, ki so lahko čisti ali mešani. Kalcijev bilirubin je sestavina pigmentnih kamnov, ki se delijo na dve vrsti: zahodni in orientalski tip kamnov.

Holecistolitijaza je stanje, ko ima bolnik prisotne kamne v žolčniku. Večina teh ljudi nima kliničnih težav, ob pojavu bolezenskih znakov govorimo o simptomatični holecistolitijazi. Najpogostejši simptom tega stanja je biliarna kolika. Prizadeti opisujejo nenadno in konstantno bolečino v zgornjem srednjem polju trebušne stene in pod desnim rebrnim lokom, ki se lahko širi še pod desno lopatico in nazaj v hrbet. Čas trajanja bolečine je 15 do 30 minut, lahko tudi dalj. Razlog za bolečino je večinoma zapora cističnega voda ali žolčevoda z enim ali več kamni. Značilno za to stanje je še slabost pri bolnikih, siljenje na bruhanje in tudi bruhanje (Robbins, 2010).

2.2 VLOGA ZDRAVLJENJA IN ZDRAVSTVENE NEGE V OBDOBJU PO ODSTRANITVI ŽOLČNIH KAMNOV

Avtorica Markovič (1998) navaja, da je zdravljenje oziroma odpravljanje nastalih

kamnov lahko nekirurško (raztapljanje in drobljenje) ali kirurško, kar predstavlja odstranitev žolčnika (holecistektomija), ki je izvedena po klasični operativni oziroma laparoskopski metodi. Klasični operativni poseg se danes izvaja le v izjemnih primerih, kadar so npr. prisotna stanja po drugih operacijskih posegih, ter pri raku žolčnika (Flis & Miksić, 2010). Prva operacija žolčnika je bila izvedena v Berlinu leta 1882 (Jovanović, n.d.). Laparoskopska metoda se je začela uveljavljati proti koncu prejšnjega stoletja skladno s principi minimalne invazivne kirurgije. Philippe Mouret je leta 1987 v Lyonu opravil prvo laparoskopsko holecistektomijo. Tak način operacij je omogočal takojšnjo rehabilitacijo pacientov, predvsem pa znatno zmanjšal število klasičnih operacij (Pivec, 2011).

Poleg obdobja priprave bolnika na operativni poseg in obravnave med posegom, je vloga zdravstvene nege v obdobju po operativnem posegu obsežna ter pomembna. Ob sprejemu je potrebno načrtovati njegov odpust, zato ga nanj skozi celoten postopek obravnave v bolnišnici zdravstveno vzgojno pripravljamo (Frank, 2005). Predoperativna zdravstvena nega zajema psihično in fizično pripravo. Medicinska sestra predvideva tudi stisko bolnika in mu skuša podajati jasne in razumljive odgovore v zvezi z posegom in obdobjem okrevanja. V primeru dodatnih nejasnosti je njena dolžnost, da omogoči pogovor bolnika z drugo kompetentno osebo (Grabnar & Kovačec, 2009). Fizična priprava bolnika obsega standardne postopke, ki so v skladu z vrsto posega oziroma po navodilih operaterja. Del priprave pred operativnim posegom holecistektomije je ustrezen režim prehrane pred posegom, ki predvideva dieto oziroma obdobje brez hrane pred posegom 6 do 8 ur, kar je odvisno od navodil posamezne ustanove. Pacient mora biti za operativni poseg tešč (Lavtižar & Arlič, 2010).

Obseg informacij, ki jih podajamo bolniku, je odvisen tudi od njegovih prejšnjih izkušenj z zdravljenji, njegovega predhodnega znanja in interesa za informacije. Bolnika želimo obravnavati celostno, ker ga smatramo kot človeka, ki je pod vplivom telesnih, duševnih, socialnih in kulturnih stikov in ne kot objekt, ki je brez občutkov, zato zdravstveno nego primerno prilagajamo (Galer, 2009).

Ne glede na vse okoliščine je zdravstvena nega operiranca primarno odvisna od vrste

operacije in zdravstvenega stanja bolnika, določeni posegi so enaki za vse: nadzor dihanja in krvnega obtoka, elektrolitskega in tekočinskega ravnovesja, kontrola zavesti in stanja rane, zagotavljanje varnosti in zagotavljanje dobrega počutja (Galer, 2009). Bolniku medicinska sestra nudi pomoč pri osnovnih življenjskih dejavnostih. Spodbuja ga h gibanju, če je to le možno in dopustno. Skozi celoten čas ga pripravlja na odpust in mu predstavi, kaj je v procesu okrevanja v domači oskrbi priporočljivo in česa naj se izogiba. V primeru potrebe po nadaljnji uporabi antikoagulantne terapije doma ga pouči o njeni uporabi. Poznavanje operativnega posega, ki je bil izveden bolniku, je za medicinsko sestro nujno, da bi lahko nudila pravilno zdravstveno oskrbo. Usklajeno delovanje celotnega zdravstvenega tima, ki skrbi za bolnika, tako omogoča hitrejše okrevanje (Rezar, et al., 2010). Tudi zaradi tendenc h krajšanju ležalne dobe v zdravstvenih ustanovah so bolniki pogosto zelo hitro odpuščeni in so potrebni posebne nege in oskrbe na domu. Dobra in pravočasna priprava bolnika na odpust je bistvenega pomena za kakovost življenja po odpustu, predvsem pa pripomore k zmanjšanju števila ponovnih hospitalizacij, kar seveda poveča zadovoljstvo z oskrbo med postopkom zdravljenja v bolnišnici, kar je pomemben kazalnik kakovosti (Kadivec, et al., 2015).

2.3 PREHRANA PRED IN PO OPERACIJI ŽOLČNIKA

Prehranjevanje in pitje spadata v temeljno življenjsko dejavnost. Hrana je v osnovi pogoj za preživetje, lahko jo obravnavamo tudi kot zdravilo človeku, saj je dokazano, da določena hranila v specifičnih situacijah zdravstvenega stanja pomembno koristijo ali škodujejo organizmu. Allen in ostali (2011) navajajo, da je že Hipokrat pacientom predpisoval pomoč iz lekarne jestvin, zato je upoštevanje pravilnega prehranjevanja ključno za uspešno premagovanje zdravstvenih težav.

Že pripravljalo obdobje pred operativno odstranitvijo žolčnika lahko pomembno spremeni metabolični status bolnika in ima vpliv na perioperativni stresni odgovor, kar so raziskovali Zelić in ostali (2013), ko so želeli ugotoviti učinke preoperativnega prehranjevanja na stresni odgovor telesa po laparoskopski operaciji žolčnika. Bolnike so za namen raziskave razdelili na skupino, ki se je pred posegom prehranjevala, in skupino tistih, ki od večera pred dnevom operacije niso uživali hrane. Ugotovili so, da

je bil stres po operaciji pri bolnikih, ki so se prehranjevali, manjši kot pri tistih, ki so bili tešči.

Pooperacijska zdravstvena nega po odstranitvi žolčnih kamnov obsega skrb za varnost bolnika, pomoč k boljšemu počutju ter lajšanju bolečin, vzdrževanju fizičnega in psihičnega varstva, preprečevanju in zgodnjemu odkrivanju možnih zapletov ter pomoč operirancu. Pooperacijska zdravstvena nega se glede na ustanove, kjer se posegi izvajajo, ne razlikuje bistveno, vendar pa se tudi na področju zdravstvene nege bolnikov dogajajo spremembe in iščejo optimalnejši postopki njihove oskrbe. Splošna praksa bolnišnic, ki izvajajo operacije žolčnika, je, da imajo bolniki kontinuirano intravenozno hidriranje do naslednjega jutra po dnevu operacije ter ustno dieto. To se zdi nepotrebno z vidika hitrega okrevanja po minimalno invazivni laparoskopski operaciji žolčnika. Shah in ostali (2012) z oddelka za kirurgijo Patan Hospital so izvedli opazovalno študijo možnosti in vrednotenja sprejemljivosti, varnosti in prednosti zgodnjega prehranjevanja po laparoskopski operaciji žolčnika per os in prekinitvi intravenoznega uvajanja tekočin v telo. Opazovali so vse operirane bolnike (294 oseb) v času od oktobra 2009 do decembra 2010, ki so jim omogočili uživanje tekočine per os po štirih urah in ustavili intravenozno infuzijo tekočin po šestih urah po operativnem posegu. Opazovani so bili pojavi bruhanja, napihnjenosti abdomna ter razlogi za podaljšanje oziroma ponovno uvedbo intravenozne hidracije. Ugotovili so, da je zgodnje ustno prehranjevanje in odstranitev intravenozne terapije varno in dobro sprejeto pri bolnikih, svojcih in zdravstvenem osebju.

Po operativni odstranitvi žolčnika oziroma žolčnih kamnov prehrano razdelimo na prvo obdobje neposredno po operaciji ter na kasnejšo zdravo varovalno prehrano. Prve tedne neposredno po operaciji je priporočljiva nekoliko strožja varovalna prehrana. Priporočljiva je pestrost prehrane, postopnost pri uvajanju živil v obroke (Pokorn, 2004a). Uporabne so vse skupine živil, ki so skupne tudi normalni, zdravi prehrani, vseeno se odsvetujejo maščobe in mastna hrana. Ta živila so lahko prisotna v obrokih na začetku v sledovih oziroma se njihova vsebnost šele kasneje počasi in postopoma večja. Za pripravo jedi naj se uporabljajo skromne količine olja, masla ali margarine, ne več kot 6 čajnih žličk dnevno. Zelo umestno je tudi izpustiti živila, ki dražijo želodec in

jih tudi teže prebavljamo. Taka živila so prava kava in močni pravi čaji, kakav, gazirane pijače, ostre začimbe, mastne sladice, jedi, pripravljene iz suhih stročnic, sveže kapusnice, ocvrte jedi, sladice iz maslenega ali listnatega testa. Priporočljivo je uvajanje sveže zelenjave in sadja enkrat dnevno. V prvih dneh je sicer bolje uživati ta živila kuhana ter jih nato postopoma nadomeščati s surovimi plodovi, da se vitaminska vsebnost živil ohrani (Pokorn, 2004b).

Po operaciji je treba začeti postopno uvajanje tekočine in hrane, kar je ključnega pomena za boljše in čim hitrejše okrevanje (Grabnar & Kovačec, 2009). Cilj zdravstvene nege je, da bolnik doseže najboljšo možno raven zdravja in delovanja. Temeljne naloge medicinske sestre so motiviranje in svetovanje, nadzor nad njim ter pomoč oziroma izvajanje dejavnosti zdravstvene nege, če jih bolnik sam ni zmožen. Zdravstvena nega poudarja samooskrbo bolnika, da bi se čim prej lahko vrnil v domače okolje (Ivanuša & Železnik, 2000). Bolnikom po operaciji žolčnih kamnov priporočajo prirejeno varovalno dieto, ki jo sicer uporabljajo tudi po operaciji slepiča, kile in po operativnih posegih na ozkem in na debelem črevesju (Prelec-Lainščak & Šeruga, 1998). Veliko ljudi izgubi polno sposobnost prebavljanja in absorpcije krepko zabeljene hrane, drugi pa brez žolčnika lahko uživajo mešano prehrano. Pri nekaterih se žal tudi po odstranitvi žolčnika opazajo težave po uživanju določenih živil, posebno maščob, kajti telo nima več organa, ki bi aktivno sodeloval pri presnovi teh hranil, opazna je tudi povečana flatulenca. Pojav opisujejo kot postholecistektomični sindrom (PCS). Pojav naj bi se opazal pri 5 do 40 % oseb, ki so bile spremljane po holecistektomiji. Simptomi se izražajo v obliki razdraženega želodca, slabosti, bruhanja, napenjanja, driske in prisotni bolečini v zgornjem desnem abdomnu (Glasgow & Mulvihill, 2010).

Pomembno je poudariti, da je uživanje več manjših obrokov preko dneva za telo oziroma prebavo veliko manj stresno, zato je tak način prehranjevanja priporočljivejši. Prehrana se naj postopno normalizira do takrat, ko bo okrevanje popolno in bodo ostale življenjske dejavnosti potekale v celoti. Takrat je primerna zdrava varovalna prehrana, ki je priporočljiva za vse. Pri dietni in zdravi, normalni prehrani se ne sme izpuščati dnevni vnos tekočine, ki naj bo v obsegu 2 do 2,5 l vode, mineralne vode oziroma nesladkanih čajev ali žitne kave. Pri zdravi varovalni prehrani je osnovno načelo

pestrost živil s čim več sadja in zelenjave. Uravnotežena prehrana vsebuje beljakovine, ogljikove hidrate, maščobe, vitamine, rudnine in vodo. To vse se nahaja v manjši dnevni količini rib ali mesa oziroma perutnine, nekaj mleka in mlečnih izdelkih ter v polnozrnatih škrobnih živilih. Manjše količine kakovostnih maščob z rastlinskimi olji so ugodne pri izboljšavah okusov, pri čemer si seveda pomagamo z veliko začimbami. Prehranjevanje je pravilno, če so obroki manjši in pogostejši, en večji dnevni obrok (poleg manjših) je zadosten. Na ta način je organizem bistveno manj obremenjen (Splošna bolnišnica Jesenice, n. d.).

2.4 INFORMIRANOST IN PRAVICA DO INFORMIRANOSTI

Prehranjevanje in pitje kot temeljni življenjski dejavnosti tvorita odločilen prispevek k popolni rehabilitaciji bolnika po operaciji žolčnih kamnov. Za ustrezno izbiro živil za ustrezno prehranjevanje v postoperacijskem obdobju je ključno dobro informiranje bolnikov na način, ki bo zagotavljal uporabnikom razumljivost in dostopnost do informacij, ki jih potrebujejo za pravilno postopanje v obdobju rekonvalescence. Bolnikom se morajo posredovati specifične informacije v vseh fazah zdravstvene obravnave, še posebno ob odpustu (Humar, et al., 2010). Informiranost bolnikov o ustrezni oskrbi v postoperacijskem obdobju je delno opredeljena z Zakonom o pacientovih pravicah iz leta 2008, kjer je zapisana pravica do informiranosti v zvezi z vsemi dejavnostmi v procesu zdravljenja in tako tudi o potrebnem ustreznem načinu prehranjevanja. Zakon o pacientovih pravicah (2008) navaja uporabo ustreznega jezika in zadostno obveščenost pacienta ter pojasnilno dolžnost zdravstvenega osebja. Bolnik ima pravico do sodelovanja v procesu zdravljenja, zato mora biti ustrezno obveščen o vseh dogajanjih v poteku obravnave na njemu razumljiv način oziroma skladno z individualnimi sposobnostmi sprejemanja informacij, v celoti in pravočasno. Ob odpustu iz bolnišnice ali drugega zavoda ima pravico do pisnega poročila o diagnozi, zdravljenju in zdravstveni negi ter do navodil za nadaljnje zdravljenje in ravnanje do prvega obiska pri osebnem zdravniku, vključno s potrebnimi zdravili ali medicinskimi pripomočki. Zakon prav tako opredeljuje bolnikove dolžnosti, kot so dejavno sodelovanje pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja ter ravnanje v času bolezni v skladu s prejetimi strokovnimi navodili in načrti zdravljenja.

Današnja družba je informacijska družba, za katero je značilna vedno večja uporaba informacijskih tehnologij na različnih področjih življenja (Travar, 2009). Podatke o boleznih, zdravljenju in zdravilih pridobivajo ljudje iz različnih virov, kot so revije, učbeniki, oddaje na televiziji, od zdravstvenih delavcev, vedno več podatkov pa je mogoče najti na spletu (Pavič Nikolič, et al., 2012). Današnja medicina kaže spremenjen odnos med bolnikom in zdravstvenim osebjem, ki je bolj partnerski, bolniku daje večjo soodgovornost za lastno zdravje. Vloga bolnika pa potrebuje dobro informiranost, kar daje možnost dobre komunikacije med zdravstvenim osebjem in bolnikom, pri kateri prevladuje mnenje, da si je treba pridobiti drugo mnenje oziroma iskati informacije tudi med ljudmi, ki se soočajo s podobnimi težavami (Ule, 2003). Medmrežje postaja tukaj vedno bolj dostopen vir za vse. Do zdravstvenih informacij preko spleta dostopamo večinoma brezplačno, anonimno, preko spletnih brskalnikov oziroma katere od zdravstvenih strani (Klemenčič & Leskošek, 2007).

2.5 ZDRAVSTVENA PISMENOST

Informiranje bolnikov obsega različne načine in pristope, ki pripomorejo k zdravstvenemu opismenjevanju ljudi. Pojem zdravstvena pismenost se je začel pojavljati pred štiridesetimi leti. Svetovna zdravstvena organizacija ga je leta 1998 opredelila kot skupek kognitivnih in socialnih spretnosti, ki determinirajo posameznikovo motivacijo za dostop do informacij, za razumevanje pridobljenih informacij ter kritično rabo le-teh na način, ki spodbuja in ohranja zdravje (Nutbeam, 2008).

Fenomen zdravstvene pismenosti, ki ga opisujejo avtorice Babnik in ostale (2013), določajo posameznikove in družbene značilnosti:

- značilnosti posameznika: demografske spremenljivke (spol, starost, socialno-ekonomski status, izobrazba, rasa, narodnost in etnična pripadnost), posameznikove sposobnosti (kognitivne, socialne in fizične), splošna pismenost in dosedanja izkustva z boleznijo in zdravstvenim sistemom;
- značilnosti družbe: družbena kultura, izobraževalni sistem na področju poučevanja

zdravstvenih delavcev (učne in komunikacijske dovednosti zdravstvenega osebja) in povezovanje z vsebinami, ki se nanašajo na zdravje in zdravstvo (znanje in izobraženost o zdravju in virih informacij) (Paashe-orlow, 2007 cited in Babnik, et al., 2013, p. 68) ter zdravstveni sistem (način zdravstvene politike, udeležba oz. vključenost bolnika v zdravstveni sistem, kompleksnost in težavnost zdravstvenovzgojnega gradiva, ki ga bolnik prejme, način, kako bolnik prejme to gradivo – k bolniku usmerjen sistem zdravstvenega varstva) (Babnik, et al., 2013).

Vsi bolniki zdravstvenih navodil tudi ne razumejo, lahko samo v določenem delu ali v neki podrobnosti (ki je mogoče pomembnejša), nekateri v celoti. Zaradi tega nerazumevanja oziroma posameznikovih drugih osebnih razlogov jih tudi ne upoštevajo na ustrezen način. Zdravstvena ali funkcionalna pismenost v zvezi z zdravjem določa sposobnosti in znanja, ki jih potrebujemo za razumevanje zdravstvenega stanja oziroma zdravja in posledično zdravljenja ter sposobnosti učinkovite orientacije in ukrepov znotraj zdravstvenega sistema (Babnik, et al., 2013).

Zasnova zdravstvene pismenosti se šele v zadnjih dveh desetletjih razvija v smeri teoretičnega in empiričnega dela, ki sistematično sledi potrebi po urejevanju težav, povezanih z zdravstveno pismenostjo (Speros, 2005 cited in Babnik, et al., 2013). Ugotovljeno je, da se posamezniki z nižjo stopnjo zdravstvene pismenosti ne zavedajo pomena zdravega načina življenja in prepoznavanja lastnega zdravstvenega stanja oziroma zaščitnih pregledov, ki omogočajo zgodnje odkrivanje bolezni (Morris, et al., 2006 cited in Babnik, et al., 2013). Značilno je, da je nizka stopnja zdravstvene pismenosti povezana s pogostejšo uporabo nujne medicinske pomoči ter prav tako z daljšo hospitalizacijo, po drugi strani visoka zdravstvena pismenost z napredovanimi sposobnostmi prebivalstva za samooskrbo, z večjim nadzorom in obvladovanjem kroničnih bolezni ter večjo dostopnostjo in pravilnejšo uporabo zdravstvenih storitev rezultira v nižjih stroških zdravstva in boljših izidih zdravljenja (Babnik, et al., 2013).

V slovenskem prostoru kljub pomembnosti zdravstvene pismenosti in teženj svetovne zdravstvene organizacije še ni opaziti sistematičnih raziskav, ki bi oblikovale in vrednotile standarde za ugotavljanje zdravstvene pismenosti med prebivalstvom

(Štemberger Kolnik & Babnik, 2012).

Avtorice Babnik in ostale (2013) zaključujejo, da se v zdravstveni negi krepi pomen zdravstveno-vzgojnega dela na področju skupinskega obravnavanja ter individualnega pristopa do bolnika. Tako lahko bolniki osvajajo veščine, pridobivajo znanja in potrebne informacije za ohranjanje zdravja in upoštevanja pravil zdravega načina življenja. Tak pristop je pomemben za kakovostno življenje ljudi s kroničnim obolenjem, po poškodbah, različnih operativnih posegih in drugih bolezenskih stanjih, ker omogoča uspešno in hitrejšo rehabilitacijo. Zdravstvena vzgoja in informiranje sta zato sestavni del zdravstvene nege.

2.6 KOMUNIKACIJA

Komunikacija je kompleksen pojem. Je dejavnost, ki jo izvajamo vse življenje in je značilnost človeškega bivanja in bistva (Ule, 2005). Je ena odločilnih dejavnosti, ki omogoča obstoj ter razvoj ljudi in organizacij, v katere se vključujejo. Komunikacijo pojmuje kot nekaj samoumevnega, čeprav je pogoj za dogajanje v družbi (Kavčič, 2004). Če povzamemo, je komuniciranje proces sporazumevanja, ki je zelo razširjen in prisoten v raznih oblikah. Ima velik pomen v osebni in družbeni življenju, plod komunikacije so posameznikova mnenja in stališča, misli in nagnjenja (Možina & Damjan, 1997). Pri komunikacijskem procesu gre za prenos informacij od vira do uporabnika. Ker je to celovit proces, vključuje mnogo spretnosti, izmenjav pristopov, občutkov in idej ter ne nazadnje razumevanje stališč sogovornika (Ule, 2005).

Izhaja, da je pomembnost komunikacije v življenju posameznika neizpodbitna. Zato je komuniciranje v človekovem obravnavanju samega sebe in lastnega zdravja ali bolezni in tako posledično v zdravstvu zelo velika in bistvenega pomena za celoten proces obravnave bolnika (Ružič Koželj, 2004).

V vseh interpretiranjih komunikacijskega procesa obstajajo posamezni skupni elementi, kot so: komunikacija je proces, ki je značilen za človeško bitje, odvija se preko simbolov, je proces interakcije in sodelovanja, vključuje sporočanje in sprejemanje, se

izvaja preko besednih in nebesednih znakov ter tehničnih sredstev in je nenazadnje nujno potreben proces za uspešno življenje in delo v obstoječi družbi (Ucman, 2003). Ucmanova še navaja, da se v procesu komuniciranja pojavljajo tudi motnje, tako imenovani šumi, ki jih ne moremo obiti, lahko pa jih prepoznavamo, se jih zavedamo in se jim poskušamo izogniti ali jih omejiti. Vzroki za motnje so lahko različni pri udeležencih komunikacijskega odnosa, največkrat so to čustvene ovire, predsodki, stališča, stereotipi, medsebojni odnosi, medsebojno poznavanje udeležencev, sposobnost razumevanja sporočil, kakovost sporočil v smislu jasnosti, razumljivosti, dolgovernosti, popolnosti oziroma nepopolnosti informacij. Na kakovost komunikacije vplivajo tudi okolica ter motnje iz okolice (Ucman, 2003).

Načini komunikacije se opredeljujejo glede na različna merila: uporabljene znake, pot sporočila med udeleženci, vsebino in cilje. V smislu komunikacije med zdravstvenim osebjem in bolniki je najpomembnejši način verbalna ali besedna komunikacija. Pri tej vrsti uporabljamo besede, ki jih lahko posredujemo govorno (ustno) ali pisno. Oba načina imata spet svoje prednosti in slabosti. Prednost ustne komunikacije je v hitrosti, vključujemo tudi nebesedne informacije, udeleženci lahko izražajo povratno informacije, slabost pa v manjši dokazni vrednosti, ker ni dokumentiranja, ter v manjši natančnosti sporočanja. V nasprotju je pisno komuniciranje dokumentirano, natančnost sporočanja je večja, je pa počasnejše, brez nebesednih sporočil in brez takojšnje povratne informacije prejemnika, kar lahko zmanjšuje razumevanje oziroma vrednost pismenega sporočanja (Ucman, 2003).

Za uspešno ustno komunikacijo zato upoštevamo več dejavnikov: ob vstopu v proces se zavedamo, kaj želimo povedati, pomembno je jasno in razumljivo besedno izražanje, medsebojno poslušanje sogovornikov in vzpostavitev očesnega stika med sogovornikoma, vztrajanje na temi in vsebini pogovora, sprejemanje sogovornika takšnega, kot je ter poizkušanje pridobitve povratne informacije od osebe, da zmanjšamo možnost napačne razlage sporočila pri njej. V procesu komunikacije je potrebno prilagajanje komunikacijskega sloga, saj se s tem približujemo sogovornikovemu načinu izražanja in z njim tako laže in hitreje vzpostavimo stik (Ucman, 2003).

Pisna komunikacija je v zdravstvu najpogostejši način posredovanja informacij in podatkov. Večina zdravstvenih ustanov uporablja posredovanje navodil bolnikom po odpustu v pisni obliki, kar je za prejemnika informacij sprejemljivejši način in jim omogoča vpogled v dokumentacijo in navodila tudi v domačem okolju. Kakovost pisne informacije je tukaj seveda spet bistvenega pomena. Kramarič in Mavri (2009) navajata pomen pisnih informacij. Zdravnik ali ustrezno izobražena medicinska sestra bolniku na razumljiv način razloži pomen in posebnosti zdravljenja in mu izroči pisno informacijo, ki jo ta vzame domov. Pisno navodilo, ki je napisano preprosto in je bolniku razumljivo, lahko prispeva k poznavanju in varnosti zdravljenja, omogoča mu naknaden vpogled v priporočila zdravnika glede oskrbe na domu.

Učinkovito komunikacijo med dvema osebama opredeljujemo kot tisto, pri kateri si prejemnik razlaga sporočilo pošiljatelja enako, kot je ta želel, da bi si ga (Šemerl, 2010).

2.7 IZVAJANJE OPERACIJ ŽOLČNIKA V SLOVENIJI

Operativni poseg holecistektomije je med najpogostejšimi posegi, ki se izvajajo v naših bolnišnicah. Na podlagi letnih poročil bolnišnic, v katerih smo izvajali raziskavo, smo ugotovili, da je operacija žolčnika navadno med petimi najpogostejšimi posegi, le v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana spada med prvih deset, saj je tam večje število raznih posegov, ki se po ostalih, manjših bolnišnicah ne izvajajo. Navajamo podatke iz letnih poročil za leto 2014. V Splošni bolnišnici Jesenice so v letu 2014 izvedli 224 holecistektomij (Splošna bolnišnica Jesenice, 2015), v Splošni bolnišnici Celje 463 (Splošna bolnišnica Celje, 2015), v Splošni bolnišnici Izola 301 (Splošna bolnišnica Izola, 2015) in v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana 750 operacij žolčnih kamnov (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2015).

Glede na veliko pogostnost tega operativnega posega pri bolnikih na podlagi proučene literature in na podlagi empiričnih izkušenj predvidevamo, da področje informiranja bolnikov o načinu prehranjevanja v postoperacijskem obdobju še vedno ni dovolj jasno opredeljeno. Točnih opredelitev, kdo naj bo odgovoren za podajanje informacij ter v

kateri fazi obravnave v postopku obravnave obolenja naj bi se zdravstvena vzgoja pacienta za ustrezno prehranjevanje po operativnem posegu izvajala, nimamo. Posledično je možno, da bolniki pogosto ne dobijo zadostnih informacij o načinu prehranjevanja po odpustu iz bolnišnice ter niso pravilno razumeli navodil. Sodobni načini zdravljenja in zdravstvene nege stremijo k čim hitrejšemu okrevanju in vrnitvi v domače okolje ter popolni rehabilitaciji, zato je izrednega pomena, kdo in na kakšen način poda navodila o prehrani bolniku ter predvsem, ali so mu navodila bila razumljiva. Dostopnost do navodil o prehrani, možnost pogovora z zdravstvenim osebjem, predvsem pa seznanjenost o tem, katera je tista oseba, od katere lahko pričakuje napotke za samooskrbo doma, so tiste pomembne podrobnosti, ki lahko v celotni sliki bistveno prispevajo k ugodnemu in učinkovitemu okrevanju bolnika.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti informiranost bolnikov o prehranjevanju po odstranitvi žolčnih kamnov oziroma žolčnika in prikazati načine in razumevanje podajanja teh informacij.

Cilji diplomskega dela:

- ugotoviti načine in čas podajanja informacij bolnikom po operaciji žolčnika;
- ugotoviti bolnikovo razumevanje prejetih navodil o prehranjevanju po operaciji žolčnika glede na zdravstvenega delavca, ki bolniku poda informacije, ter glede na sposobnost razumevanja prejemnika informacije;
- ugotoviti morebitne razlike pri načinu informiranja bolnikov o prehrani po operaciji v zdravstvenih zavodih;
- ugotoviti bolnikovo stopnjo zadovoljstva z načinom prejemanja navodil o prehrani po operaciji žolčnih kamnov,
- ugotoviti bolnikova pričakovanja glede informiranja o prehrani po operaciji žolčnih kamnov.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

R 1: Ali, kako in kdaj so bolniki informirani o načinu prehranjevanja po operaciji žolčnih kamnov?

R 2: Kdo informira bolnike o prehrani po operaciji žolčnih kamnov v bolnišnici oziroma tudi izven nje?

R 3: Kako dobro bolniki razumejo dana navodila?

R 4: Kakšne so statistično značilne razlike v razumevanju navodil, dobljenih v bolnišnici, glede na starost in izobrazbo bolnikov?

R 5: Kakšne so statistično značilne razlike v razumevanju navodil pri bolnikih glede izobrazbeni profil osebe iz zdravstvenega tima, ki pacienta informira?

R 6: Kako so bolniki zadovoljni s prejetimi informacijami in njihovim načinom

podajanja v bolnišnici?

R 7: Kakšna so pričakovanja bolnikov glede podajanja informacij o prehrani s strani zdravstvenega osebja?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na deskriptivni (opisni) metodi kvantitativnega raziskovanja. Za empirični del je bila uporabljena kvantitativna tehnika zbiranja podatkov. Za potrebe teoretičnega dela je bila pregledana strokovna in znanstvena literatura iz podatkovnih baz Cobiss in Cinahl ter spletnega brskalnika Google. Pri iskanju literature smo dosledno upoštevali merila verodostojnosti vira in avtorja. Za iskanje literature smo uporabili naslednje kombinacije ključnih besed v slovenskem jeziku: žolčnik, žolčni kamni, operativna odstranitev, dieta, razumevanje, dietetika in v angleškem: gallbladder, gallbladder stone disease, epidemiology, surgery, cholecystectomy, nutrition, diet. Iskalne zahteve smo omejili z letnicami od 2005 do 2015, postavili smo zahteve po »celotnem besedilu«, recenziji, angleškem jeziku in raziskovalnem članku. Merila za vključitev člankov so bili članki, ki obravnavajo tematiko prehrane po operaciji žolčnih kamnov, vlogo medicinske sestre in informiranost bolnikov. Vse ostale članke, ki niso obravnavali zahtevanih meril, smo izločili. V okviru raziskovalnega procesa smo uporabili kvantitativni pristop raziskovanja, podatke smo zbirali s tehniko pisnega anketiranja.

V vsako od izbranih zdravstvenih ustanov, ki smo jih vključili v raziskavo, smo na podlagi ustreznih odobritev pristojnih v ustanovah in na podlagi Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko, ki je odobrila raziskavo, poslali 30 vprašalnikov za bolnike. Zdravstveni delavci so razdelili vprašalnike med vse paciente, ki so se v izbranem obdobju anketiranja nahajali v zdravstvenih zavodih po izvedeni operaciji žolčnih kamnov in so bili pripravljene v raziskavi prostovoljno sodelovati oziroma dokler niso izpolnili kvoto razdeljenih 30 vprašalnikov. Nevrnjene vprašalnike smo navajali pri realizaciji vzorca. Porazdelitev vrnjenih anket iz izbranih zdravstvenih

zavodov je bila naslednja: iz Splošne bolnišnice Celje smo prejeli 27 rešenih vprašalnikov, kar predstavlja 29,7 % celotnega vzorca, iz Splošne bolnišnice Izola smo prejeli 26 vprašalnikov (28,6 % celotnega vzorca), iz Splošne bolnišnice Jesenice smo prejeli 25 vprašalnikov (27,5 % celotnega vzorca), iz UKC Ljubljana smo prejeli 11 vprašalnikov (12,1 % celotnega vzorca), 2 anketiranci sta navedla Kirurški sanatorij Rožna dolina (2,2 % celotnega vzorca), pri čemer navajamo podatek, da tam raziskave nismo izvajali, njihove ankete so pridobljene v skupini iz Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, 10 jih podatka o zdravstvenem zavodu ni želelo navesti, kar bi sicer pomenilo 9,9 % celotnega vzorca, vendar smo pri obravnavi odgovorov glede na izbrane bolnišnice te izpustili, ker ne prispevajo k pravilnim rezultatom. Rezultati so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Razmerje izpolnjenih vprašalnikov iz posameznih zdravstvenih zavodov

	n	%	Realizacija vzorca (%)
Splošna bolnišnica Jesenice	25	27,5	83,3
UKC Ljubljana	11	12,1	36,7
Kirurški sanatorij Rožna dolina	2	2,2	6,7
Splošna bolnišnica Izola	26	28,6	86,7
Splošna bolnica Celje	27	29,7	90,0
Skupno	91	100,0	
Brez navedbe ustanove	10		
Skupno – vsi	101		

Legenda: n = število anket

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili kvantitativno tehniko zbiranja podatkov, in sicer smo uporabili vprašalnik, ki smo ga izdelali sami s pomočjo pregleda strokovne literature (Flis & Miksič, 2010; Frank, 2005; Grabnar & Kovačec, 2009; Ivanuša & Železnik, 2000; Pokorn, 2004; Pokorn, 2004). Vprašalnik je sestavljen iz vprašanj odprtega in zaprtega tipa. Na začetku vprašalnika so demografski podatki. Pri zaprtem tipu vprašanj so imeli anketiranci na voljo dve izbiri: vprašanja z več ponujenimi odgovori in kategorična vprašanja. Uporabili smo tudi Likertovo lestvico stališč, pri čemer vrednost 1 pomeni »nikakor se ne strinjam«, 5 pa »popolnoma se strinjam«. Merske značilnosti instrumenta smo preverjali z metodo analize notranje konsistentnosti, ki je tudi najbolj uporaben način ugotavljanja zanesljivosti instrumenta

(Cencič, 2009). Uporabili smo formulo, ki je znana kot Croonbachov koeficient alfa, vrednost koeficienta je 0,198.

3.3.3 Opis vzorca

V diplomskem delu smo uporabili nerandomizirani namenski vzorec bolnikov po odstranitvi žolčnih kamnov, ki so bili hospitalizirani v določenem časovnem obdobju v Splošni bolnišnici Jesenice, Splošni bolnišnici Celje, UKC Ljubljana in v Splošni bolnišnici Izola. V vsako od bolnišnic smo poslali 30 vprašalnikov. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, pri čemer smo dosegli 84 % izvedbo vzorca. V raziskavo je bil vključen 101 anketiranec, od tega 59 (59 %) žensk in 41 (41 %) moških, en anketiranec spola ni označil.

Starostna porazdelitev celotne skupine anketirancev je bila naslednja: osebe, stare do 30 let, so bile 3 (3 %), od 31 do 40 let 16 oseb (15,8 %), od 41 do 50 let 21 oseb (20,8 %), od 51 do 60 let 24 oseb (23,8 %), od 61 do 70 let 29 oseb (28,7 %), 70 let in več je bilo starih 8 oseb (7,9 %). Dosežena stopnja izobrazbe anketirancev je bila naslednja: osnovnošolska 12 (12 %) oseb, poklicna oz. srednješolska 50 (50,5 %), višješolska oz. visokošolska oz. univerzitetna 35 (35,4 %), drugo 2 (2 %) oseb, 2 osebi izobrazbe nista označili. Prikaz v tabeli 2.

Tabela 2: Demografski podatki

	Demografske spremenljivke	n	%
Spol	moški	41	41
	ženska	59	59
	ni odgovora	1	
Starost	do 30	3	3
	31–40	16	15,8
	41–50	21	20,8
	51–60	24	23,8
	61–70	29	28,7
	70 in več	8	7,9
Izobrazba	osnovnošolska	12	12,1
	poklicna/srednješolska	50	50,5
	višješolska/visokošolska/univerzitetna	35	35,4
	drugo	2	2
	ni odgovora	2	

Legenda: n = vzorec oziroma število anket; % = število anket v odstotkih

Pri porazdelitvi anketirancev glede na vrsto operativnega posega, ki se je izvajal, ugotovljamo, da se je pri 11 (11,1 %) izvajala klasična operacija holecistektomije, pri 88 (88,9 %) pa laparoskopska operacija, 2 osebi vrste operativnega posega nista označili. Rezultate prikazujemo v tabeli 3.

Tabela 3: Vrsta izvedenega operativnega posega

	n	%
Klasična operacija	11	11,1
Laparoskopska operacija	88	88,9
Skupno	99	100,0
Manjkajoči odgovori	2	
Skupno – vsi	101	

Legenda: n = število anket

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala po odobritvi dispozicije na Komisiji za diplomske zadeve ter po pridobljenem soglasju za izvedbo raziskave s strani Komisije republike Slovenije za medicinsko etiko ter soglasjih Splošne bolnice Jesenice, Splošne bolnišnice Celje, UKC Ljubljana ter Splošne bolnice Izola v časovnem obdobju med marcem in majem 2015. Anketne vprašalnike smo poslali v navedene zdravstvene zavode, kjer so jih prejeli v času hospitalizacije v izpolnjevanje. Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost pri reševanju vprašalnika. Za obdelavo podatkov smo uporabili statistični program IBM SPSS 21.0. Nekateri podatki so bili prikazani numerično in grafično, uporabili smo osnovno statistiko. Za iskanje razlik smo uporabili Spearmanov rang korelacije. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je stopnja statistične pomembnosti znašala 0,05 ali manj.

3.4 REZULTATI

Rezultate smo razdelili v dva sklopa. Prvi sklop zajema opis demografskih značilnosti anketirancev, ki so predstavljeni v opisu vzorca. V nadaljevanju prikazujemo rezultate glede na zastavljena raziskovalna vprašanja.

3.4.1 Odgovori na raziskovalna vprašanja

Raziskovalno vprašanje 1: *Ali, kako in kdaj so bolniki informirani o načinu prehranjevanja po operaciji žolčnih kamnov?*

Ugotavljamo, da smo prejeli skupno odgovore 91 (91,9 %) anketirancev, ki navajajo, da so bili v bolnišnici informirani o načinu prehranjevanja po odpustu, in 8 (8,1 %) anketirancev, ki navajajo, da teh informacij niso dobili.

Pri porazdelitvi odgovorov glede na posamezne zdravstvene zavode na vprašanje, ali so bili bolniki informirani v bolnišnici o načinu prehranjevanja po odpustu, smo prejeli naslednje odgovore: v Splošni bolnišnici Jesenice so bili informirani v 96 % oziroma 4 % pacientov navaja, da informacij niso dobili, v UKC Ljubljana jih 81,8 % navaja, da so bili informirani in 18,2 % , da niso bili. V Splošni bolnišnici Izola jih 92,3 % navaja, da so dobili informacije in 7,7 %, da ne in v Splošni bolnišnici Celje jih identično kot v Izoli 92,3 % navaja, da so bili informirani in 7,7 % izjavlja, da ne. Ugotavljamo, da med bolnišnicami ni statistično značilnih razlik: $\chi^2(3) = 2,110$, $p = 0,550$.

Odgovore na vprašanje, ali so dobili bolniki navodila v ustni obliki ali v pisni obliki oziroma so jim bila pisna navodila tudi ustno obrazložena, predstavljamo s pridobljenimi podatki iz vseh zdravstvenih zavodov, kjer smo izvajali raziskavo, kjer je 8 (8,1 %) bolnikov dobilo ustno informacijo, 22 (22,2 %) jih je dobilo pisno informacijo, 69 (69,7 %) bolnikov je bilo informiranih pisno z ustno obrazložitvijo, podatki so za celotno skupino anketirancev.

Pri odgovoru na isto vprašanje glede na posamezne obravnavane zdravstvene zavode ugotavljamo, da je bilo v Splošni bolnišnici Jesenice 96 % pacientov informiranih pisno z ustno razlago, v UKC Ljubljana jih je bilo 70 % s pisnimi navodili, ki so jim bila ustrezno ustno obrazložena. V Splošni bolnišnici Izola je bilo informiranih 84,6 % na enak način. Najbolj v rezultatih odstopa Splošna bolnišnica Celje, kjer kar 23,15 % anketiranih navaja, da o ustrezni prehrani niso bili informirani, 46,5 % jih je dobilo samo pisna navodila in le 30,8 % pravi, da so jim bila ta pisna navodila tudi obrazložena. Med zdravstvenimi zavodi torej obstajajo statistično značilne razlike:

$\chi^2(6) = 31,554$, $p < 0,001$. Rezultate porazdelitve odgovorov o informiranosti glede na posamezen zdravstveni zavod in način informiranja navajamo v tabeli 4.

Tabela 4: Informiranost o prehrani glede na način in zdravstveni zavod

Zdravstveni zavod	Nisem dobil/a informacij o prehrani	Dobil/a sem ustno informacijo/razlago	Dobil/a sem pisno navodila o prehrani	Dobil/a sem pisna navodila o prehrani, ki so mi bila tudi ustno obrazložena
SBJ	1	0	1	24
UKCLJ	2	1	2	7
SBI	2	0	4	22
SBC	2	6	12	8

Legenda: SBJ = Splošna bolnišnica Jesenice; UKCLJ = Univerzitetni klinični center Ljubljana; SBI = Splošna bolnišnica Izola; SBC = Splošna bolnišnica Celje

Anketno vprašanje, ki sprašuje bolnike, ki so navedli, da so bili informirani, še o tem, kdaj so bili informirani o ustrezni prehrani, nam daje naslednje odgovore: Ob samem prihodu v ustanovo je dobilo informacije 10 (10,2 %) oseb, med samim bivanjem v zdravstvenem zavodu je bilo informiranih 43 (43,9 %) oseb, pred odhodom domov enako število, brez informacij sta ostali 2 (2 %) osebi. Odgovore navajamo v tabeli 5.

Tabela 5: Časovni termini informiranja

Časovno obdobje	n	%
T1	10	10,2
T2	43	43,9
T3	43	43,9
T4	2	2,0
Skupno	98	100,0
Manjkajoči	3	
Skupno – vsi	101	

Legenda: n = število anket; T1 = ob prihodu v bolnišnico; T2 = med samim bivanjem v bolnišnici; T3 = pred odhodom domov; T4 = nikoli

Raziskovalno vprašanje 2: *Kdo informira bolnike o prehrani po operaciji žolčnih kamnov v bolnišnici oziroma tudi izven nje?*

Pri ugotavljanju, ali se oseba, ki podaja informacije, ustrezno poklicno predstavi, smo glede na posamezne zdravstvene ustanove ugotovili, da so med bolnišnicami statistično značilne razlike: $\chi^2(3) = 18,304$, $p < 0,001$. V Splošni bolnišnici Jesenice se 70,8 % zdravstvenih delavcev ustrezno predstavi, 29,2 % pa ne. V UKC Ljubljana se vsi zdravstveni delavci ustrezno predstavijo, rezultat je tukaj 100 %, v Splošni bolnišnici

Izola se predstavi 88,5 %, 11,5 % se jih ne predstavi, v Splošni bolnišnici Celje se jih 42,3 % predstavi in 57,7 % ne. Anketiranci navajajo, da se v Splošni bolnišnici Celje predstavljajo najmanj. Podatke prikazujemo v tabeli 6.

Tabela 6: Poklicno predstavljanje zdravstvenih delavcev, ki informirajo bolnike

		Ali se vam je oseba, ki vas je informirala o prehrani poklicno predstavila?		Skupno
		Da	Ne	
SBJ	n	17	7	24
	% predstavljena oseba	70,8 %	29,2 %	100,0 %
	% med bolnišnicami	27,9 %	28,0 %	27,9 %
UKCLJ	n	10	0	10
	% predstavljena oseba	100,0 %	0,0 %	100,0 %
	% med bolnišnicami	16,4 %	0,0 %	11,6 %
SBI	n	23	3	26
	% predstavljena oseba	88,5 %	11,5 %	100,0 %
	% med bolnišnicami	37,7 %	12,0 %	30,2 %
SBC	n	11	15	26
	% predstavljena oseba	42,3 %	57,7 %	100,0 %
	% med bolnišnicami	18,0 %	60,0 %	30,2 %
Skupno	n	61	25	86
	% predstavljena oseba	70,9 %	29,1 %	100,0 %
	% med bolnišnicami	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Hi-kvadrat (χ^2)	18,304			
Prostostne stopnje (df)	3			
p (signifikanca)	0,000			

Legenda: SBJ = Splošna bolnišnica Jesenice; UKCLJ = Univerzitetni klinični center Ljubljana; SBI = Splošna bolnišnica Izola; SBC = Splošna bolnišnica Celje; n = število anket

Vprašanje, kdo je bolnikom podajal informacije o ustreznem prehranjevalnem režimu doma, je imelo več možnih odgovorov, saj tudi v bolnišnicah bolniki komunicirajo z različnimi udeleženci zdravstvenega tima. Ugotavljamo, da je največkrat informirala bolnike medicinska sestra, 78 (51,3 %) bolnikov jo je navedlo kot osebo, s katero so se pogovorili o tem vprašanju, zdravnik je bil na drugem mestu, navedlo ga je 53 (34,9 %) bolnikov, kar pomeni, da so precej manj dosegljivi za pogovor z bolnikom. Dietetiki se zelo skromno udeležujejo pogovora z bolniki, le 4 (2,6 %) osebe so bile v stiku tudi z njimi. Informacije sta prejeli tudi 2 (1,3 %) osebi, predala jim jih je oseba neznanega profila. Sobolnik v sobi, kjer je bil anketiranec, je bil v 11 (7,2 %) primerih tudi med viri informacij o prehrani. Brez informacij so ostale 4 (2,6 %) osebe. Rezultati so prikazani v tabeli 7.

Tabela 7: Kdo vam je v bolnišnici razložil, kako naj se prehranjujete doma?

	n	Odstotek odgovorov	Odgovori vsi
Medicinska sestra.	78	51,3 %	82,1 %
Zdravnik.	53	34,9 %	55,8 %
Dietetik.	4	2,6 %	4,2 %
Dobil/a sem informacije, vendar ne vem, kdo od osebja mi jih je posredoval.	2	1,3 %	2,1 %
Pacient/ka, ki je sobival/a z mano v sobi.	11	7,2 %	11,6 %
Nihče.	4	2,6 %	4,2 %
Skupno	152	100,0 %	160,0 %

Legenda: n = število odgovorov

Zanimalo nas je tudi, ali so bolniki že pred odhodom v zdravstveno ustanovo zbirali informacije o ustrezni prehrani po operativnem posegu holecistektomije. Kar 71 (71,7 %) bolnikov je imelo informacije že prej, 28 (28,3 %) bolnikov ni skušalo pridobiti informacij o prehrani pred posegom. Rezultate prikazujemo v tabeli 8.

Tabela 8: Predhodna informiranost bolnikov o prehrani

	n	%
Da.	71	71,7
Ne.	28	28,3
Skupno	99	100,0
Manjkajoči odgovori	2	
Skupno – vsi	101	

Legenda: n = število anket

Osebe, ki so se že pred odhodom na operativni poseg samostojno informirale o ustrezni prehrani po posegu, smo vprašali o njihovem viru informacij. Na vprašanje, kako so se poučili o prehrani, je bilo več možnih odgovorov, saj ljudje uporabljajo različne vire informacij. Najpogostejši vir informacij je bil splet, kar navaja 52 (36,4 %) bolnikov oziroma to predstavlja 73,2 % odgovorov bolnikov, ki so se že prej izobraževali o prehrani, televizijske oddaje so informirale 9 (6,3 %) bolnikov, kar pomeni 12,7 % odgovorov, revije 14 (29,6 %) anketirancev oziroma 19,7 % odgovorov. Osebe, ki so bile operirane že v preteklosti, so informirale anketirance v drugem največjem številu poleg spleta, in sicer 44 (30,8 %) bolnikov navaja tudi ta vir, kar predstavlja 62 % vseh odgovorov. Prijatelji in znanci so najskromnejši vir informacij, predstavljajo le 3 (2,1 %) anketirancev oziroma 4,2 % odgovorov. Rezultate prikazujemo tudi v tabeli 9.

Tabela 9: Zunanji viri informacij za bolnike

	n	Odstotek anketirancev	Odstotek odgovorov
Medmrežje.	52	36,4 %	73,2 %
Televizija.	9	6,3 %	12,7 %
Revije.	14	9,8 %	19,7 %
Strokovne knjige.	21	14,7 %	29,6 %
Od osebe, ki je že bila operirana v preteklosti.	44	30,8 %	62,0 %
Preko prijateljev in znancev.	3	2,1 %	4,2 %
Total	143	100,0 %	201,4 %

Legenda: n = število anket

Raziskovalno vprašanje 3: *Kako dobro bolniki razumejo dana navodila?*

Ocenjujemo razumljivost podanih informacij za bolnike. Vprašanje, kakšno je po mnenju anketirancev njihovo razumevanje v bolnišnici dobljenih navodil o načinu prehranjevanja po holecistektomiji, nam daje naslednje odgovore: 1 (1,1 %) oseba je mnenja, da v celoti ne razume navodil, nihče ni odgovoril, da skoraj ne razume navodil, 10 (10,5 %) oseb jih delno razume, 30 (31,6 %) oseb jih razume skoraj v celoti, 54 (56,8 %) oseb jih razume odlično. Rezultati kažejo, da je nazornost in razumljivost podanih informacij za bolnike precej velika. Podatki so prikazani v tabeli 10.

Tabela 10: Razumevanje v bolnišnici dobljenih navodil

Trditev	n	%
A	1	1,1
B	10	10,5
C	30	31,6
D	54	56,8
Skupno	95	100
Manjkajoči	6	
Skupno – vsi	101	

Legenda: n = število odgovorov; Trditev A = oseba se nikakor ne strinja s trditvijo, da bi razumel prejeta navodila; Trditev B = oseba se samo delno strinja s trditvijo, da bi razumela navodila; Trditev C = oseba se strinja s trditvijo, da razume dobljena navodila; Trditev D = oseba se v celoti strinja, da razume vsa dobljena navodila

Vprašanje o preveč podrobnostih pri navodilih oziroma informacijah, ki so lahko moteča za uporabnike, nam daje odgovore: 4 (4,3 %) anketiranci menijo, da so navodila v celoti preveč podrobna in zato nerazumljiva, 7 (7,4 %) jih meni, da so informacije preveč podrobne in zato delno nerazumljive, 12 (12,8 %) jih meni, da so navodila deloma preveč podrobna, vendar delno razumljiva, 37 (39,4 %) anketirancev pravi, da navodila niso preveč podrobna in so zato tudi razumljiva. 34 (36,2 %) anketirancev je

odgovorilo, da so navodila popolnoma razumljiva in nič preveč podrobna. V celoti ugotavljamo, da so navodila po bolnišnicah 85,6 % bolnikov razumljiva, kar je spodbuden podatek, da je informiranje bolnikov delo pravilno zastavljeno. Rezultati so tudi v tabeli 11.

Tabela 11: Pri priporočilih in navodilih niso bili preveč podrobni, zato sem jih dobro razumel/a

Trditev	n	%
A	4	4,3
B	7	7,4
C	12	12,8
D	37	39,4
E	34	36,2
Skupno	94	100
Manjkajoči odgovori	7	
Skupno – vsi	101	

Legenda: Trditev A = pacientom so se navodila zdela v celoti preveč podrobna; Trditev B = pacientom so se navodila načeloma zdela preveč podrobna; Trditev C = pacientom se navodila niso zdela preveč podrobna; Trditev D = pacientom se navodila niso zdela preveč podrobna; Trditev E = pacientom se navodila v celoti niso zdela preveč podrobna

Raziskovalno vprašanje 4: *Kakšne so statistično značilne razlike v razumevanju navodil, dobljenih v bolnišnici glede na starost in izobrazbo bolnikov?*

Test za to raziskovalno vprašanje je bil izveden s pomočjo bivariantnih statističnih testov. Glede na naravo spremenljivk (starost je razmernostna spremenljivka, tri trditve za preverjanje razumevanja navodil pa so merjene na ordinalni lestvici od »nikakor se ne strinjam« do »popolnoma se strinjam«, ki jo zaradi njene narave lahko upoštevamo kot številsko spremenljivko), smo lahko pomen starosti na razumevanje navodil preverili s pomočjo Pearsonovega koeficienta korelacije. Kot je razvidno iz tabele 12, starost ni statistično značilno povezana z nobeno izmed treh spremenljivk. Statistične značilnosti (sig.) koeficienta korelacije r so namreč vse višje od 0,05.

Tabela 12: Statistično značilne razlike v razumevanju navodil, dobljenih v bolnišnici, glede na starost

	Moje razumevanje v bolnišnici dobljenih navodil o načinu prehranjevanja po operaciji žolčnih kamnov je bilo zelo dobro.		Pri priporočilih in navodilih niso bili preveč podrobni, zato sem jih dobro razumel/a.		Določenih izrazov, ki so jih uporabljali, nisem dobro razumel/a.	
	r	sig.	r	sig.	r	sig.
Starost	0,038	0,715	-0,156	0,133	-0,003	0,974

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; sig.= stopnja statistične značilnosti

V drugem koraku smo pri razumevanju navodil preverjali še vpliv izobrazbe. Kot je razvidno iz tabel 13 in 14, izobrazba načeloma ni vplivala na razumevanje v bolnišnici dobljenih navodil o načinu prehranjevanja, prav tako tudi ne na morebitno težavnost navodil. Statistično značilen vpliv izobrazbe se kaže pri tretji trditvi – *Določenih izrazov, ki so jih uporabljali, nisem dobro razumel/a* – ($F(2,86) = 7,824$, $p = 0,001$) pri čemer je težave z razumevanjem izrazov imela predvsem skupina anketirancev z osnovnošolsko izobrazbo. Dunnettov T3-test kaže, da se njihov povprečni odgovor od tistega od anketirancev z visokošolsko izobrazbo razlikuje za 1,54, kar je statistično značilna razlika pri $p < 0,05$.

Tabela 13: Razumevanje navodil glede na izobrazbo.

ANOVA						
		Vsota kvadratov	Prostostne stopnje	Povprečje kvadratov	F	Statistična značilnost
Moje razumevanje v bolnišnici dobljenih navodil o načinu prehranjevanja po operaciji žolčnih kamnov je bilo zelo dobro.	Med skupinami 1, 2, 3	1,346	2	,673	1,127	,329
	Znotraj skupin 1, 2, 3	53,122	89	,597		
	Skupno	54,467	91			
Pri priporočilih in navodilih niso bili preveč podrobni, zato sem jih dobro razumel/a.	Med skupinami 1, 2, 3	1,982	2	,991	,817	,445
	Znotraj skupin 1, 2, 3	106,743	88	1,213		
	Skupno	108,725	90			
Določenih izrazov, ki so jih uporabljali, nisem dobro razumel/a.	Med skupinami 1, 2, 3	19,718	2	9,859	7,824	,001
	Znotraj skupin 1, 2, 3	108,372	86	1,260		
	Skupno	128,090	88			

Legenda: Med skupinami 1, 2, 3 = skupina 1 so anketirani z osnovnošolsko izobrazbo, skupina 2 so anketirani s poklicno/srednješolsko izobrazbo, skupina 3 so anketirani z višješolsko/visokošolsko/univerzitetno izobrazbo

Tabela 14: Dunnettov test T3 razumevanje navodil glede na izobrazbo

Dunnett T3							
Odklonska spremenljivka			Povprečna razlika	Standardna napaka	Statistična značilnost	95-odstotni interval zaupanja	
						Spodnja meja	Zgornja meja
Določenih izrazov, ki so jih uporabljali, nisem dobro razumel/a.	osnovnošolska	poklicna/srednješolska	1,18	0,46	0,065	-0,07	2,43
		višješolska/visokošolska/univerzitetna	-1,54	0,46	0,015	0,30	2,79
	poklicna/srednješolska	osnovnošolska	-1,18	0,46	0,065	-2,43	0,07
		višješolska/visokošolska/univerzitetna	0,36	0,24	0,349	-0,22	0,94
	višješolska/visokošolska/univerzitetna	osnovnošolska	1,54	0,46	0,015	-2,79	-0,30
		poklicna/srednješolska	-0,36	0,24	0,349	-0,94	0,22

Raziskovalno vprašanje 5: *Kakšne so statistično značilne razlike v razumevanju navodil pri pacientih glede na izobrazbeni profil osebe iz zdravstvenega tima, ki pacienta informira?*

Zanimalo nas je, kakšno je mnenje anketirancev glede kakovosti navodil, ki jih slišijo oziroma ali imajo zdravniška navodila za najboljša. Na vprašanje so 3 (3,4 %) bolniki odgovorili, da se jim nikakor ne zdijo najboljša, 11 (12,5 %) bolnikov je odgovorilo, da se jim ne zdijo boljša, 17 (19,3 %) bolnikom se zdijo deloma najboljša, 30 (34,1 %) se zdijo zdravnikova navodila skoraj najboljša in 27 (30,7 %) pacientom se zdijo najboljša od vseh. Prikazujemo v tabeli 15.

Tabela 15: Zdravnikova navodila o prehranjevanju so najboljša in zelo razumljiva

	n	%
Nikakor se ne strinjam.	3	3,4
Se ne strinjam.	11	12,5
Delno se strinjam.	17	19,3
Se strinjam.	30	34,1
Popolnoma se strinjam.	27	30,7
Skupno	88	100,0
Manjkajoči odgovori	13	
Skupno – vsi	101	
Povprečje	3,76	
Standardni odklon	1,12	

Legenda: n = število odgovorov

Na vprašanje, če bi se bolnik najlaže pogovoril o svojih dvomih in nejasnostih z medicinsko sestro, smo prejeli naslednje odgovore: 2 (2,2 %) anketiranci se ne strinjata, 6 (6,5 %) se jih delno strinja, da bi se najlaže pomenili z medicinsko sestro, 38 (41,3 %) se strinja, 46 (50 %) bolnikov se popolnoma strinja, da bi se najraje pogovorili z medicinsko sestro, torej se jim zdijo najprimernejše za pogovor. Rezultati so v tabeli 16.

Tabela 16: Z medicinsko sestro sem se najlaže pogovoril/a

	n	%
Nikakor se ne strinjam.	2	2,2
Delno se strinjam.	6	6,5
Se strinjam.	38	41,3
Popolnoma se strinjam.	46	50,0
Skupno	92	100,0
Manjkajoči odgovori	9	
Skupno – vsi	101	
Povprečje	4,37	
Standardni odklon	0,79	

Legenda : n = število odgovorov

Pri razumevanju navodil glede na izobrazbo osebe, ki bolnika informira, zaradi narave spremenljivke »Kdo vam je razložil o prehranjevanju« ni mogoče izvesti standardnih statističnih analiz; ta spremenljivka dovoljuje več možnih odgovorov (npr. nekdo je lahko označil medicinsko sestro, zdravnika in dietetika), zato se posamezne trditve ne izključujejo. Ugotavljamo, da je največ bolnikov o prehranjevanju izvedelo od medicinskih sester, v 84,6 %, bolniki navajajo v 57,1 % popolno razumevanje navodil in v 33,8 % zelo dobro razumevanje, kar pomeni, da so medicinske sestre zelo uspešne. Zdravniki so navedeni kot informatiki v 58,2 %, razumevanje njihovih informacij je podobna kot pri medicinskih sestrah. Naslednji najpogostejši vir informacij za bolnike so drugi bolniki. Navajajo jih v 11,0 %, razumevanje informacij, prejetih od sobolnikov, je 90-odstotno, kar nekoliko preseže celo medicinske sestre in zdravnike. Seštevki odstotkov dajo skupaj več kot 100 zato, ker so lahko označili več trditev hkrati. Rezultate prikazujemo v tabeli 17.

Tabela 17: Razumevanje navodil glede na vir informacij.

			Kdo vam je razložil o prehranjevanju						Skupno
			MS	DR	D	ZDR	P	N	
Moje razumevanje v bolnišnici dobljenih navodil o načinu prehranjevanja po operaciji žolčnih kamnov je bilo zelo dobro.	Nikakor se ne strinjam.	n	1	1	0	0	0	0	1
		%	1,3 %	1,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
	Delno se strinjam.	n	6	5	1	0	1	2	10
		%	7,8 %	9,4 %	25,0 %	0,0 %	10,0 %	100,0 %	
	Se strinjam.	n	26	16	2	0	3	0	29
		%	33,8 %	30,2 %	50,0 %	0,0 %	30,0 %	0,0 %	
Popolnoma se strinjam.	n	44	31	1	2	6	0	51	
	%	57,1 %	58,5 %	25,0 %	100,0 %	60,0 %	0,0 %		
Skupno	n	77	53	4	2	10	2	91	
	%	84,6 %	58,2 %	4,4 %	2,2 %	11,0 %	2,2 %		

Legenda: n = število odgovorov; MS = medicinska sestra; DR = zdravnik; D = dietetik; ZDR = zdravstveno osebje, anketiranec ne pozna poklica; P = pacient/ka, ki je sobivala v bolniški sobi; N = nihče

Raziskovalno vprašanje 6: *Kako so bolniki zadovoljni s prejetimi informacijami in njihovim načinom podajanja v bolnišnici?*

Bolnike smo spraševali o pripravljenosti za pojasnitve njihovih nejasnosti oziroma dvomov. Zelo so bili nezadovoljni 3 (3,2 %) anketiranci, 1 (1,1 %) tudi nezadovoljen, delno zadovoljni so bili 4 (4,3 %), zadovoljnih je bilo veliko več, to je 33 anketiranih (33 %) in popolnoma zadovoljnih z osebjem glede pojasnjevanja nejasnosti kar 55 oseb (58,5 %). Rezultate prikazujemo v tabeli 18. Podatki kažejo na veliko zadovoljstvo bolnikov.

Tabela 18: Pripravljenost osebja, da obrazloži nejasnosti

Trditev	n	%
Nikakor se ne strinjam.	3	3,2
Se ne strinjam.	1	1,1
Delno se strinjam.	4	4,3
Se strinjam.	31	33,0
Popolnoma se strinjam.	55	58,5
Skupno	94	100,0
Manjkajoči odgovori	7	
Skupno – vsi	101	
Povprečje	4,43	
Standardni odklon	0,89	

Legenda: n = število odgovorov; Trditev = Zelo sem bil/a zadovoljen/na s pripravljenostjo osebja, da mi obrazloži nejasnosti.

Naslednje vprašanje je spraševalo o zadostni časovni razpoložljivosti osebja za vprašanja bolnikov. Tukaj so odgovori drugačni. 2 (2,2 %) osebi menita, da osebje

nikakor ni imelo dovolj časa za pojasnitve, enako število (2,2 %) jih meni, da osebje ni imelo dovolj časa, 15 (16,3 %) jih meni, da je osebje imelo le delno na voljo zadovoljivo količino časa. 43 (46,7 %) oseb je le zadovoljnih s časom, ki ga je imelo osebje na voljo za njih in pogovor z njimi. Vidimo, da si bolniki želijo, da bi osebje imelo več časa za pogovor z njimi. Rezultati so v tabeli 19.

Tabela 19: Časovna razpoložljivost zdravstvenega osebja za pogovor

Trditev	n	%
Nikakor se ne strinjam.	2	2,2
Se ne strinjam.	2	2,2
Delno se strinjam.	15	16,3
Se strinjam.	30	32,6
Popolnoma se strinjam.	43	46,7
Skupno	92	100,0
Manjkajoči	9	
Skupno – vsi	101	
Povprečje	4,20	
Standardni odklon	0,94	

Legenda: n = število anket; Trditev = zdravstveno osebje je imelo dovolj časa, da se pogovori z mamami o njihovih vprašanjih glede prehrane

Vprašanje, če so bolniki zadovoljni z načinom, na podlagi katerega so bili informirani, nam daje odgovore, ki kažejo na to, da se jim večinoma zdi praksa prava. Le 1 (1,1 %) anketirani nikakor ni zadovoljen s takim načinom, 2 (2,1 %) tudi nista zadovoljna, 7 (7,4 %) jih je zadovoljnih delno. 25 oseb (26,3 %) jih je zadovoljnih in 60 (63,2 %) popolnoma zadovoljnih z načinom informiranja v bolnišnicah. Rezultati so v tabeli 20.

Tabela 20: Primernost podajanja navodil

Trditev	n	%
Nikakor se ne strinjam.	1	1,1
Se ne strinjam.	2	2,1
Delno se strinjam.	7	7,4
Se strinjam.	25	26,3
Popolnoma se strinjam.	60	63,2
Skupno	95	100,0
Manjkajoči odgovori	6	
Skupno – vsi	101	
Povprečje	4,48	
Standardni odklon	0,81	

Legenda: n = število odgovorov, Trditev = Način kako so mi predali navodila se mi je zdel primeren.

Zanimala so nas tudi splošna pričakovanja bolnikov v smislu večje natančnosti in

razumljivosti navodil po odpustu. Rezultati kažejo, da je le 20 (20,8 %) anketirancev pričakovalo večjo natančnost in razumljivosti, 76 oseb (79,2 %) pa tega ni pričakovalo. Rezultati so v tabeli 21.

Tabela 21: Pričakovanje bolj natančnih in razumljivih navodil

Trditev	n	%
Da.	20	20,8
Ne.	76	79,2
Skupno	96	100,0
Manjkajoči odgovori	5	
Skupno – vsi	101	

Legenda: n = odgovori; Trditev = Ste pričakovali bolj natančna in razumljiva navodila glede načina prehranjevanja po odpustu iz bolnišnice?

Odgovor na isto vprašanje glede na zdravstvene ustanove, ki so vključene v raziskavo, nam kaže, da so v jeseniški bolnišnici bolniki v 32 % pričakovali natančnejša navodila in v 68 % ne, v UKC Ljubljana so v 36,4 % pričakovali natančnejša navodila in v 63,6 % ne, veliko bolj so bili zadovoljni v Splošni bolnišnici Izola, kjer je le 1 oseba pričakovala natančnejša navodila, kar predstavlja 3,8 % anketiranih in 96,2 % ne, v Splošni bolnišnici Celje so tudi samo 4 osebe (16,7 %) pričakovale natančnejša navodila in 80,2 % ne. Ugotavljamo, da med zdravstvenimi ustanovami obstajajo statistično značilne razlike: $\chi^2(3) = 8,570$, $p < 0,05$. Rezultati ankete so tudi v tabeli 22.

Tabela 22: Pričakovanje natančnejših in razumljivejših navodil, interpretacija po posameznih zdravstvenih ustanovah

		Ste pričakovali natančnejša in razumljivejša navodila o načinu prehranjevanja po odpustu iz bolnišnice?		Skupno
		Da	Ne	
SBJ	n	8	17	25
	% natančnejša navodila	32,0 %	68,0 %	100,0 %
	% med bolnišnicami	47,1 %	24,6 %	29,1 %
UKCLJ	n	4	7	11
	% natančnejša navodila	36,4 %	63,6 %	100,0 %
	% med bolnišnicami	23,5 %	10,1 %	12,8 %
SBI	n	1	25	26
	% natančnejša navodila	3,8 %	96,2 %	100,0 %
	% med bolnišnicami	5,9 %	36,2 %	30,2 %

		Ste pričakovali natančnejša in razumljivejša navodila o načinu prehranjevanja po odpustu iz bolnišnice?		Skupno
		Da	Ne	
SBC	n	4	20	24
	% natančnejša navodila	16,7 %	83,3 %	100,0 %
	% med bolnišnicami	23,5 %	29,0 %	27,9 %
Skupno	n	17	69	86
	% natančnejša navodila	19,8 %	80,2 %	100,0 %
	% med bolnišnicami	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Hi-kvadrat (χ^2)	8,570			
Prostostne stopnje (df)	3			
p (signifikanca)	0,042			

Legenda: SBJ = Splošna bolnišnica Jesenice; UKCLJ = Univerzitetni klinični center Ljubljana; SBI = Splošna bolnišnica Izola; SBC = Splošna bolnišnica Celje; n = število anket

V opisni statistiki ugotavljamo razumevanje, zadovoljstvo in pričakovanja bolnikov glede na posamezne zdravstvene zavode. Povprečni odgovor bolnikov iz posameznih bolnišnic pri vprašanju razumevanja dobljenih navodil je povsod približno enak. S trditvijo "Moje razumevanje v bolnišnici dobljenih navodil ..." se vsi bolniki strinjajo; najbolj se strinjajo tisti iz Splošne bolnišnice Izola, imajo najvišji povprečni odgovor (4,84), najmanj pa tisti iz Splošne bolnišnice Jesenice (povprečni odgovor 4,08), kjer je še vedno povprečni odgovor zelo visok (4,08 na lestvici od 1 do 5). Nasprotno je pri trditvi o razumevanju določenih izrazov, ki jih je zdravstveno osebje uporabljalo v pogovoru, povprečni odgovor v vsakem izmed zdravstvenih zavodov relativno nizek (od 1,90 do 2,59), kar pomeni, da določenih izrazov bolniki niso razumeli. Vsi rezultati na opisna vprašanja so prikazani v tabeli 23.

Tabela 23: Opisna statistika

Opisne statistike		n	Povprečje	Standardni odklon
Moje razumevanje v bolnišnici dobljenih navodil o načinu prehranjevanja po operaciji žolčnih kamnov je bilo zelo dobro.	Splošna bolnišnica Jesenice	25	4,08	1,00
	UKC Ljubljana	10	4,30	0,67
	Splošna bolnišnica Izola	25	4,84	0,47
	Splošna bolnica Celje	25	4,36	0,57
	Skupno	85	4,41	0,76
Pri priporočilih in navodilih niso bili preveč podrobni, zato sem jih dobro razumel/a.	Splošna bolnišnica Jesenice	25	3,60	1,15
	UKC Ljubljana	10	4,20	0,79
	Splošna bolnišnica Izola	24	4,25	1,03
	Splošna bolnica Celje	25	3,88	1,05
	Skupno	84	3,94	1,07
Določenih izrazov, ki so jih	Splošna bolnišnica Jesenice	25	1,92	1,12

Opisne statistike		n	Povprečje	Standardni odklon
uporabljali, nisem dobro razumel/a.	UKC Ljubljana	10	1,90	0,74
	Splošna bolnišnica Izola	25	2,08	1,35
	Splošna bolnica Celje	22	2,59	1,26
	Skupno	82	2,15	1,21
Ob odhodu domov nisem zaskrbljen/a glede izvajanja pravilnega načina prehranjevanja doma.	Splošna bolnišnica Jesenice	24	4,08	1,06
	UKC Ljubljana	11	3,55	1,44
	Splošna bolnišnica Izola	25	4,76	0,52
	Splošna bolnica Celje	25	4,44	0,77
Skupno	85	4,32	0,98	
Način prehranjevanja, ki so mi ga priporočili, se mi ne zdi zapleten.	Splošna bolnišnica Jesenice	24	3,63	1,41
	UKC Ljubljana	10	3,60	1,43
	Splošna bolnišnica Izola	25	3,52	1,61
	Splošna bolnica Celje	25	4,08	1,08
Skupno	84	3,73	1,38	
Zdravnikova navodila o prehranjevanju po odpustu iz bolnišnice so se mi zdela najboljša in zelo razumljiva.	Splošna bolnišnica Jesenice	25	3,32	1,25
	UKC Ljubljana	9	3,67	1,32
	Splošna bolnišnica Izola	25	4,16	0,99
	Splošna bolnica Celje	20	3,70	0,98
Skupno	79	3,72	1,14	
Z medicinsko sestro sem se najlaže pogovoril/a o svojih dvomih o nejasnostih glede prehrane.	Splošna bolnišnica Jesenice	25	4,24	0,88
	UKC Ljubljana	9	4,56	0,53
	Splošna bolnišnica Izola	25	4,60	0,58
	Splošna bolnica Celje	23	4,22	0,74
Skupno	82	4,38	0,73	
Zelo sem bil/a zadovoljen/na s pripravljenostjo osebja, da mi obrazloži nejasnosti.	Splošna bolnišnica Jesenice	25	4,28	0,84
	UKC Ljubljana	11	4,18	1,08
	Splošna bolnišnica Izola	25	4,68	0,63
	Splošna bolnica Celje	23	4,57	0,51
Skupno	84	4,46	0,75	
Zdravstveno osebje je imelo dovolj časa, da se pogovori z mano o mojih vprašanih glede prehrane.	Splošna bolnišnica Jesenice	25	3,68	0,95
	UKC Ljubljana	10	3,80	1,14
	Splošna bolnišnica Izola	25	4,64	0,57
	Splošna bolnica Celje	22	4,41	0,50
Skupno	82	4,18	0,86	
Način, kako so mi predali navodila, se mi je zdel primeren.	Splošna bolnišnica Jesenice	25	4,32	0,99
	UKC Ljubljana	10	3,90	1,10
	Splošna bolnišnica Izola	25	4,76	0,52
	Splošna bolnica Celje	25	4,56	0,51
Skupno	85	4,47	0,80	
Pričakoval/a sem pogovor z zdravnikom o prehrani po operaciji.	Splošna bolnišnica Jesenice	25	3,68	1,35
	UKC Ljubljana	11	3,73	1,10
	Splošna bolnišnica Izola	21	3,24	1,45
	Splošna bolnica Celje	21	3,90	0,89
Skupno	78	3,63	1,24	
V bolnišnicah so zaposleni tudi dietetiki. Zdi se mi prav, da bi se pogovoril/a tudi z osebo tega poklica.	Splošna bolnišnica Jesenice	25	4,16	1,25
	UKC Ljubljana	11	4,09	1,30
	Splošna bolnišnica Izola	25	2,92	1,26
	Splošna bolnica Celje	25	4,00	1,12
Skupno	86	3,74	1,31	

Legenda: n = odgovori

Raziskovalno vprašanje 7: Kakšna so pričakovanja bolnikov glede podajanja informacij

o prehrani s strani zdravstvenega osebja?

Na vprašanje, ali so pričakovali pogovor z zdravnikom glede prehrane po holecistektomiji, smo prejeli odgovore, da 7 (8,4 %) bolnikov tega nikakor ni pričakovalo, 11 (13,3 %) takega pogovora ni pričakovalo, enako jih 11 (13,3 %) je tak pogovor delno pričakovalo, 30 (36,1 %) anketirancev je tak pogovor pričakovalo in 24 (28,9 %) meni, da je tak pogovor popolnoma pričakovalo. Rezultati so v tabeli 24.

Tabela 24: Pričakovanje pogovora z zdravnikom

Trditev	n	%
Nikakor se ne strinjam.	7	8,4
Se ne strinjam.	11	13,3
Delno se strinjam.	11	13,3
Se strinjam.	30	36,1
Popolnoma se strinjam.	24	28,9
Skupno	83	100,0
Manjkajoči odgovori	18	
Skupno – vsi	101	
Povprečje	3,64	
Standardni odklon	1,26	

Legenda: n =število odgovorov; Trditev = Pričakoval/a sem pogovor z zdravnikom o prehrani po operaciji.

Vprašanje po mnenju anketirancev o dietetikih v zdravstvenih ustanovah, če bi se želeli pogovoriti tudi z njimi, nam daje zopet več odgovorov. Kar 12 oseb (12,5 %) meni, da je popolnoma nepotrebno, 4 (4,2 %) menijo, da je tak pogovor nepotreben, 19 (19,8 %) misli, da bi se lahko pogovorili tudi z dietetikom, 27 (28,1 %) jih meni, da bi to bilo pravilno in 34 bolnikov (35,4 %), da bi tak pogovor nujen. Ugotavljamo, da bolniki pogovor z dietetikom dojemajo za mnogo manj potreben v primerjavi s pogovorom z zdravnikom ali medicinsko sestro. Rezultati so v tabeli 25.

Tabela 25: Možnost pogovora z dietetikom

Trditev	n	%
Nikakor se ne strinjam.	7	8,4
Se ne strinjam.	11	13,3
Delno se strinjam.	11	13,3
Se strinjam.	30	36,1
Popolnoma se strinjam.	24	28,9
Skupno	83	100,0
Manjkajoči odgovori	18	
Skupno – vsi	101	
Povprečje	3,64	
Standardni odklon	1,26	

Legenda: n = število odgovorov; Trditev = V bolnišnicah so zaposleni tudi dietetiki. Zdi se mi prav, da bi se pogovoril/a tudi z osebo tega poklica.

Sprašujemo še o mnenju bolnikov, s kom bi se glede navodil o prehrani najraje pogovorili, če bi imeli možnost izbire oziroma če so jim samo pisna navodila zadovoljiv napotek. Odgovor je bil opisen. Dobili smo naslednja mnenja: Samo s pisnimi navodili bi bila zadovoljna le 2 bolnika (2 %), 4 (5 %) menijo, da ni pomembno, s kom, pomembno je le, da je pravilno obrazloženo. Z zdravnikom bi se pogovorilo 21 (25 %) operirancev, z dietetikom skoraj enako število oziroma 22 (26 %) anketirancev, največ bi se jih pogovorilo z medicinsko sestro, to je 34 vprašanih (40 %). Dve osebi nista odgovorili v kontekstu, menimo, da nista razumeli vprašanja. Rezultati so v tabeli 26.

Tabela 26: Želje bolnikov po pogovoru z osebo določenega profila

Dietetik.	22
MS	34
Zdravnik.	21
Ni pomembno, važno, da je pravilno razloženo.	4
Pisna navodila so dovolj.	2
Zadovoljivo seznanjen.	2

3.5 RAZPRAVA

Razširjenost pojava žolčnih kamnov je pri prebivalcih Slovenije v porastu. Posledično so zdravstvene težave pri bolnikih pogoste in večinoma je operativno zdravljenje najprimernejše (Kocijančič & Mrevlje, 2008). Po operativnem posegu je v obdobju rehabilitacije uvedena varovalna dieta, ki ji sledi postopno uvajanje zdrave prehrane, o čemer moramo bolnika podučiti (Pokorn, 2004). V diplomskem delu smo želeli raziskati, kakšna je informiranost bolnikov o primerni prehrani po operativni odstranitvi žolčnika oziroma žolčnih kamnov, kdo jih informira o tem ter kakšno je razumevanje pridobljenih informacij in morebiten vpliv starosti in izobrazbe na sposobnost doumevanja navodil. Zanimal nas je tudi vpliv izobrazbe zdravstvenih delavcev pri kakovosti sporazumevanja z bolniki, zadovoljstvo in pričakovanja bolnikov glede pridobivanja informacij o ustrezni prehrani med obravnavo v zdravstvenem zavodu.

Na podlagi pridobljenih odgovorov iz štirih zdravstvenih zavodov: Splošne bolnišnice

Jesenice, Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, Splošne bolnišnice Izola in Splošne bolnišnice Celje ugotavljamo, da je 91,9 % vseh anketirancev pritrnilo, da so bili v procesu obravnave informirani o prehrani po odpustu, pri čemer ni statistično značilnih razlik med posameznimi zavodi, kar daje razmeroma ugoden rezultat glede vprašanja o informiranosti pacientov o načinu prehranjevanja. Podobno je ugotovljeno tudi v raziskavi o splošni informiranosti bolnikov po operativnem posegu v Splošni bolnišnici Jesenice, kjer Klanjšek (2015) navaja, da je 82,2 % bolnikov potrdilo, da so ob odpustu dobili tudi pisna navodila. Iz tega lahko sklepamo, da je večina bolnikov, operiranih v Splošni bolnišnici Jesenice in v ostalih zdravstvenih zavodih, kjer smo izvajali raziskavo, ustrezno informiranih ob zaključku hospitalizacije, kar daje velike možnosti za čim hitrejšo rehabilitacijo ter vrnitev v normalno življenje.

Ustaljen način informiranja bolnikov v naših zdravstvenih zavodih je predvsem v obliki pisnih navodil, alternativno so to tudi ustna navodila oziroma velikokrat kombinacija obeh variant. Kramarič in Mavri (2009) navajata pomen pisnih informacij. Pri bolnikih, pri katerih je bila izvedena holecistektomija, zdravstveni delavci uporabljajo pisno in ustno podajanje navodil o prehrani po odpustu, kar nam potrjujejo tudi podatki, pridobljeni iz rešenih vprašalnikov, saj je skoraj 70 % bolnikov odgovorilo, da so bili deležni pisnih informacij, ki so jim jih zdravstveni delavci tudi obrazložili. Pri tem ugotavljamo, da se v posameznih zavodih v načinu dela razlikujejo, saj je kombinacijo pisnega navodila z ustno razlago navedlo največ bolnikov iz Splošne bolnišnice Jesenice in najmanj iz Splošne bolnišnice Celje, kjer jih tudi največ navaja, da informacij sploh niso prejeli.

Večinoma so bolniki prejeli informacije med samim potekom obravnave v zdravstveni ustanovi ali pred odpustom. Da je dobro, da se specifične informacije podajajo v vseh fazah zdravstvene obravnave, ugotavlja tudi Humar (2010), še najpomembneje seveda ob odhodu v domačo oskrbo.

Raziskovali smo tudi, kdo informira bolnike o prehrani oziroma ali se zdravstveni delavci poklicno identificirajo, ko pristopijo k bolniku. Ugotavljamo, da se pojavljajo statistično značilne razlike glede na posamezno bolnišnico. Bolniki iz Univerzitetnega

kliničnega centra Ljubljana navajajo, da so se jim vsi zdravstveni delavci predstavili, sledita splošni bolnišnici Izola in Jesenice, najslabši rezultat navajajo bolniki iz Splošne bolnišnice Celje. Največkrat so v vseh zdravstvenih zavodih informirale bolnike medicinske sestre, zdravniki so bili na drugem mestu po pogovorih z bolniki o prehrani, dietetiki se skoraj ne udeležujejo pogovora. Pajnkihar (2003) navaja, da so medicinske sestre tiste, ki so dejansko največ časa ob bolniku in tako tudi morajo sprejeti vlogo učitelja, bolnikom posredujejo specifične informacije v vseh fazah obravnave. Tudi v drugih raziskavah se medicinska sestra in zdravnik najpogosteje navajata kot vir informacij za bolnike, čeprav Mohorič (2012) v svoji raziskavi o dostopnosti informacij glede preprečevanja neželenih učinkov sistemskega zdravljenja raka v Kliniki Golnik ugotavlja, da so tukaj bolniki na prvem mestu kot vir informacij navedli zdravnika in nato medicinsko sestro.

Ugotavljamo tudi, da se večina bolnikov pred odhodom v zdravstveno ustanovo že sama informira o temah, ki so za njih najbolj pereče, kot najpogostejši vir informacij navajajo splet in druge osebe, ki so se že v preteklosti soočile z enako boleznijo. Podobno ugotovitev predstavlja Travar (2009) v raziskavi o vlogi medmrežja v procesu informiranja o zdravju, kjer navaja, da ob prvih znakih bolezni 52 % anketiranih išče informacije pri zdravniku ali farmacevtu, naslednji vir je že splet, ki je kot zgodnji vir informiranja dokaj pomemben, predpostavljajo tudi, da bi bil odstotek podatkov o uporabi še višji, če bi anketirane spraševali o spletu kot o dodatnem viru informiranja.

Razumevanje posredovanih informacij s strani zdravstvenega osebja je na podlagi dobljenih rezultatov visoko, saj približno 88 % bolnikov navaja, da dobljena navodila o prehrani po holecistektomiji razume skoraj v celoti oziroma odlično. Rezultati kažejo na dobro razumljivost podanih informacij za bolnike. Rezar in sodelavci (2010) navajajo, da bolnik potrebuje v času operativnega zdravljenja jasna navodila, ki mu bodo pomagala tudi k hitrejšemu okrevanju. Iz rezultatov raziskave, ki jo je izvajal Klanjšek (2015) v Splošni bolnišnici Jesenice, enako izhaja, da je večina bolnikov informirana na način, ki jim je razumljiv. Mohorič (2012) uporablja podatke o dvigovanju kakovosti informiranja na podlagi letnega poročila Klinike Golnik – Kliničnega oddelka za pljučne bolezni in alergijo, kjer je za leto 2004 zapisano, da so s primerjavo odgovorov,

dobljenih z anketnima vprašalnikoma leta 2003 in 2004, ugotovili povečano zadovoljstvo bolnikov nad razumljivostjo dobljenih informacij, tudi z možnostjo pridobitve brošure in zloženke o bolezni, načinu zdravljenja ter zagotavljanjem zasebnosti pri posredovanju informacij.

V delu, kjer ugotavljamo vpliv starosti na razumevanje, smo dobili podatke, da starost bolnikov ne vpliva na razumevanje navodil. Večji vpliv ima njihova izobrazba, kjer na odgovore pri trditvi »Določenih izrazov, ki so jih uporabljali, nisem dobro razumel/a.« ugotavljamo, da imajo osebe z osnovnošolsko izobrazbo višji povprečni odgovor pri tem vprašanju kot tiste z visokošolsko, kar je tudi razumljivo, ker slabše obvladajo neznane strokovne izraze in tujke. Marić, Jovanović, Golubičić, Dimic in Pekmezović (2010) so z raziskavo v Srbiji ugotovili, da so izobraženi bolniki bolje seznanjeni s svojo boleznijo, kot tisti z nižjo izobrazbo, kar potrjuje tudi naše ugotovitve, da ima izobrazba vpliv na razumevanje lastnega zdravstvenega stanja oziroma potrebnih ukrepov glede zdravljenja.

Glede na to, da se zdi, da bolniki največkrat najbolj zaupajo zdravnikovim navodilom, informirajo pa jih lahko zdravniki, medicinske sestre ali dietetiki, nas je zanimalo, ali se jim zdijo zdravnikova navodila najboljša. Večinoma bolniki navajajo, da se jim zdijo med najboljšimi. Jawaid in sodelavci (2012) menijo, da je podajanje informacij pomemben del odnosa med zdravnikom in bolnikom, medtem ko Fraval in sodelavci (2015) ugotavljajo, da je pridobitev informacij neposredno s strani zdravnika, ki je bil tudi operater, velikega pomena. Po drugi strani nas je zanimalo, kdo se zdi bolnikom najprimernejši za dodatna pojasnila v zvezi z navodili, takrat naši bolniki kar v 91 % navajajo, da bi se najlaže pomenili z medicinsko sestro,. Ugotavljamo, da se bolnikom zdijo medicinske sestre primernejše za pogovor o nejasnostih. Predpostavljamo, da je to plod učenja dobre komunikacije v zdravstveni negi, ki jo opisujejo tudi avtorice Prebil, Mohar in Drobne (2009). Petelinškova (2014) v svojih rezultatih raziskave navaja, da če bolnik pokliče za nasvet, si medicinska sestra večinoma vzame čas zanj, je tista oseba, s katero se lahko pogovori in ji zaupa svoje težave.

V raziskavi ugotavljamo, da je večina bolnikov zadovoljna oziroma zelo zadovoljna z

zdravstvenimi delavci glede pripravljenosti pojasnjevanja nejasnosti. Pri odgovoru na vprašanje o časovni razpoložljivosti zdravstvenih delavcev so rezultati drugačni, saj 16,3 % anketirancev meni, da je osebje imelo na voljo le delno zadovoljivo količino časa in 46,7 % anketirancev, da je imelo osebje na voljo dovolj časa za njih in pogovor z njimi. Vidimo, da si bolniki želijo, da bi zdravstveni delavci imeli več časa za pogovor z njimi. Bregar (2012) v svoji raziskavi ugotavlja, da so zaposleni v zdravstveni negi v Sloveniji preobremenjeni, saj primanjkuje približno 20 % medicinskih sester in zdravstvenikov, kar bolniki med drugim občutijo tudi kot časovno nerazpoložljivost zdravstvenih delavcev za pogovor.

Bolnikovo zadovoljstvo glede prejetih informacij in načinom podajanja le-teh sta raziskovala tudi Davidson in Mills (2005) v svoji raziskavi v Veliki Britaniji. Ugotovila sta, da je na zadovoljstvo glede dobljenih informacij najbolj vplivala starost bolnikov, spol ni vplival. Mlajši bolniki so manj zadovoljni z dobljenimi informacijami kot starejši, še navajata, da so ti pogrešali dodatne informacije o nadaljevanju zdravljenja.

Pri ugotavljanju splošnih pričakovanj bolnikov v smislu večje natančnosti in razumljivosti navodil po odpustu ugotavljamo, da je le 20,8 % anketirancev v naši raziskavi pričakovalo večjo natančnost in razumljivost, 79,2 % tega ni pričakovalo.

Na vprašanje, ali so bolniki pričakovali pogovor z zdravnikom o prehrani po holecistektomiji, smo prejeli odgovore, da jih je več kot polovica to pričakovala. Po drugi strani ugotavljamo, da je bilo informiranih s strani zdravnikov o prehrani skoraj 56 % vseh vprašanih o viru informacij, medicinske sestre so bile vir informacij v precej večjem številu. Glede na naslednje vprašanje o mnenju bolnikov, s kom bi se najraje pogovorili, če bi imeli možnost izbire, smo prejeli največ odgovorov, da bi se najraje pogovorili z medicinsko sestro, kar spet potrjuje, da so medicinske sestre bolnikom najbližje za pogovor.

Naša raziskava je pokazala, da je informiranost bolnikov o prehrani po operaciji žolčnih kamnov zelo dobra. Ugotavljamo, da je način informiranja bolnikov primeren in da jim je način pisne informacije z ustno razlago všeč. Dobro so pripravljeni na obdobje

prehranjevanja po odpustu iz zdravstvene ustanove v domače okolje, to nam kažejo podatki iz anket, kjer bolniki navajajo zadovoljstvo in večinoma nimajo dvomov o primernem dietnem režimu v domačem okolju. Zdravstveno osebje jih pripravi na odpust in s tem tudi omogoči hitrejšo rehabilitacijo.

Omejitve:

Izvedena raziskava ima tudi nekaj omejitev. Omejitev raziskave je v podatku, da je vzorec naključen. Če bi vzorec številčno bolj homogeno razdeljen glede na izbrane zdravstvene ustanove in večji, bi bili rezultat verodostojnejši, kajti vzorec iz Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana je bil manjši in zato za statične primerjave manj uporaben. Enako velja tudi pri kvalitativnem pregledu vprašalnikov, kjer ugotavljamo, da je omejitev raziskave v podatku o starosti, kajti če bi bil vzorec bolj homogen po starosti, bi bile ugotovitve realnejše, saj nismo upoštevali kognitivnih sposobnosti anketirancev. Pri iskanju že obstoječega znanja na področju izvajanja informiranja bolnikov o primerni prehrani po operaciji žolčnih kamnov v domačem okolju smo naleteli na ovire pri iskanju primerne domače in tuje strokovne literature, saj nismo zasledili raziskav, izvedenih v smislu ugotavljanja kakovosti in razumevanja navodil o prehrani, ki naj bi jih bolniki prejeli ob odpustu iz zdravstvenega zavoda. Vprašalnik smo izdelali na podlagi pregleda literature, izkazal se je za nezanesljivega, kar tudi vpliva na verodostojnost rezultatov. Nezanesljivost vprašalnika pripisujemo lastni izdelavi vprašalnika, ki je imela premalo strokovne podpore iz virov drugih raziskav z enakega področja, ki jih nismo uspeli najti. V vprašalniku imamo tudi precej vprašanj z več možnimi odgovori, za katere izračun Cronbachovega koeficienta ni možno izvesti, kar znižuje vrednost koeficienta za celotno raziskavo oziroma potrjuje domnevo, da Cronbachov test ni najprimernejši za obdelavo podatkov pridobljenih z našo raziskavo.

4 ZAKLJUČEK

V pooperacijski oskrbi bolnika je delo zdravstvenih delavcev zelo pomemben člen v procesu obravnav. Pri pripravi na odpust so nepogrešljivi, saj z dobro pripravo omogočimo bolniku hitro okrevanje, popolno rehabilitacijo in povratek v normalen način prehranjevanja in polno aktivno življenje.

Namen naše raziskave je bil ugotoviti informiranost operiranih bolnikov o prehrani po odpustu iz bolnišnice. Ugotovili smo, da so po odpustu iz bolnišnice dobro informirani glede ustrezne prehrane. Predvsem dobra pooperacijska zdravstvena nega in kakovosten proces informiranja bolnikov pripomoreta k temu. Zaradi celotnega procesa obravnave je pomembna priprava na odpust in rehabilitacijo v domačem okolju. V raziskavi smo ugotovili, da bolnikom za podajanje informacij o dietni prehrani najbolj odgovarja pogovor z zdravnikom, ki ga tudi pričakujejo. Po drugi strani pa si želijo pogovora z medicinsko sestro, ker jim daje večjo varnost pri razjasnjevanju informacij, ki jih ne razumejo. Način informiranja v pisni obliki, podkrepjen z ustno razlago, se jim zdi najboljši in so ga tudi največkrat deležni. Informacije, ki jih prejmejo, se jim ne zdijo preveč podrobne ali prezahtevne, čeprav bi si vseeno želeli tudi več časa za pogovor z zdravstvenimi delavci o morebitnih nejasnostih. Načeloma nimajo pripomb, da bi se z njimi v zdravstvenih zavodih ukvarjali premalo časa. Marsikateri bolnik išče vire informacij tudi drugje, ne samo v zdravstvenem zavodu, kjer je obravnavan, mnogi se informirajo že pred prihodom v zavod, predvsem preko spletnih strani in tudi ljudi, ki so že bili obravnavani zaradi enakih zdravstvenih težav. Pričakovanja bolnikov glede informiranosti niso bila bistveno drugačna od dejanskega stanja oziroma ugotovitev naše raziskave.

Po našem mnenju bi bilo smiselno spremljati informiranost bolnikov še naprej, da bi dopolnili smernice informiranja in priprave na odpust, jasneje opredelili naloge, kdo je odgovoren za primerno informiranje in na koga se lahko obračajo tudi v primeru nejasnosti po odpustu v domače okolje.

5 LITERATURA

Allen, S., Austin, M.M., Christen, W.G., Cleary, A., Collins, K., Dworkin-Mc-Daniel, N., Foltz-Gray, D., Gordon, D., Gower, T., Horwitz, R., J., Katz, D., L., Kligler, B., Koff, A., Maizes, V., Muller, D., Nieves, J. W., Perlmutter, D., Reeves, R. & Taylor, S.T., eds., 2011. *Hrana zdravi*. Ljubljana: Mladinska knjiga založba d.d.

Babnik K., Bratuž A. & Štemberger Kolnik T., 2013. Zdravstvena pismenost: stanje koncepta in nadaljnji razvoj z vključevanjem zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 62–73.

Bregar, B., 2012. Kadrovske stiske zaposlenih v bolnišnični zdravstveni negi – vidik kakovosti in varnosti. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & K. Skinder Savič, eds. *Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje – prispevek k zdravju posameznika in družbe: zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana, 7. - 8. junij 2012. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 223-8.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje. Primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo, p. 20.

Flis, V. & Miksić, K., 2010. *Izbrana poglavja iz kirurgije*. Maribor: Založba Pivec.

Frank, R., 2005. *Oskrba bolnikov z obolenjem žolčnika pred in po opravljeni laparoskopski in klasični holelecistektomiji: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola.

Fraval, A., Chandrananth, J., Chong Yew, M., Tran, P. & Coventry Lillian, S., 2015. Internet based patient education improves informed consent for elective orthopaedic surgery: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorder*, 16(1), pp. 1-6.

Galer, M., 2009. *Posebnosti zdravstvene nege kirurškega bolnika: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Glasgow, R.E. & Mulvihill, S.J., 2010. Treatment of gallstone disease. In: M. Feldman, L. S. Friedman & L. J. Brandt, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 9th ed, vol. 1*. Philadelphia, PA: Saunders, pp. 1121-1138.

Grabnar H. & Kovačec B., 2009. *Posebnosti zdravstvene nege pri laparoskopski operaciji črevesja*. [online] Available at: http://drustvo-mszt-pomurja.si/wp-content/.../20042009_Brigita_Kovacec.ppt/# [Accessed 16 October 2014].

Humar L., Bavčar K. & Karnjuš, I., 2010. Vloga medicinske sestre timski pripravi pacienta na ambulantni kirurški poseg: izkušnje pacientov. In: A. Bobnar & R. Vettorazzi, eds. *Partnerstvo, znanje in razvoj na zdravstvenem področju: zbornik predavanj z recenzijo 2.študentske konference s področja zdravstvenih ved, Ljubljana, 8.junij, 2010*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp.195-203.

Ivanuša, A. & Železnik, D., 2000. *Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.

Jawaid, M., Farhan, M., Masood, Z. & Husnain, S.M., 2012. Preoperative Informed Consent: Is It Truly Informed? *Iranian Journal of Public Health*, 41(9), pp. 25-30.

Jovanović, S., n.d. *Laparoskopska operacija (laparoskopija) žučne kese*. [online] Available at: <http://www.stetoskop.info/Laparoskopska-operacija-Laparoskopija-zucne-kese-2922-c10-content.htm?b7/#> [Accessed 7 September 2014].

Kadivec, S., Lainščak, M., Košnik, M. & Farkaš-Lainščak, J., 2015. Zadovoljstvo pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo z obravnavo koordinatorja odpusta. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(3), pp. 195-204.

Kavčič, B., 2004. *Osnove poslovnega komuniciranja*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

Klanjšek, M., 2015. *Informiranost operiranih pacientov po odpustu iz bolnišnice: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Klemenčič, E. & Leskošek, B., 2007. Kako ravnati s prosto dostopnimi informacijami na spletu. *Zdrav dih za navdih*, 17(1), pp.7-8.

Kramarič, A. & Mavri, A., 2009. Pomen nove oblike pisnega navodila za bolnike z antikoagulacijskim zdravljenjem. *Zdravniški vestnik*, 78(4), pp. 445-450.

Lavtižar, J. & Arlič, L., 2010. Predoperativna zdravstvena nega. In: Skela Savič, B., Kaučič, B.M., Filej, B., Skinder Savić, K., Mežik Veber, M., Romih, K., Pivač, S., Zorc, J., Prebil, A. & Bahun, M., eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege izbrana poglavja*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 399-405.

Markovič, S., 1998. Bolezni jeter, žolčnika in žolčnih izvodil. In: A. Kocijančič & F. Mrevlje, eds. *Interna medicina*. Ljubljana, EWO, DZS, pp. 459-470.

Mohorič, M., 2012. *Dostopnost informacij in svetovanje pri zdravljenju pljučnega raka: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Možina, S. & Damjan, J. 1997. *Poslovno komuniciranje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

Nutbeam, D., 2008. *The evolving concept of health literacy*. [pdf] Available at: [http://www.sea-mist.se/hal/halsoteknik.nsf/bilagor/Nutbeam2009a_pdf/\\$file/Nutbeam2009a.pdf](http://www.sea-mist.se/hal/halsoteknik.nsf/bilagor/Nutbeam2009a_pdf/$file/Nutbeam2009a.pdf) [Accessed 5 January 2016].

Pajnkihar, M., 2003. *Theory development for nursing in Slovenia: doctoral thesis*. Manchester: University of Manchester.

Pavič Nikolič, M., Huzjan, B., Košir Jošt, S. & Perdan – Pirkomajer, K., 2012. Viri informacij in informiranost bolnikov z revmatoidnim artritisom. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(4), pp. 319-23.

Pivec, G., 2011. *Zgodovina medicine 20. stoletja*. Maribor: Založba Pivec.

Petelinšek, K., 2014. *Vpliv komunikacije na zadovoljstvo pacientov: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Pokorn, D., 2004a. *Dietetika*, Ljubljana: DZS.

Pokorn, D., 2004b. *Dietna prehrana bolnika*. Ljubljana: Založba Marbona d.o.o.

Prebil, A., Mohar, P. & Drobne, J., 2009. *Komunikacija v zdravstvu*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Prelec-Lainščak, J. & Šeruga, M., 1998. *Dieta pri boleznih jeter, žolča in vnetju trebušne slinavke*. Ljubljana: Domus.

Prestor, A., 2009. Zadovoljstvo pacientov kot element kakovostne obravnave v urgentni ambulanti Bolnišnice Golnik Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo. In: S. Majcen Dvoršak, eds. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. Ljubljana, 1.-13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 445-450.

Rezar, H., Lorbek, T. & Čoh, N., 2010. Pooperativna zdravstvena nega bolnika na ortopedskem oddelku. In: M. Vogrin, M. Kuhta & J. Naranda., eds. *Arthroza in endoprotetika sklepov*. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za ortopedijo, pp. 163-167.

Robbins, S., L., 2010. *Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Ružič Koželj, N., 2004. *Komunikacija v zdravstvu* [online] Available at: http://www.polemika.si/mnenja_in_vrzeli/data/brosura-komunikacija_v_zdravstvu.pdf/# [Accessed 21 October 2015].

Shah, J.N., Maharjan, S.B., Manandhar, K., Paudyal, S., Shrestha, S., Shah, S. & Lamichane, D., 2012. Early feeding and discontinuation of intravenous fluid after laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Nepal Health Research Council*, 10(1), pp. 28-31.

Splošna bolnišnica Celje, 2015. *Letno poročilo*. Celje: Splošna bolnišnica Celje.

Splošna bolnišnica Izola, 2015. *Letno poročilo*. Izola: Splošna bolnišnica Izola.

Splošna bolnišnica Jesenice, 2015. *Letno poročilo*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.

Splošna bolnišnica Jesenice, n.d. *Navodila splošne bolnišnice Jesenice za paciente o prehrani po operaciji žolčnika*, [online] Available at: <http://www.sb-je.si/za-pacient-e-in-obiskovalce/zlozenke-s-koristnimi-informacijami/#> [Accessed 10 September 2014].

Šemerl, S., 2010. Komunikacija kot ključni element profesionalnega delovanja medicinske sestre. In: E. Kavaš, M. Zrim, Z. Lebar & I. Šumak, eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji*. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, pp. 29-33.

Štemberger Kolnik, T., & Babnik, K., 2012. Oblikovanje instrumenta zdravstvene pismenosti za slovensko populacijo: rezultati pilotske raziskave. In: D. Železnik, B.M. Kaučič & U. Železnik, eds. *Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks: 2.znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved, zbornik predavanj z recenzijo. Slovenj Gradec, 18. september 2012*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp. 248–55.

Travar, J., 2009. *E-pacient: Vloga interneta v procesu informiranja o zdravju: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Ule, M., 2003. *Spre gledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej, pp. 25-50.

Ule, M., 2005. *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2015. *Letno poročilo*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 15.

Zelić, M., Štimac, D., Mendrila, D., Tokmadžić, V.S., Fišić, E., Uravić, M. & Šustić, A., 2013. Preoperative oral feeding reduces stress response after laparoscopic cholecystectomy. *Hepatogastroenterology*. 60(127), pp. 1602-6. [online] Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24634929#> [Accessed 5 January 2015].

Ucman, I., 2003. *Koncepti in veščine komunikacije*. [online] Available at: <http://www.leila.si/dokumenti/kom.pdf> [Accessed 8 Januar 2016].

Zorc, M., Petrovič, D., Coer, A., Legan, M., Milutinović Živin, A., Štiblar Martinčič, D., Vraspir-Porenta, O. & Zorc-Pleskovič, R., 2005. *Histologija-učbenik*. Ljubljana: Littera picta, pp. 173-185.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETA



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice
Faculty of Health Care
Jesenice

Spoštovani!

Sem Nataša Jerman Grašič, absolventka Fakultete za zdravstvo Jesenice. Pripravljam diplomsko delo z naslovom »Informiranost pacientov o prehrani po operaciji žolčnih kamnov«.

Vljudno prosim za vaše sodelovanje v raziskavi in se vam zahvaljujem za vaš čas, ki ga boste namenili izpolnjevanju vprašalnika. Zagotavljam Vam anonimnost pridobljenih podatkov, ki jih bom uporabila izključno za namene diplomskega dela.

Za sodelovanje in pomoč se Vam že vnaprej zahvaljujem.

Nataša Jerman Grašič

VPRAŠALNIK

1. Spol (označite):

- a) Moški.
- b) Ženski.

2. Starost (dopolnite):

_____ let.

3. Dosežena stopnja izobrazbe (označite):

- a) Osnovnošolska.
- b) Poklicna/srednješolska.
- c) Višješolska/visokošolska/univerzitetna.
- e) Drugo.

4. Vrsta operativnega posega (označite):

- a) Klasična operacija.
- b) Laparoskopska operacija.

5. Ali ste bili v bolnišnici informirani o načinu prehranjevanja po odpustu (označite):

- a) Da.
- b) Ne.

6. Kdaj so vas informirali o dietni prehrani po odpustu (označite)?

- a) Ob prihodu v bolnišnico.
- b) Med samim bivanjem v bolnišnici.
- c) Pred odhodom domov.
- d) Nikoli.

7. Ali ste dobili navodila ustni ali v pisni obliki (označite)?

- a) Dobil/a sem ustno informacijo/razlago.
- b) Dobil/a sem pisna navodila o prehrani.
- c) Dobil/a sem pisna navodila, ki so mi bila tudi ustno obrazložena.

8. Ali se vam je oseba, ki vas je informirala o prehrani, poklicno predstavila?

- a) Da.
- b) Ne.

9. Kdo vam je v bolnišnici razložil, kako naj se prehranjujete doma (lahko označite več odgovorov):

- a) Medicinska sestra.
- b) Zdravnik.
- c) Dietetik.
- d) Dobil/a sem informacije, vendar ne vem, kdo od osebja mi jih je posredoval.
- e) Pacient/ka, ki je sobival/a z mano v sobi.
- f) Nihče.

10. Ali ste se o ustrezni prehrani po operaciji informirali že pred operativnim posegom, izven bolnišnice (označite):

- a) Da.
- b) Ne.

11. Če ste odgovorili na prejšnje vprašanje z da, potem opredelite, kako ste se poučili o prehrani oziroma, kje ste pridobili navodila (označite lahko več odgovorov):

- a) Internet.
- b) Televizija.
- c) Revije.
- d) Strokovne knjige.
- e) Od osebe, ki je že bila operirana v preteklosti.
- f) Preko prijateljev in znancev.

12. Izpolnite naslednjo tabelo, pri čemer vrednosti pomenijo:

1= nikakor se ne strinjam.

2= se ne strinjam.

3= delno se strinjam.

4= se strinjam.

5= popolnoma se strinjam.

TRDITVE		1	2	3	4	5
1.	Moje razumevanje v bolnišnici dobljenih navodil o načinu prehranjevanja po operaciji žolčnih kamnov je bilo zelo dobro.					
2.	Pri priporočilih in navodilih niso bili preveč podrobni, zato sem jih dobro razumel/a.					
3.	Določenih izrazov, ki so jih uporabljali, nisem dobro razumel/a.					
4.	Ob odhodu domov nisem zaskrbljen/a glede izvajanja pravilnega načina prehranjevanja doma.					
5.	Način prehranjevanja, ki so mi ga priporočili, se mi ne zdi zapleten.					
6.	Zdravnikova navodila o prehranjevanju po odpustu iz bolnišnice so se mi zdela najboljša in zelo razumljiva.					
7.	Z medicinsko sestro sem se najlažje pogovoril/a o svojih dvomih o nejasnostih glede prehrane.					
8.	Zelo sem bil/a zadovoljen/na s pripravljenostjo osebja, da mi obrazloži nejasnosti.					
9.	Zdravstveno osebje je imelo dovolj časa, da se pogovori z mano o mojih vprašanjih glede prehrane.					
10.	Način, kako so mi predali navodila, se mi je zdel primeren.					
11.	Pričakoval/a sem pogovor z zdravnikom o prehrani po operaciji.					
12.	V bolnišnicah so zaposleni tudi dietetiki. Zdi se mi prav, da bi se pogovoril/a tudi z osebo tega poklica.					

13. V kateri od naštetih bolnišnic se zdravite ali ste se v preteklosti zdravili zaradi težav z žolčnikom (označite):

- a) Splošna bolnišnica Jesenice.
- b) UKC Ljubljana.
- c) Kirurški sanatorij Rožna dolina.
- d) Splošna bolnišnica Izola.
- e) Ne želim odgovoriti.

14. Ste pričakovali bolj natančna in razumljiva navodila glede načina prehranjevanja po odpustu iz bolnišnice?

- a) Da.
- b) Ne.

15. S kom od medicinskega osebja bi se najraje pogovorili o prehrani po operativnem posegu na žolčniku (navedite)?

16. Vaši predlogi in mnenja, ki bi jih radi izrazili:
