



Fakulteta za zdravstvo  
Jesenice  
Faculty of Health Care  
Jesenice

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**VODENJE PROTIBOLEČINSKE TERAPIJE  
PO OPERACIJI V DNEVNI BOLNIŠNICI**

**MANAGING POST-OPERATIVE  
ANALGESIA IN A DAY HOSPITAL**

Mentor: mag. Miran Rems, viš. pred.

Kandidat: Goran Zrnić

Jesenice, junij 2016

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorju mag. Miranu Remsu, viš. pred., za razumevajoč odnos, potrpežljivost, podporo, za vse nasvete in predloge pri izdelavi diplomskega dela.

Zahvaljujem se doc.dr. Ivici Avberšek Lužnik in Sedinu Kalender Smajlović mag. zdr. neg., pred. za recenzijo diplomskega dela.

Hvala vsem sošolkam in sošolcem za sodelovanje pri študiju, še posebej Alenki za nesebično pomoč in usmerjanje pri izdelavi diplomskega dela.

Hvala tudi sodelavcem za razumevanje ob moji odsotnosti zaradi študija.

Posebna zahvala moji družini, partnerici Ksenji za vso podporo, pomoč in potrpežljivost pri izdelavi diplomskega dela ter hčerki Niki in sinu Davidu, ki sta bila prikrajšana za marsikateri skupni trenutek zaradi moje odsotnosti v času študija.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Operativni posegi na dnevnem oddelku so načrtovani, bolečina je pričakovana. Naloga zdravstvenih delavcev je usmerjena v dejavnike, na katere lahko vplivamo, da pacientom zmanjšajo bolečino.

**Cilj:** Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti pomanjkljivosti v vodenju protibolečinske terapije pri pacientih operiranih na dnevnem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice v obdobju enega meseca po odpustu.

**Metoda:** Raziskava je bila osnovana na kvantitativnem raziskovanju. Uporabljen je bil strukturiran vprašalnik, zasnovan na deskriptivni metodi dela. Raziskava je bila izvedena med pacienti, operiranimi na dnevnem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice. Uporabili smo bivariantno in opisno statistiko.

**Rezultati:** Raziskava pokaže, da so se odgovori v doživljanju pooperativne bolečine anketirancev razlikovali glede na starost. Statistično pomembna razlika ( $p$ ), je nastala pri trditvi, da so pacienti prejeli dovolj navodil glede lajšanja bolečin doma ( $p=0,031$ ); pri trditvi, da je predpisano protibolečinsko zdravilo doma zmanjšalo njihovo bolečino ( $p= 0,028$ ) ter pri trditvi, da jih bolečina mesec po operaciji ne omejuje pri vsakodnevnih aktivnostih ( $p= 0,045$ ). Izobrazba ne vpliva na obvladovanje pooperativne bolečine. Ugotovili smo še statistično pomembne razlike v doživljanju bolečine glede na vrsto operacije pri trditvi, da je bila bolečina hujša, kot so pričakovali ( $p= 0,006$ ); pri trditvi, da so po odpustu prejeli recept za protibolečinska zdravila ( $p = 0,034$ ) in trditvi, da mesec po operaciji ne potrebujejo več protibolečinskih zdravil ( $p = 0,041$ ). Pacienti so bili zelo zadovoljni z obravnavo, ki so je bili deležni ( $PV=4,7$ ) na lestvici od 0 do 5.

**Razprava:** Rezultati naše raziskave so spodbudni. Zaradi dobre informiranosti s strani zdravstvenega osebja so pacienti bolečino doma uspešno obvladovali. Celotno osebje se mora zavedati pomembnosti informiranja pacientov o pooperativni bolečini, o pravilnem jemanju protibolečinskih zdravil, ukrepih ob morebitnih stranskih učinkih le – teh in prejeti navodila za ukrepanje v primeru neobvladane bolečine.

**Ključne besede:** bolečina, protibolečinska terapija, operacija, vodenje bolečine, dnevna bolnišnica

## ABSTRACT

**Background:** Surgical procedures at a day hospital are planned and pain is anticipated. Health care professionals must focus on the factors that can be affected in order to reduce pain in patients.

**Aims:** The aim of the thesis was to identify weaknesses in the management of analgesic therapy in patients operated at the day department of the Jesenice General Hospital within one month after discharge.

**Methods:** The study was based on quantitative research. A structured questionnaire was employed, based on the descriptive method of work. The survey was conducted among patients operated at the day department of the Jesenice General Hospital. Bivariate and descriptive statistics were used.

**Results:** The study revealed that responses related to post-operative pain in respondents varied according to age. A significant difference ( $p$ ) was established for the statement that patients receive adequate instructions regarding pain relief at home ( $p = 0.031$ ); that the prescribed analgesic decreased their pain at home ( $p = 0.028$ ), and that, one month after the surgery, the pain does not restrict respondents in their daily activities ( $p = 0.045$ ). Education did not affect the management of post-operative pain. Moreover, statistically significant differences were established for the type of operation and the way pain was experienced, namely for the statement that the pain was worse than expected ( $p = 0.006$ ); that they obtained a prescription for pain medication following discharge ( $p = 0.034$ ), and the statement that, one month after the surgery, the patients no longer needed analgesic treatment ( $p = 0.041$ ). Patients were very satisfied with the treatment they received ( $M=4.7$ ) on a 5-point scale.

**Discussion:** The results of our study are encouraging. Having received sufficient information from the health care personnel, patients succeeded in managing pain at home successfully. All staff must be aware of the importance of informing patients about post-operative pain, about how to take painkillers correctly, the measures to be taken in the event of side effects, and providing instructions in case of uncontrolled pain.

**Keywords:** pain, pain therapy, surgery, pain management, day hospital

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>2</b>
2.1	OPREDELITEV BOLEČINE .....	2
2.1.1	Kronična bolečina .....	2
2.1.2	Akutna bolečina .....	3
2.1.3	Pooperativna bolečina .....	3
2.2	ZDRAVLJENJE POOPERATIVNE BOLEČINE .....	4
2.2.1	Farmakološko zdravljenje.....	4
2.2.2	Nefarmakološko zdravljenje bolečine .....	6
2.2.3	Neželeni učinki analgetikov .....	7
2.3	VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI ZDRAVLJENJU BOLEČINE.....	9
2.3.1	Cilji protibolečinske terapije .....	10
2.3.2	Ocenjevanje, merjenje in dokumentiranje bolečine .....	10
2.4	LESTVICE ZA OCENJEVANJE BOLEČINE.....	13
2.4.1	Enodimenzionalne lestvice .....	13
2.4.2	Multidimenzionalne lestvice.....	14
2.5	DNEVNA KIRURGIJA .....	15
2.5.1	Vrste operacij na dnevnem oddelku .....	16
2.5.2	Prednosti in slabosti operacij na dnevnem oddelku.....	17

<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	18
3.1	NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA.....	18
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	18
3.3	PREDVIDENE METODE RAZISKOVANJA.....	19
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	19
3.3.2	Opis merskega instrumenta .....	19
3.3.3	Opis vzorca .....	20
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	21
3.4	REZULTATI .....	22
3.4.1	Rezultati tabel .....	22
3.4.2	Raziskovalno vprašanje 1 .....	27
3.4.3	Raziskovalno vprašanje 2 .....	28
3.4.4	Raziskovalno vprašanje 3 .....	29
3.4.5	Raziskovalno vprašanje 4 .....	31
3.5	RAZPRAVA.....	32
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	37
<b>5</b>	<b>LITERATURA</b> .....	38
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b>	
6.1	INSTRUMENT	
6.1.1	Vprašalnik	

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Večdimenzionalna ocena bolečine .....	11
Tabela 2: Demografski podatki anketirancev .....	21
Tabela 3: Vrste operacij anketirancev .....	23
Tabela 4: Dodatna uporaba protibolečinskih zdravil poleg že predpisanih.....	23
Tabela 5: Stranski učinki po zaužitju protibolečinskih zdravil .....	24
Tabela 6: Uporaba zdravilskih oziroma nefarmakoloških načinov lajšanja bolečine ....	24
Tabela 7: Dodatna obravnava zdravnika zaradi bolečin.....	25
Tabela 8: Obisk patronažne sestre zaradi bolečin .....	25
Tabela 9: Klic medicinske sestre po odpustu iz dnevne bolnišnice .....	25
Tabela 10: Doživljanje in vodenje bolečine anketiranih v obdobju od operacije do enega meseca po odpustu .....	26
Tabela 11: Primerjava odgovorov anketiranih o doživljanju bolečine glede na njihovo starost.....	27
Tabela 12: Vpliv izobrazbe anketirancev na doživljanje pooperativne bolečine .....	28
Tabela 13: Primerjava odgovorov anketiranih o doživljanju bolečine glede na vrsto operacije.....	30
Tabela 14: Zadovoljstvo anketiranih z vodenjem bolečine po operaciji v dnevni bolnišnici .....	31

---

## 1 UVOD

Bolečina je elementarna, univerzalna in osebna izkušnja, katere osnovna doživljajska vsebina je neprijetnost, od blage nevšečnosti do skrajne agonije, povečano splošno vzburjenje, občutje ogroženosti in nujna potreba, da jo čimprej prekinemo. Telesna bolečina in duševno trpljenje sta različni izkustvi, a ne moremo ju popolnoma ločiti, ker poškodba sproži tudi občutja šoka, presenečenja, strahu, tesnobe ... (Kovačič, 2014).

Dnevna obravnava je zdravstvena oskrba pacienta, ki traja manj kot 24 ur in ne preko noči. Ob tem se zasedejo posebne postelje ali redne, ki niso pridružene posebnim medicinskim napravam (Zdravstveni statistični letopis, 2009).

Dnevna kirurgija nenehno napreduje. Je učinkovita z ustreznim načrtovanjem ter pravilno izbiro pacienta, čigar varnost je vedno najpomembnejša. Jasna merila za operacijo v dnevni bolnišnici s standardnimi protokoli in dobro komunikacijo je ključnega pomena za zagotavljanje pozitivnih rezultatov (Ng & Mercer Jones, 2014).

Stik s pacientom je kratek in intenziven, zato je potreben multiprofesionalen pristop. Medicinska sestra je del strokovne ekipe, ki spremlja pacienta pred in po operaciji. Ključnega pomena je anamneza ob sprejemu, opazovanje pacienta, neželenih učinkov anestezije, oskrba in opazovanje pooperativne rane, dokumentiranje ter vodenje bolečine po operaciji in odpustu iz bolnišnice. Medicinska sestra nenehno zagotavlja informacije o procesu v dnevni bolnišnici (Segerdahl, et al., 2008).

V preteklosti so mislili, da je pooperativna bolečina neizogibna, z današnjimi smernicami in postopki pa jo uspešno obvladujemo. Kljub poudarku na obvladovanju pooperativne bolečine pa je le-ta še vedno nezadostno obvladovana. Težave pri obvladovanju bolečine doma po operaciji se pojavljajo, ker pacienti kljub bolečinam ne poiščejo ustrezne pomoči, zaradi slabega poznavanja delovanja zdravil, pomanjkanja znanja o načinih obvladovanja bolečine ali pomanjkanja sposobnosti ocenjevanja bolečine (Hales Reynolds, 2009).



## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 OPREDELITEV BOLEČINE

Bolečina je zelo neprijetna izkušnja, ki jo spoznamo takoj po rojstvu in nas spremlja skozi vse življenje. Opozarja nas na poškodbo ali bolezen. Na področju bolečine potekajo intenzivne raziskave in vsak dan prihajamo do novih spoznanj in upanj za učinkovitejše obvladovanje bolečine (Borak, 2007).

Ameriško združenje za negovalne diagnoze North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) pa opredeljuje bolečino kot stanje, ko oseba doživlja in izraža močno neugodje in neprijetne občutke (Gordon, 2006).

#### 2.1.1 Kronična bolečina

Kronična bolečina je patološka bolečina, katere trajanje je daljše od pričakovanega zdravljenja bolezni ali poškodbe. Bolečina je prisotna tudi potem, ko je vzrok zanjo odstranjen oziroma kadar ga ni možno odstraniti. Kadar je bolečina stalno prisotna in traja od tri do šest mesecev, govorimo o kronični bolečini (Faganeli, 2012).

Kronično bolečino delimo po jakosti ali po tem, od kod prihaja. O somatski bolečini govorimo, kadar izhaja iz telesne površine (koža, mišice, kosti), o visceralni pa kadar izvira iz notranjih organov. Glede na mehanizem nastanka pa jo razdelimo na nociceptivno in nevropatsko. Pri nociceptivni bolečini je fiziološko dogajanje podobno kot pri akutni bolečini, sproži pa jo kronično draženje nociceptorjev v somatskih in visceralnih tkivih. Za to vrsto bolečine so značilne: sklepna bolečina, mišična bolečina, določene komponente bolečine pri raku, tenzijski glavobol ... Doživljanje bolečine je odvisno tudi od: narave dražljaja, okoliščin, v katerih se nahajamo, spominov oziroma naših prejšnjih bolečinskih izkušenj ... Nevropatska bolečina je patološka oblika bolečine, kjer gre za porušeno osnovno razmerje dražljaj - odgovor. Vzrok zanjo je poškodba ali motnja delovanja perifernega ali osrednjega živčevja. V osnovi ima pekoč karakter, pacienti pa jo opisujejo zelo različno (Požlep, 2010).

### 2.1.2 Akutna bolečina

Akutno bolečino štejemo med fiziološke bolečine. Je znak bolezni ali poškodbe in opozarja, da je v telesu nekaj narobe. Začne se nenadno, ima omejen čas trajanja in mine, ko je vzrok zanjo odstranjen. Zdravimo jo s predpisovanjem standardnih odmerkov analgetikov (Jus, 2014).

Akutna bolečina je nenadna, ostra, hitra, trenutna, kratkotrajna, od nekaj sekund do nekaj ur, lahko je enkratna ali pa se ponavlja. Spremljajo jo znaki vzdraženega avtonomnega živčnega sistema (Kovačič, 2014).

Tipični vedenjski vzorci za akutno bolečino so: vzdih, jok, stokanje, vpitje, napete mišice, obrvi, veke, usta, togi in sunkoviti gibi, umikanje ali dotikanje bolečega predela, težko oziroma hitro dihanje, bledica ali rdečica obraza, bruhanje, slabost, povišan pulz ali pa nasprotno popolno mirovanje in pasivnost. Če se hočemo na bolečino odzivati multidisciplinarno, moramo poznati vse naštetе dejavnike (Kovačič, 2014).

### 2.1.3 Pooperativna bolečina

Tudi pooperativno bolečino prištevamo med akutno bolečino. Je kompleksna fiziološka reakcija na poškodbo, ki je posledica kirurškega posega. Kljub temu da gre za pričakovani, neizogiben simptom, je pooperativna bolečina za pacienta neznosna in nevzdržna. Zaradi nje postane pacient ranljiv (Faganeli, 2012).

Pooperativna bolečina nastane zaradi poškodbe različnih tkiv med operacijo, kar vključuje kožo, mišice, kosti, tetive in ligamente ter visceralne organe. Spremljajo jo tudi mehanizmi vnetne, visceralne in nevropatske bolečine (Faganeli, 2012).

Bolečina po operaciji je pričakovana, ki pa z zacelitvijo operiranih tkiv mine, vendar jo drugače obravnavamo. Dobro vodeno analgetično zdravljenje je pomembno iz etičnih razlogov, prispeva pa tudi k ugodnejšemu pooperativnemu poteku. Manj je zapletov, omogoča pa tudi zgodnjo aktivno rehabilitacijo in posledično hitrejše okrevanje pacientov. Veliko ljudi izkusi pooperativno bolečino, saj je letno v Sloveniji opravljenih

okrog 125.000 operativnih posegov. Če hude akutne bolečine ne odpravimo, lahko le - ta vodi v kronično bolečino (Pirc, 2005).

Kirurški poseg je invazivna oblika zdravljenja, ki prizadene človekovo duševnost in spremeni notranje ravnovesje. Vsak operativni poseg je tvegan, kajti prisotnih je kar nekaj nepredvidljivih dejavnikov, na katere ne moremo vplivati. Naloga zdravstvenih delavcev je, da se osredotočimo na tiste, na katere lahko vplivamo. Operativni posegi so načrtovani ali nujni, vedno pa je prisotna bolečina (Urankar, 2014).

Kljub tehničnemu napredku, raziskavam in različnim tehnikam lajšanja bolečine je pooperativna bolečina še vedno nezadostno lajšana (Bell & Duffy, 2009).

## **2.2 ZDRAVLJENJE POOPERATIVNE BOLEČINE**

### **2.2.1 Farmakološko zdravljenje**

Za zdravljenje pooperativne bolečine uporabljamo primarne in sekundarne analgetike. Med primarne uvrščamo nesteroidne protirevmatike in opioide, med sekundarne pa antidepressive in antikonvulzive, ki se v prvi vrsti uporabljajo za druge namene, vendar jih uporabljamo tudi z namenom lajšanja bolečine (Požlep, 2010).

Kateri analgetik bomo izbrali, je odvisno od farmakokinetičnih lastnosti ter farmacevtske oblike, ki so pri posamezni učinkovini na razpolago. Poleg neopioidnih analgetikov, kamor sodita nesteroidni antirevmatik (NSAR) in paracetamol, imajo pomembno vlogo pri zdravljenju tudi opioidni analgetiki. Učinkovito zdravljenje akutne pooperativne bolečine je eden izmed pogojev, da lahko pacient v primeru operacije na dnevnom oddelku zapusti bolnišnico na sam dan operativnega posega (Faganeli, 2012).

V teh primerih je zelo primerna uporaba regionalne anestezije ter lokalne analgezije. Ob odpustu se namreč moramo izogibati dolgodelujočih oblik močnih opioidov. Primernejše so kombinacije paracetamola in NSAR s šibkimi opioidi (Lipp & Kalippan, 2007).

Nesteroidna protivnetna zdravila so primerna za blage do srednje močne bolečine in so relativno varni analgetiki. Imajo protivnetni, analgetski in antipiretični učinek. Omenjeni učinki se med posameznimi NSAR lahko precej razlikujejo oziroma zdravila bolj učinkujejo protivnetno, protibolečinsko ali antipiretično. Večina se uporablja v peroralni, intramuskularni in intravenski obliki. Za akutne bolečine je primerna predvsem intravenska oblika, ker je učinek hitrejši in bolj nadzorovan, stranski učinki pa so celo redkejši kot ob peroralni uporabi (Herman, 2014).

Dobre lastnosti NSAR so:

- nizka cena,
- dolgotrajna zgodovina trajne uporabe,
- nizka toksičnost: ibuprofen, fenoprofen, naproksen, ketoprofen,
- dolga razpolovna doba, kar omogoča zaužitje samo eno do dve tableti na dan,
- zmanjšana nevarnost za gastrointestinalni trakt (Herman, 2014).

Paracetamol in metimazol spadata v skupino neopioidnih in neprotivnetnih analgetikov in sta dva izmed najpogosteje uporabljenih zdravil iz skupine za lajšanje bolečin. Paracetamola ne štejemo med zdravila iz skupine NSAR, saj ima minimalen protivnetni učinek. Je najbolj prodajano in uporabljeno zdravilo v prosti prodaji. Sodi med blage analgetike in antipiretike. Uporablja se za blaženje glavobolov in drugih manjših bolečin, za zniževanje povišane telesne temperature, lajšanje simptomov prehlada in gripe. V kombinaciji z opioidnimi analgetiki je primeren tudi za lajšanje bolečin pri pacientih z rakom. Paracetamol lahko predpisujemo tudi pacientom, ki imajo težave s ponavljajočimi krvavitvami, saj nima antitrombotičnega učinka (Hajdinja, 2014).

Med šibke opioide spadajo: dehidrokodein, tramal – kratkodelujoča in dolgodelujoča oblika in tramadol v kombinaciji z paracetamolom. Uporabljamo jih za zdravljenje prebijajoče bolečine, srednje do močne bolečine in za pomiritev kašlja. Zaradi možnih

---

neželenih učinkov upoštevamo predpisane največje dnevne odmerke (Lahajnar Čavlović, et al., 2008).

Med močne opioide spadajo: kratko in dolgodelujoči morfin, metadon, oksikodon, hidromorfon, transdermalni fentanil in transdermalni buprenorfin obliž. Ker nimajo učinka zgornje meje, odmerke zvišujemo tako dolgo, dokler bolečina ni olajšana. Če kljub povečevanju odmerka ne dosežemo analgetičnega učinka ali se pojavijo moteči stranski učinki, ga zamenjamo z drugim (Lahajnar Čavlović, et al., 2008).

Dodatna zdravila za lajšanje bolečine so še:

- protiepileptična zdravila: za zdravljenje nevro-patske bolečine,
- antidepresivi: za zdravljenje nevro-patske bolečine,
- kortikosteroidi: uporabljajo se pri bolečinah zaradi kostnih metastaz, glavobola kot posledica povečanega tlaka v lobanji, pritisk na hrbtenjačo, periferne živce, pleteže, izboljšajo splošno počutje, tek, dispnejo, potenje ... (Lahajnar Čavlović, et al., 2008).

### 2.2.2 Nefarmakološko zdravljenje bolečine

Takšni načini lajšanja bolečine se lahko uporabljajo samostojno, dokler je bolečina obvladljiva do te mere, da niso potrebni analgetiki.

Mednje prištevamo:

- kirurške posege,
- pogovor,
- informiranje pacientov in svojcev,
- zagotovitev mirnega okolja in počitka,

- 
- namestitev pacienta v ustrezen položaj: dvignjeno vzglavje, imobilizacija, ustrezen položaj boleče okončine – s čimer se zmanjša mišična napetost,
  - gretje in hlajenje bolečega predela po naročilu zdravnika,
  - kognitivno- vedenjsko terapijo ( Skela Savič, et al., 2010).

Kadar zdravimo pacienta z bolečino, imamo cilj zmanjšati bolečino in izboljšati fizikalno, psihično in socialno funkcijo. Poznamo več vrst nefarmakološkega zdravljenja, in sicer:

- TENS (transkutana električna nevrostimulacija) – električno spodbujanje živca preko kože, izvajamo ga okoli bolečega mesta,
- blokade: vbrizgavanje lokalnega anestetika, kortikosteroida ali obeh v področje posameznih živcev, živčnih korenin ali pa v epiduralni prostor. Z blokadami pogosto dosežemo analgetični učinek,
- akupunktura: to je metoda, pri kateri vbadamo tanke igle v točno določene točke telesa,
- kirurške metode: ortopedske operacije so najboljša metoda za odpravo bolečine v degeneriranih sklepih,
- električno draženje hrbtenjače: elektroda je vstavljena v epiduralni prostor, neposredno draži rogove hrbtenjače (Požlep, 2010).

### 2.2.3 Neželene učinki analgetikov

Bolečina, slabost in bruhanje po enodnevni operaciji so najpogostejši zapleti, ki lahko ogrozijo odpust pacienta domov. Vodenje bolečine, slabosti in bruhanja ostaja izziv, še posebno, ko je pacient že doma. Za uspešno zmanjševanje bolečine in stranskih učinkov zdravlil je potrebna pravilna priprava pacienta, katera vključuje uporabo lokalne

---

anestezije in lajšanje pooperativne bolečine z neopioidnimi analgetiki (Lipp & Kalippan, 2007).

Najpogostejši stranski učinki neopioidnih analgetikov so: gastrointestinalne motnje, neželeni učinki na srce in ožilje, ledvično popuščanje, okvara jeter, zaprtje, slabost in bruhanje, vplivi na centralno živčni sistem in zastoj urina (Jošt, 2012).

Na splošno so NSAR varna zdravila, kljub temu pa se jim zaradi neželenih stranskih učinkov velja izogniti v primeru pacientov z ledvično odpovedjo ali v primeru, če je imel pacient v preteklosti razjede na želodcu oziroma dvanajstniku in pacientom z motnjami strjevanja krvi. Odsvetujejo se tudi pri pacientih s pseudartrozami, korektivnimi osteotomijami in stanji z moteno osteogenezo (Jošt, 2012).

Možni stranski učinki NSAR:

- težave z zgornjim prebavnim traktom, zlasti krvavitve in razjede,
- povečana možnost ishemične možganske ali srčne kapi,
- toksičnost - zlasti za ledvica,
- motena agregacija trombocitov,
- vpliv oziroma zaviranje celjenja kosti - predvsem pri kadicah (Herman, 2014).

Stranski učinki paracetamola se pojavljajo predvsem pri njegovem prekomernem zaužitju. Povzroči lahko smrtonosno okvaro jeter, tveganje pa je še večje ob sočasnem pitju alkohola. Povzroči lahko tudi kožne stranske učinke, ki se kažejo kot toksična epidermalna nekroliza. Predoziranje s paracetamolom se sprva kaže z zelo nespecifičnimi znaki, ki se razvijejo šele nekaj ur po zaužitju. Znaki akutne jetrne odpovedi so: slabost, bruhanje, oslabelost, potenje in bolečine (Hajdinja, 2014).

Metamizol je bil desetletja v prosti prodaji, zaradi nekaterih stranskih učinkov so nato omejili dostop do zdravila. V nekaterih državah so ga celo prepovedali, saj ob njegovi

---

uporabi lahko pride do hude agranulocitoze, aplastične anemije in preobčutljivostnih reakcij, kot sta anafilaksija in bronhospazem. Eden izmed blažjih stranskih učinkov je hipotenzija, zato morajo pacienti med prejetjem zdravila strogo ležati. V primerjavi z NSAR pa povzroča bistveno manj težav s krvavitvami iz prebavil (Hajdinja, 2014).

Pri šibkih opioidih so najpogostejši stranski učinki predvsem: vrtoglavica, slabost, zaspanost in zaprtje. Pri močnih opioidih se predvsem na začetku zdravljenja lahko pojavijo slabost in bruhanje, pri starejših pacientih se lahko pojavita tudi zmedenost in neorientiranost. Po nekajdnevni uporabi zdravila se za večino neželenih učinkov razvije toleranca. Najpogostejši neželeni učinek je zaprtje, katerega moramo preprečevati z nefarmakološkimi ukrepi ali odvajali. Neželene učinke obvladujemo s simptomatskim zdravljenjem neželenih učinkov, zmanjšanjem odmerka opioida pri pacientih z obvladovano bolečino, rotiranjem opioida oziroma njegove poti vnosa (Hajdinja, 2014).

Pacienti doma svojo bolečino in stranske učinke najbolje kontrolirajo, če imajo primerna protibolečinska zdravila z jasnimi navodili glede njihovega jemanja, možnih stranskih učinkov in imajo možnost dodatnih informacij in nasvetov (Lipp & Kaliappan, 2007).

### **2.3 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI ZDRAVLJENJU BOLEČINE**

»Temeljna naloga medicinske sestre je krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja ter lajšanje trpljenja« ( Kodeks etike, 2005, p.1).

Naloga medicinske sestre je, da se na vsako spremembo pri pacientu odzove fleksibilno, kreativno in svoje nadaljnje ravnanje prilagodi njegovim potrebam. Da bo znala pravilno opazovati pacienta in oceniti njegovo zdravstveno stanje, potrebuje spretnosti in znanje ter učinkovito komunikacijo z njim in njegovimi svojci. Izvajati mora tiste intervencije zdravstvene nege, s katerimi bo ublažila pacientovo bolečino ter jo upoštevati pri izvajanju ostalih intervencij zdravstvena nege. Medicinska sestra izvaja tudi aplikacijo zdravil ter zaznava in spremlja njihove stranske učinke. Da bo bolečina



---

učinkovito obravnavana, mora pacientu nuditi psihosocialno podporo (Jagodic & Urbančič, 2005).

Tudi na podlagi obnašanja in vitalnih znakov pacienta lahko medicinska sestra zbira objektivne podatke pri ocenjevanju bolečine (Cotič Anderle, 2014).

### 2.3.1 Cilji protibolečinske terapije

Cilj protibolečinske terapije je, da pacient ne bo imel bolečin v mirovanju in pri gibanju. Bolečino po operaciji lahko lajšamo na več načinov. Način lajšanja predpiše zdravnik, medicinska sestra pa je pomemben del strokovne skupine za lajšanje bolečine pri pacientih. Na kirurškem oddelku se meri in beleži bolečina na vseh kirurških odsekih. V te dokumente se vnašajo meritve bolečine, predpisana in aplicirana analgetična terapija. Če z lajšanjem bolečine začnemo dovolj zgodaj, je ta bolj obvladljiva, poraba analgetikov in možnost zapletov je manjša (Rešetič, 2012).

Odzivanje na analgetično zdravljenje je individualno, vendar so osnovna priporočila, po katerih naj bi se ravnali, da bi v najkrajšem možnem času dosegli:

- da je pacient brez hujših bolečin: VAS je enako ali manj kot 3,
- da ima pacient po zaužitju zdravil čim manj stranskih učinkov,
- izboljšanje kakovosti življenja pri pacientu (Čufer, et al., 2008).

### 2.3.2 Ocenjevanje, merjenje in dokumentiranje bolečine

Takojšnji vedenjski vzorci bolečine so: vzdih, jok, stokanje, vpitje, napete mišice, obrvi, veke, usta, togi in sunkoviti gibi, umikanje ali dotikanje bolečega predela, težko oziroma hitro dihanje, bledica ali rdečica obraza, bruhanje, slabost, povišan pulz ali pa nasprotno popolno mirovanje in pasivnost. Za pravilno obravnavo bolečine moramo poznati vse naštete dejavnike, da se nanjo lahko odzivamo multidisciplinarno (Kovač, 2014).

Bolečino pri pacientu ocenjujemo že med negovalno anamnezo. Ker ima zaznava bolečine več dimenzij, bi bil potreben interdisciplinaren pristop k oceni in zdravljenju bolečine, kar prikazuje spodnja tabela (Benedik, et al., 2008).

**Tabela 1: Večdimenzionalna ocena bolečine**

ANAMNEZA	
KLINIČNI PREGLED	
SPLOŠNA VPRAŠANJA	<p>Kaj vas boli? (mesto in izžarevanje bolečine)</p> <p>Kako močna je bolečina?( ocena po lestvici od 1-10)</p> <p>Zakaj boli? (vzroki bolečine)</p> <p>Kakšna je narava bolečine (ostra, topa, zbadajoča, tiščoča...)</p> <p>S katerimi zdravili si pacient trenutno lajša bolečino in katera so bili uporabljena v preteklosti?</p> <p>Uporablja za lajšanje bolečine še kak drug način zdravljenja?</p> <p>Ali so bili drugi načini zdravljenja učinkoviti?</p>
VEDENJSKA OCENA	<p>Kako se pacient vede, ko ga boli? ( mimika obraza, obrambna drža, guganje...)</p> <p>Kako pacient izraža bolečino?</p>
PSIHOLOŠKA OCENA	<p>Kako pacientova bolečina vpliva na razpoloženje? ( pacient je jezen, depresiven ali oboje...)</p> <p>Ali je pacient razumsko omejen/ deliranten?</p> <p>Ali je pacient pod večjim psihološkim stresom?</p> <p>Ali je v anamnezi odvisnost od alkohola ali zdravil?</p>
SOCIALNA OCENA	<p>Kako bolečina vpliva na pacientove vsakdanje aktivnosti?</p> <p>Kako učinkovita je pacientova socialna podpora?</p> <p>Kakšen je ekonomski položaj pacienta?</p>

KULTURNA OCENA	Kakšna kulturna tradicija, običaji, vrednote vplivajo na pomen in zdravljenje bolečine?
DUHOVNA OCENA	Kakšen je pomen bolečine?
OCENA OKOLJA	Kako okolje vpliva na pacientovo bolečino? (hrup, svetloba..) V katerih pogojih je bolečina manj izražena?

Vir: Onkološki inštitut, 2008

Medicinska sestra mora pravilno in pravočasno ukrepati in s tem vzdrževati jakost bolečine v znosnem območju (VAS do 3), zagotavljati pacientovo zadovoljstvo in boljše počutje. Posledično bo pacient aktivno sodeloval v terapevtskem postopku ter hitreje in z manj zapleti okreval. Jakost bolečine mora oceniti in meriti v rednih časovnih presledkih. Pacientu mora predstaviti primerno ocenjevalno lestvico, pravilno in varno aplicirati analgetike ter prepoznati možne zaplete analgezije. O učinkovitosti analgezije mora poročati zdravniku in vsa odstopanja dokumentirati. Ustrezen analgetik izberemo glede na jakost in vrsto bolečine (Kerec Kos, 2012).

Do napak in ovir pri samem ocenjevanju bolečine s strani pacientov prihaja, ker imajo premalo informacij o bolečini ali pa so pretirano potrpežljivi. Pogosto imajo tudi napačne informacije o protibolečinskih zdravilih in samem zdravljenju, zato ne obveščajo zdravstvenih delavcev o svoji bolečini. Bojijo se tudi stranskih učinkov protibolečinskih zdravil, prevelikih odmerkov in odvisnosti od analgetikov. Ne pritožujejo se nad bolečino, da ne bi motili zdravstvenega osebja pri njihovem delu. Velikokrat je prisotna tudi nejasna komunikacija med pacientom in medicinsko sestro (Šmitek & Krist, 2008).

Osnovni namen dokumentiranja je komunikacija med člani zdravstvenega tima. Vsebina dokumentacije je sestavljena iz informacij o stanju pacienta, odzivov na bolezen in zagotavljanja zdravstvene oskrbe. V svoji raziskavi Abdalrahim et al. (2008) ugotavljajo, da je s strani medicinske sestre še vedno pogosto problem pri komunikaciji, ocenjevanju in dokumentiranju bolečine pri hospitaliziranih pacientih. Za izboljšanje

---

prakse in raziskovanje bolečine predlagajo dodatno dokumentacijo, kjer bi bila navedena zgodovina pacientove bolečine in klinične težave.

Zaradi subjektivnega doživljanja bolečine je samo dokumentiranje procesa obravnave oteženo, predvsem pri pacientih, ki svoje bolečine ne znajo ali ne morejo oceniti. Tedaj bolečino lahko ocenimo le na podlagi opazovanja fizioloških funkcij pacienta ter klinične slike, ne da bi upoštevali osebne razlike v občutenju bolečine. Dobra dokumentacija nas vodi od ene faze k drugi, pomaga nam slediti logičnemu razvoju dogodkov, hkrati pa nam omogoča kontrolo izvršenega dela, kvalitete in uspešnosti intervencij zdravstvene nege. Z urejeno dokumentacijo bomo lažje in bolj enotno pristopali k lažšanju pacientove bolečine, predvsem pa se bo prenehalo sprenevedanje pred njo. Pacient bo obravnavan kot subjekt, z zmanjšanjem bolečine se bo dvignila kvaliteta njegovega življenja. Povečalo se bo zaupanje in samozavest, zmanjšala pa se bosta strah in negotovost (Jagodić & Urbančič, 2005).

## **2.4 LESTVICE ZA OCENJEVANJE BOLEČINE**

Bolečino je prav zaradi subjektivnosti zelo težko oceniti ali meriti. Oceni jo pacient sam po predhodnem razgovoru z zdravstvenim osebjem. Upoštevati je potrebno pacientovo individualno izražanje bolečine. Bolečino ocenjujemo na različne načine s pomočjo različnih lestvic za ocenjevanje (Skela Savič, et al., 2010).

### **2.4.1 Enodimenzionalne lestvice**

Prikazujejo, kako intenzivna je bolečina. Določanje je hitro in jasno. Najpogosteje se uporablja vizualne analogne skale, opise bolečine z besedami in številčno točkovne lestvice, s katerimi merimo akutno in pooperativno bolečino. Pacient oceni bolečino pred in po aplikaciji analgetika (Pirc, 2005).

Vizualno analogna lestvica (VAS) je najpogostejša lestvica, s katero pacient oceni svojo bolečino. Na deset cm dolgi ravni črti sta oznaki: ni bolečine na eni strani in oznaka neznosne bolečine na drugi strani. Lestvica je tudi barvno in številčno označena.

Temneje je obarvan predel oziroma višja je številka, hujša je bolečina (Kamenik, 2008).

Besedno- opisna lestvica je sestavljena iz besed, katere opisujejo jakost bolečine.

- 0- ni bolečine,
- 1- blaga bolečina,
- 2- zmerna bolečina,
- 3- huda bolečina,
- 4- nevzdržna bolečina.

Pacient tako označi besedo, ki najbolj opisuje bolečino, ki jo doživlja (Pirc, 2005).

Številčna točkovna skala obsega razpon števil od 0 do 100 oziroma od 0 do 10. Pacient napiše številko, ki ustreza opisu njegove bolečine (Kamenik, 2008).

#### 2.4.2 Multidimenzionalne lestvice

Dajejo širšo in celotnejšo informacijo o tem, kako bolečina vpliva na pacientovo funkcionalnost in njegovo življenje.

- McGillov vprašalnik z različnimi besedami opisuje bolečino. Razporejene so v dvajset stolpcev, med katerimi pacient izbere tiste, ki najbolj opisujejo njegovo bolečino. Na shemi označi, na katerem mestu se bolečina nahaja in oceni jakost le-te po petstopenjski besedno opisni lestvici (Pirc, 2005).
- Lestvica po Karnofskem razvršča bolečine po kategorijah glede na stanje zmogljivosti pri pacientu. Omogoča nam izbor zdravljenja in spremljanje njegovih učinkov na pacienta. Nižja kategorija pomeni, da so rezultati zdravljenja slabši, verjetnost pacientovega preživetja pri večini resnih boleznih pa manjša. Lestvico

---

sestavlja 11 kategorij izraženih v procentih, kjer pomeni 100% popolno zdravje, 0% pa smrt (Hotujec et al., 2007).

- Kratek vprašalnik o bolečini poleg ocene bolečine v preteklem tednu, povprečne in sedanje bolečine ob vizualni analogni skali, pacient ocenjuje tudi različne življenjske aktivnosti, kot so gibanje, spanje, razpoloženje ... (Pirc, 2005).

## **2.5 DNEVNA KIRURGIJA**

Definicije dnevne kirurgije so različne, vendar jih je mogoče zlahka opredeliti kot stanje, ko je pacient podvržen izbranemu kirurškemu postopku v enem dnevu (8-12 ur). To vključuje sprejem, operacijo, okrevanje in odpust (Yvet Meng & Vickers, 2013).

Obsežne kirurške posege nadomešča kirurgija z manj invazivnimi postopki. Zaradi endoskopskih metod, kot sta laparoskopija in artroskopija ter številnih endovaskularnih kirurgij ter laserskih tehnik se lahko pacienti vrnejo v domače okolje le nekaj ur po operaciji in hitreje okrevajo (Gibson, 2006).

V Veliki Britaniji kar 75% kirurških posegov opravljajo v dnevni bolnišnici. Zaradi vsakodnevnih izboljšav na področju kirurških in anestezioloških tehnik se dnevna kirurgija širi in razvija po vseh državah. Z uporabo regionalne in lokalne anestezije se izognemo zapletom po splošni anesteziji (Ng & Mercer Jones, 2014).

Dnevni oddelek je jasno organizirana zaključena enota, ločena od ostalih bolnišničnih oddelkov. Operativni poseg in zdravljenje morata potekati po prej dogovorjenem protokolu in klinični poti, ki tak hiter proces omogoča. Zaradi boljše organiziranosti medicinska sestra neposredno in samostojno usmerja celoten proces zdravljenja: naročanje, načrtovanje, spremljanje na oddelku in tudi po odpustu (Rems, et al., 2008).

Vsi pacienti se morajo strinjati s posegom na dnevnem oddelku, po tem ko opravijo pregled v ambulanti, kjer se s kirurgom dogovorijo za operativni poseg. Takrat prejmejo tudi vse potrebne ustne in pisne informacije. Koordinatorica primera se dva tedna pred predvidenim časom operacije s pacientom dogovori o podrobnostih sprejema in

odpusta. Operativni poseg mora biti dokončan pred 15. uro. S popolno dokumentacijo in navodili so pacienti med 19. in 20. uro odpuščeni domov. Če med ali po operaciji pride do zapletov, odpustni zdravnik pacienta premesti na klasični oddelek, kar se beleži kot odklon v klinični poti. Dva dni po odpustu koordinatorica po telefonu preveri zdravstveno stanje pacienta. Povpraša ga o počutju, bolečini in drugih morebitnih težavah. Po njeni presoji v primeru težav pacienta napoti na kontrolni pregled k osebnem zdravniku ali operaterju. Taki pregledi ali ponovni sprejemi po odpustu se prav tako opredelijo kot odklon v klinični (Rems, et al., 2008).

Kriteriji za odpust pacienta po operaciji na dnevnem oddelku so:

- minimalni stranski učinki protibolečinskih zdravil po operaciji,
- pacienti imajo ustrezno nadzorovano bolečino,
- pacienti so vitalno stabilni,
- brez znakov morebitnih neposrednih pooperativnih zapletov ,
- pri sladkornih pacientih stabilen nivo glukoze v krvi,
- pacient je po operativnem posegu uriniral (Ng & Mercer Jones, 2014).

#### 2.5.1 Vrste operacij na dnevnem oddelku

Kateri pacienti bodo operirani na dnevnem oddelku, se odloči kirurg ob prvem pregledu. Na dnevnem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice so operirani samo pacienti, ki po klasifikaciji ASA (American Society of Anesthesiologists) sodijo v skupino ASA1 in ASA2, torej zdravi ljudje ali pa tisti z urejenimi kroničnimi obolenji, kateri redno jemljejo zdravila, imajo redne kontrole pri svojem zdravniku ali internistu in so v stabilni fazi obolenja (Kunčič Mandelc & Barovič, p. 200).

Iz kirurškega vidika mora biti operativni postopek enostaven, brez tveganj za resne pooperativne zaplete. Primernost za operacijo je treba oceniti s predoperativno oceno (Ng & Mercer Jones, 2014).

Na dnevnem oddelku v Splošni bolnišnici Jesenice se v okviru dnevne bolnišnice izvajajo manjši ginekološki posegi, artroskopije, operacije dimeljske kile, operacije Dupuytrenove kontrakture, odstranitve osteosintetskega materiala in druge posege med katere prištevamo: operacije Bakerjeve ciste, lipoma, popkovne kile, Bartolinijeve žleze, sindroma karpalnega kanala, ploščatih kondilomov, sterilizacije pri moškem, fimoze ter odstranitev členka prsta inkostnega izrastka (Kunčič Mandelc & Barovič, 2005).

#### 2.5.2 Prednosti in slabosti operacij na dnevnem oddelku

Operacije na dnevnem oddelku so še posebno koristne za otroke in mladostnike, ker se s tem izognejo nepotrebni ločitvi od staršev. Tudi starejši pacienti imajo prednost, da se lahko prej vrnejo v domače okolje in ne izgubijo orientacije, kar se pogosto dogaja pri daljših hospitalizacijah (Segerdahl, et al., 2008).

V svoji raziskavi (Yvet Meng & Vickers, 2013) navajata še druge prednosti operacij v dnevni bolnišnici, kot so:

- manjša možnost prenosa bolnišničnih okužb,
- zmanjšanje pooperativnih zapletov,
- zmanjšanje čakalnih dob in stroškov zdravljenja.

Manj je možnosti za bolnišnične okužbe, hitrejša sta okrevanje in vrnitev na delovno mesto. Krajša hospitalizacija pa pomeni tudi manj časa za opazovanje in ocenjevanje pacienta (Humar, 2009).



### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA**

Ker bolečino večinoma ocenjujemo pri hospitaliziranih pacientih, smo raziskali, kako bolečino pacienti doživljajo doma. Namen diplomskega dela je predstaviti teoretična izhodišča o bolečini, vodenju protibolečinske terapije po operaciji ter raziskati, kako je bila vodena bolečina in protibolečinska terapija pri pacientih, operiranih na dnevnem oddelku v Splošni bolnišnici Jesenice, in sicer v obdobju enega meseca po operaciji.

Cilji diplomskega dela so bili:

- Ugotoviti, kako starost pacientov vpliva na doživljanje bolečine po operaciji v dnevni bolnišnici.
- Raziskati razlike v doživljanju bolečine glede na izobrazbo pacientov po operaciji v dnevni bolnišnici.
- Ugotoviti razliko v intenziteti bolečine glede na vrsto operacije v dnevni obravnavi.
- Raziskati morebitne pomanjkljivosti v procesu vodenja protibolečinske terapije doma po operaciji v dnevni obravnavi.
- Oceniti zadovoljstvo pacientov z vodenjem bolečine po operaciji v dnevni obravnavi.

Cilj naše raziskave je bil ugotoviti pomanjkljivosti v vodenju bolečine pri pacientih, operiranih na dnevnem oddelku v domačem okolju in s tem doprinesti k boljšemu vodenju le - te ter posledično zagotoviti pacientom večje zadovoljstvo ter okrevanje brez hujših bolečin.

#### **3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kakšne so razlike v doživljanju bolečine glede na starost pacientov?
2. Kako izobrazba vpliva na obvladovanje bolečine?
3. Na kakšen način se bolečina razlikuje pri pacientih glede na vrsto operacije?
4. Kako so pacienti po operaciji v dnevni bolnišnici zadovoljni z vodenjem bolečine?

### **3.3 PREDVIDENE METODE RAZISKOVANJA**

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Teoretični del je temeljil na pregledu strokovne literature. Pregledali smo obstoječe pisne vire domače in tuje literature ter podatkovne baze preko svetovnega spleta. Podlaga za sestavo vprašalnika je bila strokovna literatura, ki opredeljuje načine zdravljenja in vodenja pooperativne bolečine (Faganeli, 2012; Rešetič, 2012; Segerdahl, 2008). Uporabili smo mednarodno bazo podatkov Science direct, bibliografsko - kataložno bazo podatkov Cobiss, Chinal, PubMed, preiskali literaturo v knjižnici ter si pomagali z internetnim brskalnikom Google.si. Literaturo smo omejili na slovenski in angleški jezik ter na starost manj kot 10 let. Ključne besede, ki smo jih uporabili za pridobivanje literature: bolečina, protibolečinska terapija, operacija, vodenje bolečine, dnevni oddelek; v angleškem jeziku: pain, analgesic therapy, surgery, pain management, day hospital. Podatke za raziskavo smo zbirali v Splošni bolnišnici Jesenice. Izvedli smo jo med kirurškimi pacienti, ki so imeli različne vrste operacij na dnevnem oddelku omenjene bolnišnice. Uporabili smo deskriptivno metodo kvantitativnega raziskovanja s pomočjo vprašalnika.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili lasten vprašalnik, ki je bil pripravljen na podlagi pregleda strokovne literature. Vprašalnik je vključeval 21 vprašanj, od tega 18 zaprtega tipa in tri polodprtega tipa. Sestavljen je bil iz treh sklopov. Prvi sklop vprašanj je zajemal demografske značilnosti anketiranih pacientov (spol, starost, izobrazba). V

---

drugem sklopu vprašalnika so pacienti ocenjevali svoja stališča in prepričanja glede vodenja bolečine po operaciji na dnevnem oddelku s pomočjo Likertove lestvice, pri kateri je pomenilo: 1, da se s trditvijo niso strinjali; 2, da so se delno strinjali; 3, da se niso niti strinjali/ niti niso trditvi nasprotovali oziroma so bili neopredeljeni; 4, da so se strinjali in 5, da so se zelo strinjali s trditvijo. Tretji sklop vprašanj je zajemal vprašanja, ki so se nanašala na čas po operaciji in kakovost življenja po posegu v domačem okolju. Za ugotavljanje zanesljivosti vprašalnika za ocenjevanje trditev po Likertovi lestvici smo uporabili koeficient Crombach alfa. Ta je za sklop 10. trditev dosegel vrednost 0,756. S tem je Cronbach alfa koeficient presegel spodnji prag 0,7, ki v strokovni literaturi določa sprejemljivo stopnjo zanesljivosti instrumenta (Cencič, 2009).

### 3.3.3 Opis vzorca

Namenski vzorec predstavljajo pacienti, ki so bili operirani na dnevnem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice. V raziskavo je bilo vključenih 81 pacientov po načrtovanih različnih operativnih posegih na dnevnem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice. Anketiranje pacientov je potekalo en mesec po odpustu iz dnevnega oddelka. Raziskavo smo izvajali od oktobra do novembra 2015. Med paciente smo razdelili 110 vprašalnikov, od tega 27 ni bilo vrnjenih, 2 pa sta bila le delno izpolnjena. Tako smo za raziskavo lahko uporabili 81 anket. To pomeni 73,6% realizacijo vzorca. Od tega je bilo 53 (65,4%) moških in 28 (34,6%) žensk, torej večina pripadnikov moškega spola. Po starostnih skupinah so bili zastopani po naslednjem vrstnem redu. Največ anketiranih je bilo zajetih v starostni skupini od 56 do 65 let, druga je bila skupina od 46 do 55 let, tretja pa anketiranci v skupini nad 66 let. Ostali so bili mlajši od 45 let in po skupinah zastopani v manjšinah. Anketirani so bili v največjem deležu v 65,4% po izobrazbi v skupini, ki je zastopala poklicno šolo/srednjo/gimnazijo. Sledila je skupina višja/visoka/magisterij v 18,5%, nato anketirani v skupini osnovna šola z 13,6% deležem. Ostale izobrazbe so bile zastopane v manjšini. Največ anketiranih je bilo zaposlenih v 48,1%, sledili so upokojeni z 38,3%, ostali delovni status je bil zastopan v manjšini (tabela 2).

**Tabela 2: Demografski podatki anketirancev**

		f	%
starost	do 25 let	6	7,4
	26-35 let	9	11,1
	36-45 let	4	4,9
	46-55 let	21	25,9
	56 do 65 let	22	27,2
	več kot 66 let	18	22,2
	ni odgovoril	1	1,2
	SKUPAJ	81	100
spol	moški	28	65,4
	ženski	53	34,6
	SKUPAJ	81	100
izobrazba	osnovna šola	11	13,6
	poklicna/srednja/gimnazija	53	65,4
	višja/visoka/magisterij/univerzitetna	15	18,5
	doktorat	1	1,2
	ni odgovoril	1	1,2
	SKUPAJ	81	100
delovni status	študent	4	4,9
	zaposlen	39	48,1
	brez zaposlitve	4	4,9
	upokojen/a	31	38,3
	ni odgovoril	3	3,7
	SKUPAJ	81	100

Legenda: f-frekvenca; %-odstotek

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskavo smo izvedli po predhodnem soglasju zavoda za izvajanje raziskave s strani vodstva Splošne bolnišnice Jesenice in po pridobljenem soglasju Komisije za medicinsko etiko. Z raziskavo smo seznanili tudi koordinatorico zdravstvene nege na dnevnem oddelku omenjene bolnišnice. Vprašalnike smo pacientom, ki so bili operirani v tem obdobju na dnevnem oddelku, poslali na dom en mesec po operaciji. K vprašalniku smo priložili prazno kuverto z izpisanim naslovom in plačano poštnino ter navodilom, kam izpolnjen vprašalnik vrniti. Navodila za izpolnjevanje vprašalnika in namen le - tega je bil opisan na samem vprašalniku. Zaposlene medicinske sestre na dnevnem oddelku smo zaprosili za pomoč pri shranjevanju vrnjenih vprašalnikov. V ta namen smo na dnevnem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice postavili zabojnik za prispelo pošto anketiranih pacientov in hkrati je bila tako zagotovljena tudi anonimnost

pacientov. Pri pregledu vprašalnikov smo upoštevali Kodeks etike medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Pridobljene podatke o opisu vzorca in odgovore na vprašanje smo prikazali s frekvenčno in odstotno porazdelitvijo vrednosti. Za statistično metodo analize podatkov smo uporabili računalniški program SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) verzija 20.0. Uporabili smo bivariantno in opisno statistiko. Podatke, pridobljene s pomočjo vprašalnika, smo tudi tabelarično predstavili. Demografski podatki vzorca so podani na podlagi frekvenčne (f) in odstotne porazdelitve (%).

S t-testom smo preverili, ali so se odgovori dveh neodvisnih skupin (mlajši od 65 let in starejši od 66 let) med seboj v povprečju statistično razlikovali.

S testom ANOVA za neodvisne vzorce smo preverili, ali obstaja statistično pomembna razlika v doživljanju bolečine glede na vrsto operacije. Pri tem naj bi bili izpolnjeni dve predpostavki: vse meritve so morale biti normalno porazdeljene, variance v vzorcih pa homogene.

S Pearsonovim korelacijskim koeficientom smo preverili, ali obstaja statistično pomembna povezava med izobrazbo in trditvami Likertove lestvice pri sklopu vprašanj o doživljanju pooperativne bolečine.

Pri opisnih statistikah vprašanj v anketnem vprašalniku so podane tudi povprečne vrednosti (PV) in standardni odkloni (SO) odgovorov.

### **3.4 REZULTATI**

#### 3.4.1 Rezultati tabel

V drugem sklopu vprašalnika so anketiranci odgovarjali na vprašanja zaprtega in polodprtega tipa.

**Tabela 3: Vrste operacij anketirancev**

	<b>f</b>	<b>%</b>
Na področju noge (artroskopija kolena, Bakerjeva cista, hallux valgus, odstranitev osteosintetskega materiala)	25	30,86
Na področju roke (sindrom karpalnega kanala, Dupuytrenova kontraktura, odstranitev osteosintetskega materiala)	14	17,28
Na področju spolovila	0	0
Kirurške operacije v trebušni votlini (dimeljska kila, popkovna kila)	34	41,98
Druge kirurške operacije	7	8,64
Ni odgovoril	1	1,23
<b>SKUPAJ</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Legenda: f-frekvenca; %-odstotek

Druge kirurške operacije:

- 4x lipom na hrbtu
- 1x na področju obraza (nos)
- 2x ginekološka operacija

Največ anketiranih je imelo kirurško operacijo v trebušni votlini v 42%, sledili so operirani na področju noge, 17,3% je imelo druge kirurške operacije. Ostali odgovori so bili zastopani v manjšini.

**Tabela 4: Dodatna uporaba protibolečinskih zdravil poleg že predpisanih**

	<b>f</b>	<b>%</b>
Da	7	8,64
Ne	74	91,36
<b>SKUPAJ</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Legenda: f-frekvenca; %-odstotek

V enem mesecu po operaciji večina vprašanih, v kar 91,36%, ni potrebovalo dodatnih zdravil proti bolečinam.

**Tabela 5: Stranski učinki po zaužitju protibolečinskih zdravil**

	f	%
Da, slabost	1	1,23
Da, slabost in bruhanje	1	1,23
Vrtoglavico	1	1,23
Glavobol	1	1,23
Bolečine v želodcu	3	3,70
Nisem imel stranskih učinkov	72	88,88
Drugo	2	2,47
<b>SKUPAJ</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Legenda: f-frekvenca; %-odstotek

Drugo:

- 1x izpuščaji
- 1x zaspanost

Anketirani v 88,88% niso navajali stranskih učinkov po jemanju protibolečinskih zdravil.

**Tabela 6: Uporaba zdravilskih oziroma nefarmakoloških načinov lajšanja bolečine**

	f	%
Homeopatska zdravila	5	6,17
Zdravilni čaji	4	4,94
Nič od naštetega	65	80,25
Drugo	7	8,64
<b>SKUPAJ</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Legenda: f-frekvenca; %-odstotek

Drugo:

- 3x hlajenje
- 2x razgibavanje
- 2x masaža

Na vprašanje anketiranih ali so doma uporabljali zdravilske načine lajšanja, so le-ti izbrali odgovor »nič od naštetega« v 80,25%. Ostali ponujeni odgovori so bili zastopani v manjšini.

**Tabela 7: Dodatna obravnava zdravnika zaradi bolečin**

	f	%
Da	3	3,7
Ne	78	96,3

Legenda: f-frekvenca; %-odstotek

V obdobju enega meseca po prihodu domov 96,3% anketiranih zaradi bolečin ni potrebovalo dodatne obravnave zdravnika.

**Tabela 8: Obisk patronažne sestre zaradi bolečin**

	f	%
Da	0	0
Ne	81	100

Legenda: f-frekvenca; %-odstotek

V obdobju enega meseca po prihodu domov nihče od anketiranih (100%) zaradi bolečin ni potreboval dodatne obravnave patronažne medicinske sestre.

**Tabela 9: Klic medicinske sestre po odpustu iz dnevne bolnišnice**

	f	%
Da	73	90,1
Ne	8	9,9

Legenda: f-frekvenca; %-odstotek

Anketirani v 90,1% odgovarjajo, da jih je medicinska sestra poklicala domov po odpustu iz dnevne bolnišnice in jih povprašala po njihovem počutju. 9,9% jih to zanika.



**Tabela 10: Doživljanje in vodenje bolečine anketiranih v obdobju od operacije do enega meseca po odpustu**

Trditev	n	1	2	3	4	5	PV	SO
		f (%)						
Pooperativna bolečina je bila hujša, kot sem pričakoval/a.	78	42 (53,8)	16 (20,5)	5 (6,4)	10 (12,8)	5 (6,4)	1,97	1,309
Pred odpustom iz bolnišnice sem prejel/a dovolj navodil glede lajšanja bolečine doma.	79	4 (5,1)	5 (6,3)	1 (1,3)	17 (21,5)	52 (65,8)	4,37	1,123
Ob odpustu domov sem prejel/a recept za protibolečinska zdravila.	81	13 (16)	1 (1,2)	4 (4,9)	10 (12,3)	53 (65,4)	4,10	1,488
Ob odpustu sem bil/a dovolj seznanjen/a z načini lajšanja pooperativne bolečine doma.	79	2 (2,5)	1 (1,3)	0	26 (32,9)	50 (63,3)	4,53	0,798
Predpisano protibolečinsko zdravilo je zmanjšalo mojo bolečino.	80	5 (6,3)	1 (1,3)	4 (5)	24 (30)	46 (57,5)	4,31	1,074
Noč po operativnem posegu bi zaradi bolečin, ki sem jih imel, rajši preživel v bolnišnični oskrbi.	74	59 (79,7)	5 (6,8)	3 (4,1)	5 (6,8)	2 (2,7)	1,46	1,036
Po enem mesecu od operacije je bolečina postala znosna do te mere, da ne potrebujem več protibolečinskih zdravil.	77	10 (13)	2 (2,6)	0	16 (20,8)	49 (63,6)	4,19	1,377
Po enem mesecu od operacije me bolečina ne omejuje pri vsakodnevni aktivnosti.	77	12 (15,6)	7 (9,1)	7 (9,1)	18 (23,4)	33 (42,9)	3,69	1,489
Zadovoljen/a sem bil/a z obravnavo, ki sem je bil/a deležen/a v vaši ustanovi.	79	2 (2,5)	1 (1,3)	0	13 (16,5)	63 (79,7)	4,70	0,774
Zaradi dobre predhodne priprave s strani zdravstvenega osebja (pogovor in informacije) sem bolečino doma uspešno obvladal/a.	77	2 (2,6)	1 (1,3)	1 (1,3)	22 (28,6)	51 (66,2)	4,55	0,820

Legenda: 1 – se ne strinjam; 2 – se delno strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam; f – frekvenca; % – odstotek; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, n= število, ki nam pove, koliko anketirancev je odgovorilo na vprašanje

## 3.4.2 Raziskovalno vprašanje 1

RV1: Kakšne so razlike v doživljanju bolečine glede na starost pacientov?

V tabeli 11 so predstavljene na novo postavljene starostne skupine z namenom, da si bodo skupine po številu vprašanih na skupino bolj enake. S t-testom smo ugotavljali, ali so se odgovori dveh neodvisnih skupin (mlajših od 65 let in starejših od 66 let) med seboj v povprečju statistično pomembno razlikovali. Če je statistično pomembna razlika ugotovljena, je njena vrednost p nižja ali enaka 0,05.

**Tabela 11: Primerjava odgovorov anketiranih o doživljanju bolečine glede na njihovo starost (n = 80)**

Trditvev	Do 65 let (n=62) PV ± SO	66 let in več (n=18) PV ± SO	p
Pooperativna bolečina je bila hujša, kot sem pričakoval/a.	1,82 ± 1,157	2,59 ± 1,661	0,031
Pred odpustom iz bolnišnice sem prejel/a dovolj navodil glede lajšanja bolečine doma.	4,25 ± 1,234	4,82 ± 0,393	0,062
Ob odpustu domov sem prejel/a recept za protibolečinska zdravila.	4,02 ± 1,584	4,39 ± 1,145	0,356
Ob odpustu sem bil/a dovolj seznanjen/a z načini lajšanja pooperativne bolečine doma.	4,49 ± 0,868	4,71 ± 0,47	0,333
Predpisano protibolečinsko zdravilo je zmanjšalo mojo bolečino.	4,18 ± 0,167	4,82 ± 0,393	0,028
Noč po operativnem posegu bi zaradi bolečin, ki sem jih imel, rajši preživel v bolnišnični oskrbi.	1,4 ± 0,954	1,73 ± 1,335	0,267
Po enem mesecu od operacije je bolečina postala znosna do te mere, da ne potrebujem več protibolečinskih zdravil.	4,25 ± 1,348	4 ± 1,549	0,525
Po enem mesecu od operacije me bolečina ne omejuje pri vsakodnevni aktivnosti.	3,56 ± 1,478	4,4 ± 1,242	0,045
Zadovoljen/a sem bil/a z obravnavo, ki sem je bil/a deležen/a v vaši ustanovi.	4,64 ± 0,857	4,88 ± 0,332	0,257
Zaradi dobre predhodne priprave s strani zdravstvenega osebja (pogovor in informacije) sem bolečino doma uspešno obvladal/a.	4,45 ± 0,891	4,88 ± 0,342	0,066

Legenda: PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, ; p = p – vrednost (vrednost ≤ 0,05 pomeni statistično pomembno razliko), n = število anketirancev

Odgovor na RV1:

Iz pridobljenih rezultatov in statistično pomembnih razlik v zgornji tabeli lahko sklepamo, da so starostniki (66let in več) pričakovali hujšo bolečino v primerjavi z mlajšo populacijo anketiranih ( $p=0,031$ ), vendar pa je bila pooperativna bolečina bolj obvladana prav pri starostnikih ( $p=0,028$ ). Mlajšo populacijo je v obdobju enega meseca po operaciji bolečina bolj ovirala pri vsakodnevni aktivnosti ( $p=0,045$ ), kar pa lahko pripišemo temu, da so mlajši od 65. leta bolj aktivni oziroma so še zaposleni.

### 3.4.3 Raziskovalno vprašanje 2

RV2: Kako izobrazba vpliva na obvladovanje pooperativne bolečine?

S Pearsonovim korelacijskim koeficientom ( $r$ ) smo preverili, ali obstaja statistično pomembna povezava med izobrazbo anketiranih in njihovim strinjanjem z navedenimi trditvami v spodnji tabeli. V kolikor je  $r$  pozitiven, to pomeni: višja izobrazba – večje strinjanje s trditvijo, nižja izobrazba – nižje strinjanje s trditvijo, v kolikor je  $r$  negativen, pa to pomeni višja izobrazba – manjše strinjanje, nižja izobrazba – večje strinjanje. V kolikor je vrednost  $p$  nižja od 0,05, to pomeni, da gre za statistično pomembno povezavo (tabela 12).

**Tabela 12: Vpliv izobrazbe anketirancev na doživljanje pooperativne bolečine**

Trditev		Izobrazba
Pooperativna bolečina je bila hujša, kot sem pričakoval/a.	<b>r</b>	-0,065
	<b>p</b>	0,573
Pred odpustom iz bolnišnice sem prejel/a dovolj navodil glede lajšanja bolečine doma.	<b>r</b>	0,008
	<b>p</b>	0,948
Ob odpustu domov sem prejel/a recept za protibolečinska zdravila.	<b>r</b>	0,006
	<b>p</b>	0,961
Ob odpustu sem bil/a dovolj seznanjen/a z načini lajšanja pooperativne bolečine doma.	<b>r</b>	0,166
	<b>p</b>	0,145
Predpisano protibolečinsko zdravilo je zmanjšalo mojo bolečino.	<b>r</b>	0,098
	<b>p</b>	0,389

Trditev		Izobrazba
Noč po operativnem posegu bi zaradi bolečin, ki sem jih imel, rajši preživel v bolnišnični oskrbi.	<b>r</b>	-0,103
	<b>p</b>	0,388
Po enem mesecu od operacije je bolečina postala znosna do te mere, da ne potrebujem več protibolečinskih zdravil.	<b>r</b>	-0,1
	<b>p</b>	0,391
Po enem mesecu od operacije me bolečina ne omejuje pri vsakodnevni aktivnosti.	<b>r</b>	-0,083
	<b>p</b>	0,478
Zadovoljen/a sem bil/a z obravnavo, ki sem je bil/a deležen/a v vaši ustanovi.	<b>r</b>	0,158
	<b>p</b>	0,168
Zaradi dobre predhodne priprave s strani zdravstvenega osebja (pogovor in informacije) sem bolečino doma uspešno obvladal/a.	<b>r</b>	0,127
	<b>p</b>	0,273

Legenda: r- povezanost, p-statistična pomembnost

#### Odgovor na RV2:

Ker v vzorcu nismo dokazali statističnih pomembnosti, ugotavljamo, da izobrazba ne vpliva na obvladovanje pooperativne bolečine.

#### 3.4.4 Raziskovalno vprašanje 3

RV3: Na kakšen način se bolečina razlikuje pri pacientih glede na vrsto operacije?

S testom ANOVA za neodvisne vzorce smo preverili, ali obstaja statistično pomembna razlika v doživljanju bolečine glede na vrsto operacije. V tabeli so rezultati navedeni s povprečno vrednostjo (PV) in standardnim odklonom (SO), zraven pa je navedeno, ali znotraj demografskih razdelkov obstaja statistično pomembna razlika (p). Če je statistično pomembna razlika ugotovljena, je njena vrednost p nižja ali enaka 0,05 (tabela 13).

**Tabela 13: Primerjava odgovorov anketiranih o doživljanju bolečine glede na vrsto operacije (n = 74)**

Trditve	Operiran/a sem bil/a...			
	Na področju noge (n = 25)	Na področju roke (n = 14)	Kirurške operacije v trebušni votlini (n = 35)	p
	PV ± SO	PV ± SO	PV ± SO	
Pooperativna bolečina je bila hujša, kot sem pričakoval/a.	1,4 ± 0,764	1,86 ± 1,231	2,48 ± 1,503	0,006
Pred odpustom iz bolnišnice sem prejel/a dovolj navodil glede lajšanja bolečine doma.	4,32 ± 1,108	4,71 ± 0,611	4,32 ± 1,224	0,487
Ob odpustu domov sem prejel/a recept za protibolečinska zdravila.	3,6 ± 1,803	4,86 ± 0,363	4,23 ± 1,416	0,034
Ob odpustu sem bil/a dovolj seznanjen/a z načini lajšanja pooperativne bolečine doma.	4,56 ± 0,712	4,71 ± 0,469	4,44 ± 0,991	0,571
Predpisano protibolečinsko zdravilo je zmanjšalo mojo bolečino.	4,12 ± 1,236	4,71 ± 0,469	4,37 ± 1,003	0,221
Noč po operativnem posegu bi zaradi bolečin, ki sem jih imel, rajši preživel v bolnišnični oskrbi.	1,33 ± 0,868	1,15 ± 0,376	1,66 ± 1,26	0,262
Po enem mesecu od operacije je bolečina postala znosna do te mere, da ne potrebujem več protibolečinskih zdravil.	4,52 ± 1,122	3,38 ± 1,71	4,32 ± 1,296	0,041
Po enem mesecu od operacije me bolečina ne omejuje pri vsakodnevnih aktivnostih.	3,64 ± 1,551	4 ± 1,477	3,49 ± 1,522	0,603
Zadovoljen/a sem bil/a z obravnavo, ki sem je bil/a deležen/a v vaši ustanovi.	4,8 ± 0,408	4,93 ± 0,267	4,54 ± 1,067	0,23
Zaradi dobre predhodne priprave s strani zdravstvenega osebja (pogovor in informacije) sem bolečino doma uspešno obvladal/a.	4,52 ± 0,714	4,69 ± 0,48	4,5 ± 1,022	0,776

Legenda: PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, ; p = p – vrednost (vrednost ≤ 0,05 pomeni statistično pomembno razliko), n = število anketirancev

### Odgovor na RV3:

Do statistično pomembne razlike je prišlo pri trditvi, da je bila pooperativna bolečina hujša od pričakovane. Skupina, ki je imela operacijo v trebušni votlini, se ni opredelila,

skupini, ki sta imeli operativni poseg na roki in nogi, pa se s trditvijo ne strinjata. Na podlagi teh rezultatov je možno sklepati, da je bila pooperativna bolečina pri vseh skupinah nižja ali enaka pričakovani. Da so po odpustu domov prejeli recept za protibolečinska zdravila, se v večini strinjata skupini, ki sta imeli poseg na roki in trebušni votlini, skupina operiranih na nogi pa se ni opredelila, tu je tudi prišlo do statistično pomembne razlike. Sklepamo lahko, da se operiranim na področju noge izda manj receptov v primerjavi z ostalima skupinama. Da po enem mesecu po operaciji anketirani ne potrebujejo dodatnih protibolečinskih zdravil, se strinjata skupini operiranih na področju roke in v trebušni votlini, medtem ko se operiranci na področju roke, niso opredelili oziroma se s strinjajo v manjšem obsegu. Tudi tu je bila ugotovljena statistično pomembna razlika. Sklepamo torej lahko, da posamezniki iz te skupine po enem mesecu še potrebujejo protibolečinska zdravila.

#### 3.4.5 Raziskovalno vprašanje 4

RV4: Kako so pacienti po operaciji na dnevnem oddelku v Splošni bolnišnici Jesenice zadovoljni z vodenjem bolečine?

**Tabela 14: Zadovoljstvo anketiranih z vodenjem bolečine po operaciji v dnevni bolnišnici**

			f	%	
Zadovoljen/a sem bil/a z obravnavo, ki sem je bil/a deležna v vaši ustanovi (n = 79)			Se ne strinjam	2	2,5
			Se delno strinjam	1	1,3
			Niti ne strinjam/niti se strinjam	0	0
			Se strinjam	13	16,5
			Se zelo strinjam	63	79,7
<b>n</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>PV</b>	<b>SO</b>	
79	1	5	4,7	0,774	

n=število anketiranih, PV=povprečna vrednost, SO=standardni odklon, f = frekvenca %= odstotek

Odgovor na RV4:

Pacienti, ki so bili operirani na dnevnem oddelku v Splošni bolnišnici Jesenice, so bili zelo zadovoljni z obravnavo, kar dokazuje povprečna vrednost pri trditvi: Zadovoljen/a sem bil/a z obravnavo, ki sem jo bil/a deležna v vaši ustanovi 4,7 na lestvici od 0-5. Kar 79,7% vprašanih se s trditvijo zelo strinja in 16,5% se jih strinja (tabela 14).

### **3.5 RAZPRAVA**

Z našo raziskavo smo želeli ugotoviti, kako je poskrbljeno za obvladovanje bolečine pri pacientih, ki so operirani v okviru dnevne bolnišnice v Splošni bolnišnici Jesenice, kakšna je predhodna informiranost pacientov, njihovo podoživljanje celotnega procesa, njihova kakovost življenja en mesec po operativnem posegu in zadovoljstvo s celotno oskrbo.

Ob odpustu domov je zelo pomembno dobro informiranje pacienta. Medicinska sestra mora imeti sposobnost prepoznavanja različnih potreb pacientov v kratkem času ter ustrezno in strokovno ukrepati. Iz že izvedenih raziskav je razvidno, da je najbolj pomembno, da medicinska sestra pacientu posreduje informacije, nudi psihološko podporo in ga poučuje.

Ker je akutna bolečina pričakovana, je zelo pomembno, da je njeno obvladovanje učinkovito. V nasprotnem primeru je neučinkovito zdravljenje sporno tudi z etičnega vidika (Faganeli, 2012).

Rezultati naše raziskave so spodbudni, saj kažejo na to, da delamo kakovostno, varno in učinkovito. So dobra usmeritev za naše delo naprej in vnos izboljšav v sam proces dela. Medicinska sestra se je s pacienti pogovorila glede lajšanja bolečin doma in jim dala dovolj navodil ob odpustu domov. S strani zdravnika so pacienti prejeli recept za protibolečinska zdravila. V svoji raziskavi pa so (Watt Watson, et al., 2004) ugotovili, da večina pacientov ni prejela navodil o jemanju protibolečinskih zdravil po odpustu.

Medicinske sestre morajo s področja vodenja pooperativne bolečine imeti zadostno znanje in izkušnje, da le – te lahko posredujejo pacientom pred predvideno operacijo. Po operativnem posegu in ob odpustu domov je poleg zdravnika tudi medicinska sestra tista, ki mora pacientom nuditi informacije v zvezi s pooperativno bolečino, obvladovanju in lajšanju le - te (Fletcher, et al., 2008).

Avtor Toni (2012) navaja, da je za pacienta zelo pomembno, da ob pojavu bolečine ve, kako je potrebno postopati in da lahko sam pripomore k zmanjšanju pooperativne bolečine.

Številne študije poudarjajo, da je pomembno, da medicinska sestra izboljšuje svoje komunikacijske veščine, pacientom zagotavlja dostojanstvo in zasebnost (Rhodes, et al., 2006), zmanjšuje njihovo anksioznost s pomočjo poučevanja in podajanja ustreznih informacij (Gardner, et al., 2005).

Pacienti isti dan po posegu zapustijo bolnišnico, zato potrebujejo dovolj informacij in znanja o protibolečinskih sredstvih, ukrepih in tudi morebitnih stranskih učinkih analgetikov, da lahko obvladajo bolečino doma.

Akutno bolečino je potrebno čim hitreje odpraviti, saj dolgotrajna in neodpravljena lahko vodi v kronično bolečino. Z odpravljenim vzrokom je odpravljena tudi bolečina (Pirc, 2005).

Tudi avtor Rešetič (2012) zagovarja čim prejšnje zdravljenje akutne pooperativne bolečine in preventivo, da bi le - ta ne prešla v kronično. Pacientom iz naše raziskave je predpisano protibolečinsko zdravilo zmanjšalo bolečino.

Bolečina nas opozarja, da se z našim telesom nekaj dogaja. Z njo lahko začutimo prve spremembe v našem organizmu (Rešetič, 2012).

Razne raziskave so pokazale, da je pooperativna bolečina lahko tudi vzrok za kasnejše celjenje rane (McGuire, et al., 2006).



Pooperativna bolečina ima velik vpliv na pacientovo razpoloženje in s tem posledično na njegove kognitivne funkcije, socialno življenje in spanje (Caffo, et al., 2003).

Nekateri analgetiki imajo stranske učinke. Pomembno je, da je pacient o tem obveščen. Neželeni učinki zdravila so lahko samo prehodni, lahko pa vodijo do te mere, da je analgetik potrebno zamenjati. Pacient se bo le v primeru poučenosti in zadostnih informacijah počutil varno (Jošt, 2012). Vprašani v naši raziskavi po zaužitju predpisanih protibolečinskih tablet doma večinoma niso imeli stranskih učinkov (88,88%), v raziskavi (Watt Watson, et al., 2004) pa navajajo, da je petina pacientov prve tri dni po odpustu imela stranske učinke, kot sta zaprtje in slabost.

V enem mesecu po operativnem posegu je bila bolečina obvladana s strani pacientov tako, da jih večina ni potrebovala dodatne obravnave zdravnika (96,3%) ali patronažne medicinske sestre (100%). Bolečina je postala znosna do te mere, da pacienti niso več potrebovali predpisanih protibolečinskih zdravil niti dodatnih zdravil proti bolečinam. Po enem mesecu po operativnem posegu v velikem deležu pacientov bolečina ni omejevala pri vsakodnevnih aktivnostih. Petina pacientov je uporabljala zdravilske načine lajšanja bolečine, česar pa se pacienti v raziskavi iz leta 2004 (Watt Watson, et al., 2004) niso posluževali.

Dobro pripravljena navodila povečajo pacientovo fizično in psihično delovanje, zato je najbolje, če pacient že pred operativnim posegom prejme jasna navodila glede gibanja in fizične aktivnosti (Brdnik, 2009).

Zadovoljstvo pacientov po odpustu domov je odraz našega dela. Pacienti so bili odpuščeni domov dobro pripravljani. Nikakor se niso strinjali s tem, da bi zaradi bolečin rajši preživeli še eno noč v bolnišničnem okolju (79,7%). Bolečina po operativnem posegu ni bila hujša, kot so pričakovali. Iz raziskave je razvidno, da so bili s strani zdravstvenega osebja dobro informirani. Prav zaradi pogovora in vseh informacij, katere so prejeli, pa so doma uspešno obvladovali bolečino. Pacienti so bili zadovoljni, da jih je medicinska sestra poklicala domov po odpustu iz dnevne bolnišnice in jih povprašala po njihovem počutju.

Tudi Spacek (2006) ugotavlja, da je zelo pomembno za optimalno oskrbo pacientov po operativnem posegu prav učinkovito vodenje pooperativne bolečine.

Z zgodnjim lajšanjem akutne pooperativne bolečine je manjša poraba analgetikov, zmanjša se možnost zapletov, lažje je obvladljiva (Rešetič, 2012).

Glede na starost smo iskali razlike v trditvah, ki se nanašajo na vodenje pooperativne bolečine v dnevni bolnišnici. Na podlagi pridobljenih rezultatov lahko sklepamo, da starostniki izkusijo manj pooperativne bolečine, oziroma jo lažje prenašajo v primerjavi z mlajšimi pacienti. Podobne rezultate opisujeta tudi avtorja Akoh & Rana (2012) v svoji raziskavi pooperativne bolečine po operaciji ingvinalne kile na dnevnem oddelku v bolnišnici Derriford - Anglija. Ugotavljata tudi, da starost pacienta ni kontraindikacija za operacijo na dnevnem oddelku.

Glede na pridobljene rezultate lahko ovržemo naše domneve, da višje izobraženi bolje razumejo podana navodila glede pravilnega jemanja protibolečinskih zdravil, obvladovanja stranskih učinkov le-teh in posledično bolje prenašajo bolečino.

Razlike pri anketiranih pacientih smo iskali tudi glede na vrsto operativnega posega. Pacienti po operaciji v trebušni votlini se niso opredelili ali je bila bolečina hujša kot so pričakovali; pacienti, ki so imeli opravljen poseg na nogi so prejeli manj receptov za protibolečinska zdravila kot ostali dve skupini; posamezniki operiranih na področju roke pa en mesec po operaciji še potrebujejo protibolečinska zdravila.

Pacienti po operaciji v dnevni bolnišnici so bili zelo zadovoljni z vodenjem bolečine. Povprečna vrednost pri trditvi Zadovoljen/a sem bil/a z obravnavo, ki sem je bil/a deležna v vaši ustanovi je bila 4,7.

Izvedene raziskave še vedno pričajo, da akutna pooperativna bolečina ni dovolj zdravljena. Večji problem je izpostavljen predvsem pri akutni pooperativni bolečini otrok (Faganeli, 2012).

---

Avtor Rešetič (2012) navaja, da je kljub napredku v zdravstvu in farmakologiji odpravljanje pooperativne bolečine še vedno velik problem.

Akutno pooperativno bolečino, ki je neobvladovana, se povezuje s trajnimi posledicami za pacienta, kar se odraža tudi z negativnimi ekonomskimi posledicami (Faganeli, 2012).

Ob zaključku naše raziskave so se nam porajala nova vprašanja, hipoteze in omejitve naše raziskave:

- v naši raziskavi bi lahko vodenje pooperativne bolečine primerjali tudi glede na vrsto anestezije. Primerjali bi lahko, kako se bolečina razlikuje glede na izbrano;
- senzitivnost bolečine bi lahko bolj podrobno ocenili in primerjali, če bi izbrali paciente, ki so imeli enako vrsto operativnega posega;
- v raziskavo bi lahko vključili tudi svojce oziroma skrbnike, ki bi podali še objektivno oceno o bolečini svojca, kakšno pomoč so pacienti potrebovali in ali so upoštevali navodila, ki so jih prejeli v Splošni bolnišnici Jesenice;
- bolj specifično bi lahko pogledali še jemanje analgetikov doma. Ali so jih pacienti res jemali, ko jih je bolelo, ali so jih jemali, ker jih je bilo strah, da bi bolelo;
- v klinično pot bi lahko dodali še zgodovino bolečine oziroma pretekle izkušnje pacienta z doživljanjem bolečine.

Na to temo še ni bila izvedena nobena raziskava na dnevnem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice, zato naših rezultatov nimamo s čim primerjati. Smiselno bi bilo raziskavo ponoviti in nadgraditi ter upoštevati omejitve v naši raziskavi. Na takšen način bi dobili pomembne podatke, ki bi jih lahko uporabili za spremembe in izboljšave v procesu dela na dnevnem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice.

## **4 ZAKLJUČEK**

Raziskava je pokazala, da so bili pacienti z obravnavo v Splošni bolnišnici Jesenice v večini zelo zadovoljni. Zaradi dobre informiranosti s strani zdravstvenega osebja so bolečino doma uspešno obvladovali. Pomembno je, da se pomena dobre informiranosti in posledično vpliva na paciente zaveda vse zdravstveno osebje. Dobro pripravljene in informirane pacienti bodo samozavestni po odpustu domov in bodo uspešno obvladovali svojo bolečino. Ker bodo zaupali vase, jih ne bo strah zapustiti bolnišnice isti dan po posegu.

Dnevna bolnišnična obravnava omogoča vrnitev pacienta v domače okolje le nekaj ur po kirurškem posegu. Pomembna je dobra organizacija ter timsko sodelovanje med zdravstvenim in negovalnim osebjem. Zaradi vsakodnevnih izboljšav in novosti na tem področju je za vse vpletene primarnega pomena, da se stalno izobražujejo ter prepoznavanje priložnosti za izboljšave.

Obravnava pacientov v dnevni bolnišnici ima veliko prednosti. Pacientu pomagamo do hitre vrnitve v domače okolje, možnosti zapletov so manjše, ležalna doba je omejena na nekaj ur počitka po operativnem posegu. Takšna obravnava pa je tudi zelo pozitivna z ekonomskega vidika.

Raziskavo, ki smo jo izvedli bomo predstavili v Splošni bolnišnici Jesenice. Predstavili jim bomo rezultate le - te, da bodo zaposleni dobili povratne informacije o svojem delu.

---

## 5 LITERATURA

Abdalahim, M., Majali, S. & Bergbom, I., 2008. Documentation of postoperative pain by nurses in surgical wards, *Acute pain*, 10(2), pp. 73-81.

Akoh, J. & Rana, T., 2012. Acute postoperative pain following day case hernia repair, *The journal of one day surgery*, 22(1), pp. 6-8.

Bell, L. & Duffy, A., 2009. Pain assesment and managment in surgical nursing, *British journal of nursing*, 18(3), pp. 153-6.

Benedik, J., Červek, J., Červ, B., Gugić Kevo, J., Mavrič, Z., Serša, G. & Zakotnik, B., 2008. *Pogosta vprašanja v paliativni oskrbi: priročnik*. Ljubljana: Onkološki inštitut.

Borak, L., 2007. Medicinske sestre se soočamo z bolečino. In: M. Rebernik, ed. *Zbornik 13, Gradimo mostove, Gurmanski hram, Maribor, 23. in 24. november*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 152-6.

Brdnik, B., 2009. *Priprava bolnika na anestezijo in operacijo: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.

Caffo, O., Amichetti, M., Ferro, A., Lucenti, A., Valduga, F. & Galligioni, E., 2003. Pain and quality of life after surgery for breast cancer. *Breast cancer Res Treat*, 80(1), pp. 39-48.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo, pp. 168-9.

Cotič Anderle, M., 2014. Obravnava pacientov z bolečino v postopku bolnišnične triaže. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Mednarodni simpozij o urgentni medicini. Portorož, 19.-21. junij 2014: Urgentna medicina – izbrana poglavja 2014*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 260-2.

---

Čufer, T., Lahajnar Čavlovič, S., Krčevski Škvarč, N. & Stepanovič, A., 2008. Usmeritve za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom, *Onkološki inštitut Ljubljana, Zdravstveni dom Kranj, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zdravstveni vestnik*; 77, pp. 7-12.

Faganeli, N., 2012. Zdravljenje in vodenje akutne pooperativne bolečine, *farmakološki vestnik*, 63(1), pp. 10-3.

Fletcher, D., Fermanian, C., Mardaye, A. & Aegerter, P., 2008. A patient based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistent challenges. *Pain*, 137(2), pp. 441-51.

Gardner, T.F., Nnadozie, M.U. Sr., Davis, B.A. & Kirk, S., 2005. Patient anxiety and patient satisfaction in hospital - based and freestanding ambulatory surgery centers. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), pp. 238-43.

Gibson, C.E., 2006. The patient facing surgery. In: F.M. Alexander, N.J. Fawcett, J.P. Ruciman, eds. *Nursing practice hospital and home: the adult*. 3rd ed. *Churchill Livingstone Edinburgh*, pp. 901-39.

Gordon, M., 2006. *Negovalne diagnoze - priročnik*. Maribor, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, kolaborativni center za primarno zdravstveno nego.

Hajdinja, E., 2014. Drugi neopioidni in ne - nsar analgetiki v urgentni medicini. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. 21. *Mednarodni simpozij o urgentni medicini. Portorož, 19.-21. junij 2014: Urgentna medicina – izbrana poglavja 2014*. Ljubljana, Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 30-1.

Hales Reynolds, M.A., 2009. Postoperative pain management discharge teaching in a rural population. *Pain management nursing*, 10(2), pp. 76-84.

Herman, S., 2014. Neopioidni analgetiki – nesteroidna protivnetna zdravila. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. 21. *Mednarodni simpozij o urgentni medicini. Portorož, 19.-21. junij*

---

2014: *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2014*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 24-5.

Hotujec, S., Urankar, M. & Zwitter, M., 2007. Lestvice ocenjevanja stanja zmogljivosti, *Onkologija za prakso*, 11(1), p. 55.

Humar, L., 2009. *Vloga medicinske sestre v timski pripravi pacienta na ambulantni kirurški poseg: izkušnje pacientov: diplomsko delo*. Izola: Visoka šola za zdravstvo Izola, pp. 2-40.

Jagodic, V. & Urbančič, A., 2005. Lajšanje bolečine pri bolniku v enoti intenzivne terapije klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja v Ljubljani. *Obzornik zdravstvene nege*, 39(3), pp. 215-9.

Jošt, M., 2012. Neželjeni učinki analgetikov in prilagajanje protibolečinskega zdravljenja. *Farmacevtski vestnik*, 63(1), pp. 33-7.

Jus, A., 2014. Pristop in obravnava pacienta z bolečinami na terenu, urgentna medicina. In: R. Vajd, M. Gričar, eds. 21. *Mednarodni simpozij o urgentni medicini. Portorož, 19.-21. Junij 2014: Urgentna medicina – izbrana poglavja 2014*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, p. 247.

Kamenik, M., 2008. Merjenje in ocenjevanje bolečine v perioperativnem obdobju. In: M. Cesar Komar, ed. *Pooperacijska bolečina - 12. Seminar o terapiji bolečine z mednarodno udeležbo, Maribor 6-7 junij 2008*. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje, pp. 40-7.

Kerec Kos, M., 2012. Zdravila za zdravljenje bolečine. *Farmacevtski vestnik*, 63(1), pp. 6-9.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

- 
- Kovačič, D., 2014. Bolečina: Psihološka stran mehanizma preživetja, In: J. Musek, ed. *Anthropos I-2*, 46(1/2), Ljubljana: Društvo psihologov slovenije – Slovensko filozofsko združenje, pp. 65-86.
- Kunčič Mandelc, J., & Barovič, V., 2005. Dnevna bolnišnica, Pregledni članek, *Medicinski razgledi*, 44(2), pp. 185-203.
- Lahajnar, S., Krčevski Škvarč, N., Stepanović, A. & Čufer, T., 2008. Usmeritve za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. *Zdravniški vestnik*, 77(1), pp. 7-12.
- Lipp, A. & Kaliappan, A., 2007. Managing pain and PONV in day surgery, *current anaesthesia and critical care*, 18(4), pp. 200-7.
- McGuire, L., Heffner, K., Glaser, R., Needleman, B., Malarkey, W., Dickinson, S., Lemeshow, S., Cook, C., Muscarella, P., Melvin, W. S., Ellison, E.C. & Kiecolt Glaser, J. K., 2006. Pain and wound healing in surgical patients. *Ann Behav Med.*, 31(2), pp. 165-72.
- Ng, L. & Mercer Jones, M., 2014. Day case surgery guidelines, *Surgery (Oxford)*, 32(2), pp 73-8.
- Pirc, J., 2005. Prepoznavanje ocenjevanje in merjenje bolečine. In: N. Krčevski Škvarč ed. 9. *Seminar o bolečini: zbornik predavanj, Maribor, 10.-11. 2005*. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, Splošna bolnišnica Maribor, pp. 173-7.
- Požlep, G., 2010. Zdravljenje kronične bolečine. In: V. Pavel Eržen & A. Manohin, eds. *Kontinuirano podiplomsko izobraževanje iz anesteziologije*, Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino, pp. 230-8.
- Rems, M., Lindič, H. & Kunčič Mandelc, J., 2008. Ponovni sprejemi po operaciji v dnevnem oddelku kot kazalnik kakovosti, *Bilten: ekonomika, informatika in organizacija v zdravstvu*, 24(5), pp. 173-8.



---

Rešetič, J., 2012. Odgovornost medicinske sestre pri lajšanju pacientove bolečine na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto. In: M. Berkopec, ed. *Odgovornost v zdravstveni negi: 4. Dnevi Marije Tomšič, Dolenjske toplice, 19.-20. januar 2012*. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo, pp. 25-30.

Rhodes L., Miles G. & Pearson A., 2006. Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: a systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 22(4), pp. 178-92.

Segerdahl M., Warren Stomberg, M., Rawal, N., Brattwall, M. & Jakobsson, J. M., 2008. Clinical practice and routines for day surgery in Sweden. *Implications for improvement in nursing interventions, journal of perianesthesia nursing*, 22(5), pp. 311-20.

Skela Savič, B., Kaučič, B. M., Filej, B., Skinder Savič, K., Mežik Veber, M., Romih, K., Pivač S., Zorc, J., Prebil, A., Bahun, M., Čuk, V. & Kersnič, P. 2010. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege, izbrana poglavja – merjenje, nadzor, dokumentiranje vitalnih in drugih znakov za oceno pacientovega stanja*; Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 159-66.

Spacek A., 2006. Modern concepts of acute and chronic pain management. *Biomed Pharmacother*, 60(7), pp. 329-35.

Šmitek, J. & Krist, A., 2008. *Venski pristopi, odvzem krvi in dajanje zdravil*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, pp. 185-92.

Toni, J., 2012. Patofiziološki vidiki bolečine. *Farmaceutski vestnik*, 63(1), pp. 3-5.

Urancar, M., 2014. Aplikacija analgetikov pri urgentnem kirurškem posegu. In: R. Vajd, M. Gričar, eds. 21. *Mednarodni simpozij o urgentni medicini. Portorož, 19.-21. junij 2014: Urgentna medicina – izbrana poglavja 2014*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 256-9.

Watt Watson, J., Chung, F., Chan V. W. & McGillion, M., 2004. Pain management following discharge after ambulatory day-case surgery. *Journal of nursing management*, 2004; 12(3), pp. 153-61.

Yvet Meng, A. & Vickers, A., 2013. Postoperative analgesia and discharge criteria for day surgery. *Anaesthesia and intensive care medicine*; 14(3), pp. 110-3.

Zdravstveni statistični letopis, Slovenija 2009. In: J. Trdič, D. Moravec Berger, & R. Pribakovič Drinovec, eds. *Bolnišnična dejavnost. Hospital services*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 435.

## **6 PRILOGE**

### **6.1 INSTRUMENT**

#### **6.1.1 Vprašalnik**

Spoštovani/a,

sem Goran Zrnić, absolvent Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in pripravljam diplomsko delo z naslovom: Vodenje protibolečinske terapije po operaciji v dnevni bolnišnici.

Pred Vami je vprašalnik, s katerim želim ugotoviti, kako je bila vodena Vaša bolečina po operaciji na dnevnem oddelku v Splošni bolnišnici Jesenice v obdobju enega meseca po odpustu domov. S pridobljenimi rezultati bi lahko pripomogli k bolj učinkovitemu obvladovanju bolečine pacientov po operaciji na dnevnem oddelku po odpustu domov.

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

Prosim Vas, da izpolnjene anketne vprašalnike pošljete v priloženi kuverti z že plačano poštnino in navedenim naslovom.

Za Vaše sodelovanje se Vam vnaprej zahvaljujem.

Pri nekaterih vprašanjih so odgovori že podani. Tam obkrožite črko pred izbranim odgovorom oz. na črto napišite odgovor.

V delu vprašalnika so zapisane trditve. Za vsako trditev se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – se ne strinjam, 2 – se delno strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 - se strinjam, 5 – zelo se strinjam.

## **ANKETNI VPRAŠALNIK**

### **1. Spol:**

- a) ženski
- b) moški

### **2. Starost:**

- a) do 25 let
- b) 26-35let
- c) 36-45let
- d) 46-55let
- e) 56-65let
- f) Več kot 67 let

### **3. Izobrazba:**

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

**4. Delovni status:**

- a) študent
- b) zaposlen
- c) brez zaposlitve
- d) upokojen

**5. Operiran/a sem bil/a:**

- a) **na področju noge** (artroskopija kolena, Bakerjeva cista, hallux valgus, odstranitev osteosintetskega materiala)
  - b) **na področju roke** (sindrom karpalnega kanala, Dupuytrenova kontraktura, odstranitev osteosintetskega materiala)
  - c) **na področju spolovila** (Bartolinijeva žleza, ploščati kondilom, sterilizacija pri moškem, fimozis)
  - d) **kirurške operacije v trebušni votlini** (dimeljska kila, popkovna kila)
  - e) **druge kirurške operacije**
- 

**6. Ste doma v obdobju do danes (mesec po operaciji) potrebovali dodatna zdravila proti bolečinam?**

- a) da
- b) ne

**7. Ali ste imeli po zaužitju protibolečinskih zdravil doma kakšne stranske učinke?**

- a) da, slabost
- b) da, slabost in bruhanje
- c) vrtoglavico
- d) glavobol
- e) bolečine v želodcu
- f) drugo \_\_\_\_\_

8. **Ali ste doma uporabljali zdravilske načine lajšanja bolečine?**

**(možnih več odgovorov)**

- a. homeopatska zdravila
- b. zdravilne čaje
- c. bioenergetiko
- d. akupunkturo
- e. aromaterapijo
- f. drugo \_\_\_\_\_

9. **Ste po prihodu domov v obdobju enega meseca zaradi bolečin potrebovali dodatno obravnavo zdravnika?**

- a) da
- b) ne

**10. Ste po prihodu domov v obdobju enega meseca zaradi bolečin potrebovali dodatno obravnavo patronažne medicinske sestre?**

a) da

b) ne

**11. Medicinska sestra me je po odpustu iz dnevne bolnišnice poklicala domov in me vprašala po mojem počutju?**

a) da

b) ne

**V tabeli na naslednji strani ocenite dane trditve po Likartovi lestvici: za vsako trditev se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer pomeni: 1- se ne strinjam, 2- se delno strinjam, 3- niti se strinjam niti se ne strinjam, 4- se strinjam, 5- zelo se strinjam. Označite tako, da v ustrezen kvadrat napišete »X«.**

Trditve (označite z <b>X</b> )	1- Se ne strinjam	2- Se delno strinjam	3- Niti se strinjam niti se ne strinjam	4- Se strinjam	5- Zelo se strinjam
Pooperativna bolečina je bila hujša, kot sem pričakoval/a.					
Pred odpustom iz bolnišnice sem prejel/a dovolj navodil glede lajšanja bolečine doma.					
Ob odpustu domov sem prejel/a recept za protibolečinska zdravila.					
Ob odpustu sem bil/a dovolj seznanjen/a z načini lajšanja pooperativne bolečine doma					
Predpisano protibolečinsko zdravilo je zmanjšalo mojo bolečino.					
Noč po operativnem posegu bi zaradi bolečin, ki sem jih imel, rajši preživel v bolnišnični oskrbi.					
Po enem mesecu od operacije je bolečina postala znosna do te mere, da ne potrebujem več protibolečinskih zdravil.					
Po enem mesecu od operacije me bolečina ne omejuje pri vsakodnevnih aktivnostih.					
Zadovoljen/a sem bil/a z obravnavo, ki sem je bil/a deležen/a v vaši ustanovi.					
Zaradi dobre predhodne priprave s strani zdravstvenega osebja (pogovor in informacije) sem bolečino doma uspešno obvladal/a.					



