



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**POMEN PREDOPERATIVNE ŠOLE ZA
PACIENTE S TOTALNO ENDOPROTEZO
KOLENA**

**THE ROLE OF PREOPERATIVE
EDUCATION FOR PATIENTS WITH A
TOTAL KNEE ARTHROPLASTY**

Mentor: mag. Miran Rems, viš. pred.

Kandidatka: Anja Stenovec

Jesenice, maj, 2017

ZAHVALA

Zahvala mentorju mag. Miranu Remsu, viš. pred. za strokovno vodenje in sodelovanje pri pripravi diplomskega dela.

Zahvala recenzentoma Sedinu Kalender Smajlović, pred. in Izidorju Kernu, viš. pred. za strokovni pregled in usmeritve pri nastajanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se sodelujočim pri pomoči za izvedbo raziskave Manci Pogačnik, dipl.m.s. na ortopedskem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice, asist. dr. Boštjanu Kocjančiču z Ortopedske klinike UKC Ljubljana in dr. Barbari Jenko za strokovno pomoč pri statistični analizi podatkov.

Posebna zahvala pa gre moji družini, partnerju Tomažu in hčerki Evi, za podporo ob nastajanju diplomskega dela in vsem bližnjim, ki so me spremljali skozi celotno študijsko obdobje.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Predoperativna šola kot del programa pospešenega kirurškega okrevanja pomembno pripomore k pripravljenosti pacienta na operativni poseg in boljše izzide zdravljenja po operaciji.

Cilj: Cilj raziskave je bil opredeliti pomen predoperativne šole pri seznanjenosti in pripravi pacienta na operativni poseg totalne endoproteze kolena ter napraviti primerjavo med pričakovanji in končnim zadovoljstvom pacientov udeleženih oziroma neudeleženih na predoperativni šoli.

Metoda: Raziskava je temeljila na metodi kvantitativno – neeksperimentalnega empiričnega raziskovanja. Zbrani podatki so pridobljeni s strukturiranim vprašalnikom, razdeljenim med 50 udeležencev (Splošna bolnišnica Jesenice) in 50 neudeležencev (Ortopedska klinika UKC Ljubljana) predoperativne šole. Sodelovalo je 45 (90 %) udeležencev predoperativne šole in 42 (84 %) neudeležencev, vzorec je bil namenski, priložnostni. Pridobljeni podatki so bili obdelani z MSO Excel in SPSS programom. Statistično so podatki obdelani z osnovno statistiko, Mann-Whitneyjevim statističnim testom, Hi kvadrat testom (χ^2), ter Pearsonovim koeficientom korelacije.

Rezultati: Pri udeležencih predoperativne šole se v primerjavi z neudeleženci kaže statistična razlika v boljši seznanjenosti s sprejemom v bolnišnico ($p = 0,007$), postopkom operacije ($p < 0,001$), pooperativno bolečino ($p = 0,011$), zdravstveno nego na oddelku ($p < 0,001$), okvirno planiranim odpustom ($p < 0,001$) in rehabilitacijo doma ($p < 0,001$). Večina pacientov v obeh skupinah je največ informacij o hospitalizaciji dobilo od ortopeda, udeleženci predoperativne šole pa imajo statistično pomembno pričakovanja bolj enaka dejanski obravnavi kot neudeleženci ($p = 0,004$). Razlik v zadovoljstvu pacientov ni, vsi so v povprečju podali oceno zelo zadovoljen. Pomembna razlika se kaže v povprečni ležalni dobi, ki je pri udeležencih 4,2 dni in neudeležencih 7,5 dni.

Razprava: Predoperativna šola pomembno pripomore k seznanjenosti, psihofizični pripravljenosti pacienta na hospitalizacijo ter vpliva na pacientova pričakovanja, dileme in strah glede vrnitve v domače okolje. Ležalna doba po operaciji je pri udeležencih pomembno krajša.

Ključne besede: program ERAS, predoperativna edukacija, seznanjenost pacientov, operacija, medicinska sestra

ABSTRACT

Background: Preoperative education as part of the Enhanced Recovery After Surgery programme significantly contributes to patient's preparedness for surgery and better surgery outcomes.

Aims: The aim of this study was to identify the importance of preoperative education for patients undergoing total knee arthroplasty, particularly its impact on the patient's awareness and preparedness for surgery. The aim was also to compare the difference between participants and non-participants of preoperative education in terms of expectations and final patient satisfaction.

Methods: The study was based on a non-experimental quantitative method of empirical research. Data were collected using a structured questionnaire distributed to 50 participants of preoperative education (General Hospital Jesenice) and 50 non-participants of preoperative education (The Department of Orthopaedic Surgery of University Medical Centre Ljubljana). The survey response rate was 45 (90 %) among participants and 42 (84%) among non-participants of preoperative education. The survey was carried out on a non-random convenience sample.. The data obtained were processed using Microsoft Excel and SPSS software. Statistic data were processed using basic statistic analysis, Mann-Whitney statistic test, Chi-square test (χ^2) and Pearson's correlation coefficient.

Results: The comparison between participants and non-participants shows that participants of preoperative education before total knee arthroplasty are significantly more familiar with hospital admission ($p = 0.007$), surgery procedure ($p < 0.001$), planned discharge from hospital ($p < 0.001$) and rehabilitation at home ($p < 0.001$). In both groups, the majority of patients responded that they received the most information about hospitalization from an orthopedic surgeon, but the expectations of the participants of preoperative education are significantly more similar to the actual hospital treatment ($p = 0.004$). There is no correlation in the satisfaction levels between participants and non-participants and they both rate their experience in hospital as very satisfactory. The important difference is shown in the mean length of stay between compared groups. In the group, where the respondents participated in the education, the

average length of stay was 4.2 days, while the group of non-participants averaged at 7.5 days.

Discussion: Preoperative education significantly contributes to patient's psychophysical preparation for hospitalization. It also has an impact on the patient's expectations about hospitalization and anxiety and questions about their life after discharge from hospital. The length of stay after surgery of total knee arthroplasty is significantly shorter in the group of patients participating in preoperative education.

Keywords: ERAS programme, preoperative education, patient preparation, surgery, nurse

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	2
2.1	TOTALNA ENDOPROTEZA KOLENA	2
2.1.1	Indikacije in možni zapleti	3
2.1.2	Priprava na operacijo.....	3
2.1.3	Operativni poseg	4
2.1.4	Obdobje po operaciji in odpust iz bolnišnice	5
2.2	“ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY”	6
2.3	PREDOPERATIVNA ŠOLA KOT DEL PROGRAMA POSPEŠENEGA OKREVANJA PO OPERACIJI.....	7
2.3.1	Program in potek predoperativne šole (primer prakse Splošne bolnišnice Jesenice).....	9
2.3.2	Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta s TEP kolena.....	12
3	EMPIRIČNI DEL	14
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	14
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	14
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	15
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	15
3.3.2	Opis merskega instrumenta	15
3.3.3	Opis vzorca.....	16
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	17
3.4	REZULTATI.....	18
3.5	RAZPRAVA	27
4	ZAKLJUČEK	34
5	LITERATURA	35
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	

KAZALO SLIK

Slika 1: Rentgenska slika kolena z vstavljenim TEP	2
Slika 2: Prikaz kolena med operacijo pred in po vstavljenem TEP	5
Slika 3: Vir informacij za paciente o poteku celotne bolnišnične obravnave	19
Slika 4: Povprečna ležalna doba po operaciji TEP kolena med udeleženci in neudeleženci PŠ	26

KAZALO TABEL

Tabela 1: Predstavitev vzorca anketirancev	16
Tabela 2: Seznanjenost pacientov pred načrtovanim operacijskim posegom	18
Tabela 3: Nerazjasnena vprašanja pred operacijskim posegom.....	18
Tabela 4: Izvajanje vaj za krepitev operirane noge pred operacijo.....	19
Tabela 5: Pomisleki glede pravilnosti odločitve za TEP kolena	20
Tabela 6: Prisotnost strahu in dilem glede sprejema v bolnišnico	20
Tabela 7: Prisotnost strahu in dilem glede operativnega posega	21
Tabela 8: Prisotnost strahu in dilem glede pooperativne bolečine.....	21
Tabela 9: Prisotnost strahu in dilem glede pooperativne zdravstvene nege.....	22
Tabela 10: Prisotnost strahu in dilem glede postopka okrevanja doma	23
Tabela 11: Strah pacientov vrnitve in funkcioniranja v domačem okolju	23
Tabela 12: Stopnja bolečine na 1. dan po operaciji.....	24
Tabela 13: Zadovoljstvo v času hospitalizacije.....	24
Tabela 14: Odzivnost in nudenje pomoči zdravstveno-negovalnega osebja.....	25
Tabela 15: Pojav neželenih dogodkov ali zapletov med hospitalizacijo.....	25
Tabela 16: Hospitalizacija v skladu s pričakovanji.....	25
Tabela 17: Stopnja bolečine na dan odpusta	26

SEZNAM KRAJŠAV

ERAS – Enhanced Recovery After Surgery

TEP – totalna endoproteza

KP – klinična pot

SBJ – Splošna bolnišnica Jesenice

SOP – standardni operativni postopki

MS – medicinska sestra

UKC – Univerzitetni klinični center

PŠ – predoperativna šola

1 UVOD

Prebivalstvo naše države se, tako kot drugod v razvitem zahodnem svetu, stara. Zahteve in pričakovanja ljudi po bolj kakovostnem in še vedno aktivnem življenju tudi v starosti pa so vse večje. Vstavitev umetnega sklepa je v ortopediji med najbolj zanimivimi, učinkovitimi in hitro razvijajočimi se področji. Najpogostejše so totalne endoproteze kolena in kolka, ki imajo hkrati tudi najdaljšo zgodovino. Podatki o dolgoročnih rezultatih postopkov in delovanju ter življenjski dobi posameznih vrst ortopedskih protez so neprecenljivi, tako za paciente kot tudi za kirurge. Zato je potrebno spremljati rezultate v daljšem časovnem obdobju in analizirati dejavnike, ki lahko vplivajo na uspešnost zdravljenja (Silvester, et al., 2007).

Za zagotavljanje najboljšega možnega izida operacije, je pomembno že obdobje priprave na operacijo, pred samim sprejemom v bolnišnico (Rizzo, n.d.).

Dobra psihofizična priprava in seznanitev pacienta z operativnim posegom je torej temelj kakovostne obravnave. Predoperativna edukacija lahko poteka v obliki individualnega pogovora med pacientom in zdravstvenimi strokovnjaki – osebno, preko telefona ali v obliki skupinske delavnice (White, 2015).

Delavnica “predoperativne šole” se je tako začela uveljavljati z začetkom programa “Enhanced Recovery After Surgery” (ERAS) oz. koncepta kirurgije s pospešenim okrevanjem. Delavnice se udeležijo vsi pacienti v dneh pred načrtovano operacijo kolenske oziroma kolčne endoproteze (Silvester & Kacijan, 2017). Namen predoperativne šole je na primeren način paciente pred operacijo seznaniti z dogajanjem pred, med in po operaciji, kar pozitivno vpliva na pacientovo končno zadovoljstvo z obravnavo, krajšo ležalno dobo, manjšo anksioznost in nasplošno boljši izid zdravljenja (McDonald, et al., 2014). Ob tem pa se kakovost obravnave in izid zdravljenja za pacienta ne spreminjata. Nasprotno, rezultati retrogradnih analiz o zapletih in ponovnih sprejemih v obdobju enega leta po operaciji kažejo, da se je pogostost zapletov in težav po operaciji s sodobnim pristopom celo pomembno zmanjšala (Maempel, et al., 2016).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 TOTALNA ENDOPROTEZA KOLENA

Totalna endoproteza (TEP) kolena je operativna metoda, pri kateri se obe sklepni površini obolelega kolenskega sklepa nadomestita z umetno protezo, ki se čvrsto fiksira v kost. S tem se obnovi gibljivost sklepa in funkcija mišic, ligamentov in ostalih mehko tkivnih struktur, ki nadzirajo sklep. Umetni kolenski sklep je sestavljen iz femoralnega (stegneničnega) in tibialnega (goleničnega) dela (slika 1), ki sta kovinska, med njima pa se kot stabilizator nahaja polietilenska ploščica. Oba kovinska dela sta čvrsto fiksirana na kost s kostnim cementom. Občasno pa je potrebno na pogačico vstaviti še tretji del endoproteze (Foran, 2015).

Z vstavitvijo umetnega sklepa se le-temu povrne gibljivost, odpravi bolečina in popravi deformacija. Moderna TEP kolena je uspešna operativna metoda, kar kažejo rezultati tako zgodnjih pooperativnih kot tudi kasnejših kontrol (po desetletju in več) (Moličnik & Merc, 2010).



Slika 1: Rentgenska slika kolena z vstavljenimi TEP

Vir: osebni arhiv - Tomaž Silvester

2.1.1 Indikacije in možni zapleti

TEP kolena se vstavi v okvarjen sklep zaradi obrabe sklepnega hrustanca (idiopatska artroza), revmatoidnega artritisa in podobnih boleznih, ali pa popoškodbene artroze. Za vstavitve TEP se pacient po posvetu z ortopedom odloči, ko je kakovost življenja pomembno okrnjena zaradi bolečin v sklepu, slabe gibljivosti in/ali deformacije sklepa, ter ko konzervativni ukrepi (analgetiki, zmanjšanje telesne teže, fizioterapija, znotrajsklepne injekcije) niso več učinkoviti. Najprimernejši kandidati za TEP so aktivne starejše osebe, saj je velika verjetnost, da jim umetni sklep zaradi dolge življenjske dobe proteze (do 30 let) ne bo več predstavljal ovire pri gibanju. Endoproteza se lahko vstavlja tudi pri osebah mlajših in srednjih let, vendar je pri teh toliko večja verjetnost, da bo po dveh do treh desetletjih lahko prišlo do obrabe ali razmaganja proteze. Relativne kontraindikacije za TEP so lahko nesodelovanje bolnika, prekomerno povečana telesna teža bolnika, hitro napredujoča nevrološka bolezen, nevropatski artritis ali vsak degenerativni proces, ki hitro uničuje kostnino (Moličnik & Merc, 2010).

Tako kot pri vsakem kirurškem posegu, so, kljub ustreznim preventivnim ukrepom, tudi pri operaciji vstavitve TEP kolena možni zapleti, ki jih razdelimo na zgodnje, nastale med posegom in v zgodnjem pooperativnem obdobju, in kasne zaplete:

- perioperativni zapleti (internistični zapleti, tromboza, pljučna embolija),
- poškodba živca,
- patelofemoralni zapleti,
- izpahljivost in nestabilnost sklepa,
- obprotezne okužbe (zgodnje in pozne),
- aseptično omajanje in periprostetični zlomi (Kelc & Moličnik, 2008).

2.1.2 Priprava na operacijo

Obravnava pacienta poteka po klinični poti (KP) za operacijo totalne endoproteze kolena. To je dokument, ki spremlja bolnika od sprejema do odpusta. V njem je zabeleženo vse, kar se dogaja z bolnikom v bolnišnici. Je standarden načrt multidisciplinarne zdravstvene obravnave. Namen uporabe je sledenje odstopanj od

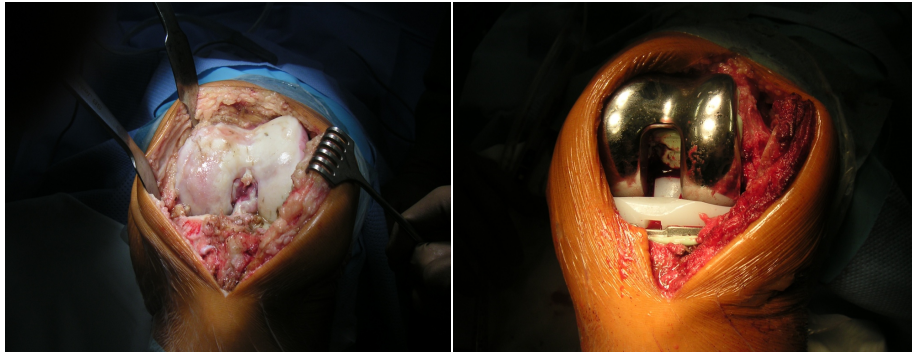
standardnih vrednosti oz. postopkov, ob tem pa ohranja utemeljene odločitve, poenoti klinično obravnavo in izboljšuje njeno kakovost ter obenem povečuje učinkovitost timskega dela (Zaletel, 2014).

Pri TEP kolena v Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ) KP zajema razgovor z ortopedom in anesteziologom pred operacijo, udeležbo na predoperativni šoli, sprejem v specialistični ambulanti na dan operacije, sprejemni list zdravstvene nege, dogajanje v medoperativnem obdobju, stanje pacienta v dnevih na bolniškem oddelku ter intervencije fizioterapije. Klinična pot se zaključi s telefonskim razgovorom s pacientom po odpustu domov. S tem vsakemu izmed pacientov omogoča enako obravnavo po točno določenemu protokolu, ter hitro prepoznavanje problema in individualno ukrepanje v primeru odklonov (Splošna bolnišnica Jesenice, 2015a).

2.1.3 Operativni poseg

Operacijo vstavitve TEP se opravi v anesteziji, ki je lahko splošna ali spinalna, ti pa sta praviloma kombinirani s periferno blokado femoralnega in ishiadičnega živca. Slednja je predvsem v funkciji podaljšane pooperativne analgezije. O vrsti anestezije se pacient odloči skupaj z anesteziologom, na podlagi zdravstvenega stanja, tudi stanja kardiovaskularnega sistema, kognitivne funkcije in potencialne ogroženosti za zaplete, povezano z regionalno (spinalno) ali splošno anestezijo (Palmer, 2014). Intravenozna aplikacija traneksamične kisline preprečuje peri- in pooperativne krvavitve in tako pomembno zmanjša potrebo po transfuziji, kontraindicirana pa je pri pacientih, ki so pred kratkim imeli trombotični zaplet (Gilbody, et al., 2014).

Med operacijo je koleno v skrčenem položaju, tako da so vse sklepne površine v celoti prikazane. Po začetnem kožnem rezu dolžine 15 – 20 cm si ortoped prikaže celoten sklep in nato odstrani okvarjene površine sklepa. Po ustrezni pripravi sklepnih površin se čvrsto namestijo (običajno z uporabo kostnega cementa) vsi deli umetnega kolenskega sklepa (slika 2). Pred zaključkom operacije ortoped preveri gibljivost in stabilnost ter s tem ustrezno funkcijo sklepa. Običajno kirurški poseg traja uro in pol, z vso pripravo skupaj torej okvirno 2 uri (Ortopedska klinika UKC Ljubljana, n.d.).



Slika 2: Prikaz kolena med operacijo pred in po vstavljeni TEP

Vir: osebni arhiv - Tomaž Silvester

2.1.4 Obdobje po operaciji in odpust iz bolnišnice

Za čimbolj učinkovito zmanjšanje pooperativne bolečine Webb in Mariano (2015) navajata predvsem pomen multimodalne peri- in postoperativne neopioidne analgezije, ki zajema že lokalno infiltracijsko analgezijo v perioperativnem obdobju. Ustrezna protibolečinska zdravila pacient lahko dodatno dobiva kontinuirano preko že vstavljenega spinalnega katetra, samonadzorovane intravenske analgezije ali s per os terapijo. Poleg tega (tudi še po prihodu domov) prejema antikoagulacijsko zaščito še 15 dni.

Po operaciji je pacient prvih 24 ur nameščen v polintenzivni sobi ortopedskega oddelka. Operirano koleno leži iztegnjeno na ravni podlagi in nekoliko podloženo v gležnju. Na mestu operacije so nameščeni terapevtski kriopaki, ki s hlajenjem zmanjšujejo vnetje, nastalo zaradi kirurškega posega in hkrati posledično lajšajo bolečino, nastalo ob vnetju. Dren, vstavljen ob koncu operacijskega posega, se odstrani prvi dan po operaciji, s čimer pacient postane tudi pripravljen za pričetek fizioterapevtskega razgibavanja. Na oddelku prične s fizioterapijo po ustreznem programu, ki se oblikuje v sodelovanju s fizioterapevtom in zdravnikom (Rezar, et al., 2010).

Ob odpustu pacient dobi navodila za nadaljevanje rehabilitacije doma do prvega kontrolnega pregleda pri ortopedu. Ta se opravi med 4. in 6. tedenom po operaciji, sledi mu še en pregled čez približno pol leta.

2.2 “ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY”

Z razvojem in izboljšanjem operativnih procesov, procesov zdravljenja in zdravstvene nege, so se pokazale tudi možnosti kakovostnejše in optimizirane obravnave pacienta s TEP kolena. Namen je zmanjševanje perioperativnih in postoperativnih zapletov, zmanjšanje stopnje bolečine in skrajševanje ležalne dobe po operativnem posegu. Možnosti optimizacije so se pokazale na različnih področjih preoperativne in postoperativne obravnave pacienta (Larsen, et al., 2008). Hkrati pa, kot navajajo Uhrbrand, et al. (2014), zaradi konflikta med naraščajočim številom artroplastik in s tem povezanimi višjimi finančnimi stroški s strani zdravstvenega proračuna, je bilo potrebno najti način, kako stroške operacije in obravnave pacienta v čim večji meri racionalizirati. Kot učinkovita rešitev se je izkazalo skrajševanje ležalne dobe po operativnem posegu.

“Enhanced Recovery After Surgery” (ERAS) je program pospešenega kirurškega okrevanja po operaciji in vključuje z dokazi podprte protokole, ki so bili sestavljeni za standardizacijo in optimizacijo preoperativne, intraoperativne in postoperativne zdravstvene obravnave, za zmanjšanje kirurške travme in perioperativnega stresa ter organske disfunkcije. Prednost metode pospešenega okrevanja zajema tudi zmanjšanje zapletov operacije in optimalno varovanje pacientovega zdravja ob hkratni visoki stopnji zadovoljstva pacienta s celotnim potekom obravnave. Glavni način doseganja željenih rezultatov je “ERAS” princip kirurške obravnave, ki se osredotoča na čimkrajši čas od dneva sprejema pacienta v bolnišnico do njegovega odpusta domov. Vsebina programa ni specifično določena za posamezne tipe operacij, temveč se, glede na raziskave, zaradi vsesplošne veljave, vključuje v najrazličnejša področja kirurških strok (abdominalna, torakalna, kardiovaskularna, ortopedska kirurgija...) (Varadhan, et al., 2010).

Da kakovost zdravljenja ostaja enaka ali je lahko celo še bolj kakovostna, ter da se zapleti po operativnem posegu pojavijo manj pogosto, v svoji raziskavi dokazujejo Maempel, et al. (2016). Raziskava je pokazala, da se je z uporabo programa kirurgije s pospešenim okrevanjem pri skrajšanju ležalne dobe po TEP kolena ta zmanjšala za 1,5 dni, hkrati pa se kakovost zdravljenja, glede na običajno obravnavo po operaciji ni zmanjšala. Tudi kvaliteta življenja (vključujoč bolečino, splošno funkcioniranje,

aktivnost, stopnjo deformacije in stopnjo gibanja) spremljanih pacientov po 12 – 18-ih mesecih dosega primerljivo dobre rezultate.

Optimizirana kirurgija s pospešenim okrevanjem zajema:

- predoperativno edukacijo pacienta,
- prehabilitacijo,
- optimizacijo predoperativne kirurške obravnave
- zmanjševanje stresnega odziva na operacijo,
- optimalno lajšanje bolečine,
- pospešeno mobilizacijo,
- ustrezno prehransko podporo,
- postopke moderne zdravstvene nege,
- optimizacijo informiranja pacienta, planiranje tekočinskega ravnovesja in anestetičnega zdravljenja,
- optimizacijo transfuzijske terapije (če je potrebna),
- optimizacijo moderne rehabilitacije in psihoterapije,
- skrajšanje pooperativne kognitivne disfunkcije (Larsen, et al., 2008).

2.3 PREDOPERATIVNA ŠOLA KOT DEL PROGRAMA POSPEŠENEGA OKREVANJA PO OPERACIJI

Za zagotavljanje najboljšega možnega izida operacije je pomemben del že obdobje priprave na operacijo pred sprejemom v bolnišnico – t.i. prehabilitacija. Ta zajema fizično in psihično pripravo, poleg tega pa tudi temu primerno izbiro in prilagoditev življenjskega sloga, ki omoča boljše in hitrejše okrevanje ter rehabilitacijo po predvideni operaciji (Rizzo, n.d.).

Za primer dobre prakse uvedbe predoperativne šole (v okviru programa kirurgije s pospešenim okrevanjem) Scott in sodelavci (2013) navajajo primer Škotske, kjer so spremljali spremembe po uvedbi programa v 22 ortopedskih bolnišnicah. Rezultati so pokazali, da je uvedba predoperativne šole (vključujoč ostale elemente ERAS programa) povezana s sprejemom pacientov šele na dan operacije, s skrajšanjem časa do prve mobilizacije po operaciji ter s skrajšanjem povprečne ležalne dobe (iz 5 na 4 dni).

Zaradi optimizirane predoperativne analgezije in anestezije navajajo še številne druge koristi za pacienta, kot so zmanjšano število medoperativnih zapletov, zmanjšanje števila transfuzij, manjša količina nadomeščanja intravenoznih tekočin ter uporabe analgetikov. Silvester in Kacijan (2017) za primerjavo evropskim državam navajata podatke analize ležalne dobe pacientov po TEP kolena v SBJ za leto 2016. Ta kaže, da se je po vključitvi protokola kirurgije s pospešenim okrevanjem ležalna doba skrajšala iz 7,3 dni (leto 2013) na 5,5 dni (leto 2015). Ko so v protokol vključili še izvajanje predoperativne šole, obvezne za vse paciente pred operacijo TEP kolena, je bila povprečna ležalna doba leta 2016 tako le še 4,4 dni. Tudi v SBJ ugotavljajo, da zaradi skrajševanja ležalne dobe ni prišlo do povečanja števila ponovnih sprejemov.

Dobra psihofizična priprava in seznanitev pacienta z operativnim posegom je temelj kakovostne obravnave pacienta s TEP. Vendar pa je delo na področju pacientovih pričakovanj lahko precej občutljivo – pacienti svoje zadovoljstvo po TEP na lestvici od 0 do 100 % ocenjujejo med 81 - 89%. Hkrati pa je ravno to področje ključno pri končnem zadovoljstvu po opravljenem posegu. Predoperativna šola lahko poteka v obliki individualnega pogovora med pacientom in zdravstvenimi strokovnjaki – osebno ali preko telefona, ali pa v obliki skupinske delavnice (White, 2015).

Jack, et al. (2011), navajajo, da predoperativni fizični status vpliva na pooperativni fizično funkcijski upad. Podatki kažejo, da posamezniki, ki so bili v slabši fizični pripravljenosti že v času pred operacijo dosegajo višjo stopnjo obolevnosti in umrljivosti v času hospitalizacije. Kljub znanim dejstvom pa na področju prehabilitacije še vedno ni predpisanih in uveljavljenih protokolov, po katerih bi se aktivnosti enotno izvajale. Obenem pa opozarjajo na dejstvo, da kljub vsemu povečanje fizične aktivnosti v času pred operacijo v velikem številu primerov ni možno oziroma je glede na pacientovo zdravstveno stanje odsvetovano. V primeru ortopedskih pacientov je razlog predvsem v bolečini, ki jo občutijo, ter sklepni disfunkciji, ki onemogoča fizično aktivnost. Kruzik (2009) pravi, da je dokazano težko izvedljivo izoblikovati splošne smernice oz. program predoperativne šole, saj so si pogoji dela in razmere v bolnišnicah ter razlike med posameznimi primeri pacientov preveč neenotne. Hkrati pa je dokazano, da ne glede na delovno okolje, predoperativno izobraževanje pacientov izboljša končni rezultat zdravljenja in njihovo zadovoljstvo z zdravstveno obravnavo.

NAMEN PREDOPERATIVNE ŠOLE:

- optimalno pripraviti pacienta na operativni poseg,
- razumevanje pacienta glede postopkov in optimalne obravnave v predoperativnem, med operativnem in pooperativnem obdobju,
- seznanitev ter priprava pacienta na odpust in vrnitev v domače okolje,
- čim prejšnja samooskrba pacienta,
- čim manjše število odklonov v času hospitalizacije,
- zadovoljstvo pacienta, svojcev in članov zdravstveno-negovalnega tima (Ibrahim, et al., 2013).

2.3.1 Program in potek predoperativne šole (primer prakse Splošne bolnišnice Jesenice)

V primeru klinične poti Splošne bolnišnice Jesenice je za vsakega pacienta predpisana obvezna udeležba na predoperativni šoli, približno dva tedna pred operacijo. Ta poteka v skupini 10 do 15 pacientov, v kateri so udeleženi tisti, ki bodo v prihodnjih nekaj tednih na vrsti za operativni poseg TEP kolenskega (ali kolčnega) sklepa. Pripravo, potek in rehabilitacijo po operaciji vodi in predstavi multidisciplinarni tim, ki pri tem sodeluje – anesteziolog, ortoped, medicinska sestra koordinatorica odpusta, vodja zdravstvene nege na ortopedskem oddelku ter fizioterapevt. Pri tem vsak član tima predstavi svoje področje, kjer bo pacient obravnavan, aktivnosti, ki jih izvaja, ter način sodelovanja in naloge pacienta v posameznem delu obravnave. Pacient ima tako možnost razjasniti kakršnekoli dileme in zastaviti vprašanja glede pred, med in pooperativnega postopka strokovnjaku s posameznega področja (Splošna bolnišnica Jesenice, 2015b).

Program predoperativne šole, povzet po internem aktu SBJ o predoperativni šoli za TEP kolena (2015):

Anesteziolog: na predhodni obravnavi pri anesteziologu mu ta predpiše zdravila, ki jih sme vzeti na dan operacije. To so običajno zdravila za srce, ščitnico in hormonska zdravila, ki jih pacient sme vzeti z enim požirkom vode. Biti mora namreč tešč od polnoči dalje. Druga zdravila, ki jih sicer vsakodnevno jemlje, mora ob sprejemu prinesiti s seboj. Pomembno je, da pacient pride na operacijo zdrav, v primeru prehlada ali drugih odstopanj oz. nejasnosti pa se je potrebno pred operacijo pogovoriti in

opredeliti stopnjo ogroženosti ter jo po potrebi tudi prestaviti. Anesteziolog opiše vrste anestezije, ki jih pacient lahko prejme. Možni sta spinalna ali splošna anestezija, o končni in za pacienta najbolj optimalni izbiri pa se skupaj odločita šele tik pred operacijo. Ko v pooperativnem obdobju pacient zazna bolečino, je nujno, da o tem takoj obvesti zdravstveno osebje, da se ta lahko pravočasno in uspešno blaži.

Ortoped: pacient je bil napoten na operacijo na predlog izbranega ortopeda, pri čemer sta v postopku predhodnega konzervativnega zdravljenja izčrpala že vse ukrepe, ki bi lahko preprečili ali odložili potrebo po operativnem posegu. Seznani ga s postopkom in trajanjem operativnega posega, ki pri TEP kolena znaša približno 1 uro. Operacija se začne s prerezom kože, mišic in veziva, nato se v celoti prikaže kolenski sklep. Odstranijo se okvarjeni sklepni hrustanec in nato implantira kolenska proteza. Ta je običajno sestavljena iz zlitine kroma in kobalta, v sklepu pa jo dopolnjuje še kostni cement, ki služi kot vezivo med kostjo ter proteznim delom, tako na stegneničnem kot na golenskem delu. Kolenska proteza ima pričakovano življenjsko dobo okrog 30 let. Obseg končne kirurške rane je 15 cm dolg šiv vzdolž sprednjega dela kolenskega sklepa.

Pacient takoj po prihodu na oddelek dobi protibolečinsko in antikoagulantno terapijo. Dan po operaciji se mu odstrani pri operaciji vstavljen dren, še isti dan pa se začne tudi razgibavanje sklepa in delo s fizioterapevtom. Po prihodu domov se mu v prvih nekaj tednih pri vsakodnevnih opravilih in aktivnostih priporoča pomoč svojcev. Če se kirurška rana celi brez zapletov, se šivi ali sponke odstranijo 12-14 dan po operaciji v lokalnem zdravstvenem domu. Kontrolni pregled pri ortopedu je predpisan 1 mesec po operaciji.

Medicinska sestra koordinatorica odpusta: naloga medicinske sestre (MS) koordinatorice odpusta je, da pacienta seznani glede sprejema v bolnišnico na operativni dan ter z okvirnim datumom, ko lahko pričakuje, da bo prišel na vrsto za operacijo. To je približno 14 dni po udeležbi na predoperativni šoli, vendar pa se točni datumi med seboj pri posameznih pacientih razlikujejo in so odvisni od zasedenosti izbranega operaterja, pri katerem bodo opravili TEP kolena. Točen datum MS koordinatorica odpusta tako sporoči naknadno po telefonu v roku nekaj dni. Že vnaprej jih seznani s pooperativnim obdobjem in prihodom domov, ko jih bo poklicala in povprašala o

njihovem stanju po operaciji. Odpust iz bolnišnice v večini primerov pričakujejo 3. do 4. dan.

Medicinska sestra vodja zdravstvene nege na ortopedskem oddelku: diplomirana MS, ki je vodja zdravstvene nege na ortopedskem oddelku, paciente seznanila točno kje in kdaj naj počakajo na sprejem na operativni dan. Ti se ne vpisujejo v administraciji, saj je to delo MS koordinatorice odpusta, ki je prisotna ob sprejemu. Vsak pacient mora biti tešč, s seboj imeti vso potrebno dokumentacijo za operacijo, bergle, zdravila, ki jih sicer jemlje, v primeru zobne proteze lonček za shranjevanje le-te in copate. Po operaciji je pacient prvih 24 ur nameščen v sobi polintenzivne nege, kjer se redno spremljajo njegove vitalne funkcije in osnovni EKG zapis. Nato se odstrani urinski kateter (ki je pacientu vstavljen pred operacijo) in je prestavljen v sobo, kjer vsakodnevno s pomočjo fizioterapevta izvaja plan aktivnosti in se s tem pripravlja na odhod domov. Ko ni več indikacij za hospitalizacijo, je pacient običajno 3. do 4. dan po operaciji pripravljen za odhod domov. Odpusti so v dopoldanskem času okrog 11. ure, v odpustnem pismu pa je že zapisan datum, ko se bo pacient moral zglasiti na kontrolnem pregledu pri ortopedu. Ob odpustu dobi navodila, da kirurške rane ne sme namakati v kopeli ali uporabljati kakršnihkoli mazil in podobnih pripravkov. Lahko jo tušira, vendar mora biti pri tem zaščitena z obližem. V primeru pojava vročine ali izcedka iz rane, se mora pacient takoj zglasiti pri osebnemu zdravniku, ki mu predpiše napotnico za ortopeda pod stopnjo nujno. Doma pacientu ni potrebno povijati nog, potrebno pa je nadaljno jemanje antikoagulacijske terapije.

Fizioterapevt: v okviru prehabilitacije priporoča izvajanje vaj in krepitev fizične zmogljivosti operirane noge že doma. Prav tako demonstrira vaje in hojo z berglami, da bi pacient omenjeno lahko vadil že pred operacijo. Fizioterapevt opravi pregled in meritve gibljivosti sklepa, ki nadalje služijo pri načrtovanju fizioterapije ter ugotavljanju napredka pri gibanju po operaciji. Nato pacientu razloži postopek fizioterapevtske obravnave. Za hojo po operaciji potrebuje udobne in široke copate, saj se operirana noga povija z elastičnim povojem. Lega v intenzivni negi takoj po operaciji je na hrbtu, kar se tiče gibanja pa bo lahko izvajal dviganje in spuščanje stopal, kroženje s stopali in dihalne vaje. 1. dan po operaciji pacient izvaja osnovne vaje za koleno in če je le možno, že stopi na noge. Nekateri pacienti zaradi omrtvičenosti spodnjega dela

telesa tega še ne zmorejo, vsi pa lahko izvajajo gibanje stopal, krčenje noge z drsenjem pete po postelji, dviganje noge, stiskanje zadnjice, prenašanje operirane noge z zdravo preko roba postelje ali pa uporabijo kinetec – napravo za pasivno razgibavanje sklepa. 2. dan lahko hodi že vsak pacient. Krepilne vaje se skozi dneve stopnjujejo, zadnji test pa je hoja po stopnicah. Ko pacient s pomočjo bergel lahko hodi in se vzpenja po stopnicah, je s stališča fizioterapije pripravljen za odhod v domače okolje. Pacienti to raven dosežejo v povprečju med 3. do 5. dnevom. Za izboljšanje funkcionalnega statusa kolena in pridobitev splošne kondicije, pacient praviloma opravi še rehabilitacijo v zdravilišču.

Vse našteje elemente in člane tima predoperativne šole v svojem članku o predoperativni edukaciji v okviru programa ERAS navajajo tudi Maempel, et al. (2016). Dodajajo le, da se je s pacientom koristno individualno pogovoriti o planiranem datumu odpusta glede na njegov predoperativni psihofizični status ter napraviti načrt vaj in pooperativne zdravstvene nege na oddelku. Pomembno je, da pacienti dobijo odgovore na svoja vprašanja in dileme glede pred, med in pooperativnih postopkov obravnave.

2.3.2 Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta s TEP kolena

Pri predoperativni obravnavi pacienta sicer sodeluje širok multidisciplinarni tim, a je edukacija v največji meri zaupana delu medicinske sestre (Kruzik, 2009). Pri sami predoperativni šoli sodelujeta MS koordinatorica odpusta in MS vodja zdravstvene nege na ortopedskem oddelku. Ti dve prispevata pomemben del informacij za pacienta o sprejemu, obravnavi na oddelku in odpustu (Splošna bolnišnica Jesenice, 2015b).

White (2015) v raziskavi za ključno komponento končnega zadovoljstva pacienta s TEP kolena opredeljuje razmerje med pričakovanji pred operacijo in njenim končnim izzidom. Predoperativna šola lahko zagotovi bolj objektiven pogled in realna pričakovanja pacienta pred operacijo. Pri tem pomembno vlogo igra MS, katere glavna naloga pri obravnavi pacienta je zagotavljanje predoperativne edukacije, predvsem o tem, kaj pacient lahko pričakuje med procesom zdravstvene obravnave ter kakšni so pričakovani izzidi načrtovanega operativnega posega. Ravno z izvajanjem predoperativne šole MS torej vpliva na pacientova pričakovanja pred operativnim posegom in s tem na končno zadovoljstvo z zdravstveno obravnavo. Furlow (2011), ugotavlja tudi, da vnaprej pridobljeno zaupanje pacienta v MS pomembno pozitivno

vpliva na njegovo počutje in bivanje v bolnišnici za čas hospitalizacije, s čimer profilu MS pripisuje ključen pomen pri zagotavljanju ustrezne predoperativne obravnave pacienta in s tem pogovora o zdravstveni negi, intervencijah in pričakovanih pacienta, ki bo operiran za TEP kolena. Mistry, et al. (2016), so v svoji raziskavi o vplivu dejavnikov na zadovoljstvo pacientov celo ugotovili, da je njihovo končno zadovoljstvo na prvem mestu odvisno od MS, šele na naslednje mesto uvrščajo zdravnika ortopeda in preostale dejavnike oziroma člane zdravstveno-negovalnega tima.

Za uspešno vodenje predoperativne šole mora MS kot nosilka imeti sposobnost kritičnega razmišljanja in znanje za vodenje pacienta ter sprejemanje kliničnih odločitev v okviru svojih kompetenc. Še vedno se pri tovrstnem izobraževanju najpogosteje uporabljajo tradicionalne didaktične metode, toda potrebna je tudi vključitev novih, za hitro in učinkovito učenje uspešnih metod ter orodij. Učinkovita rešitev je lahko izdelava miselnega vzorca, ki ga MS lahko uporablja za aktivno učenje strategij, kako izoblikovati kritično mišljenje in sposobnost sprejemanja odločitev. Tako naj bi si pripravila strukturiran načrt z glavno idejo in podkoncepti o pomembnih informacijah za pacienta, ki so ključni za njegovo predoperativno edukacijo (Noonan, 2011). Carifa (2011) pa dodaja, da je ena izmed možnosti tudi uporaba zabavnih in tekmovalno usmerjenih interaktivnih iger, na podlagi katerih MS prav tako pridobi znanje za varno in učinkovito delo s pacienti. Z dobro obravnavo in optimizacijo dela MS pripomore tudi k zmanjšanju pooperativnega delirija in kognitivnih motenj (Krenk, et al., 2012).

MS je pri obravnavi pacienta s TEP kolena pomembna tudi kot izvajalka zdravstvene nege (kar spada med najpomembnejše dejavnike ocene zadovoljstva pacientov). Pri tem sledi uporabi protokola oz. klinične poti, s čimer tudi v pisni obliki vodi vse postopke in intervencije, ki jih izvaja pri pacientu. Ob odpustu mu mora podati natančne informacije o nadaljnjem prejemanju medikacije, omejitvah gibanja, varni hoji in gibanju z medicinskimi pripomočki ali brez njih, samostojnosti pri osebni higieni ter nadaljni skrbi za kirurško rano (Silvester & Kacijan, 2017).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je opredeliti pomen predoperativne šole pri TEP kolena za pacienta na različnih nivojih obravnave – priprava, sprejem, operativni postopek, čas bivanja na oddelku, rehabilitacija in odpust domov.

Cilji diplomskega dela so:

- opredeliti pomen predoperativne šole pri pripravi pacienta na operativni poseg,
- opredeliti stopnjo seznanjenosti pacienta s prihajajočim operativnim posegom pri udeleženi in pri neudeleženi,
- primerjati pričakovanja pacientov udeleženi in neudeleženi na predoperativni šoli,
- primerjati zadovoljstvo pacientov s celotno bolnišnično obravnavo z udeležbo oz. neudeležbo na predoperativni šoli.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kakšna je vloga predoperativne šole pri pripravljenosti pacienta na operativni poseg?
2. Na kakšen način pacient pred posegom dobi največ informacij o celotnem poteku obravnave?
3. Kako so si med seboj različna pričakovanja pacientov med udeleženci in neudeleženci predoperativne šole pred sprejemom glede postopka hospitalne obravnave?
4. Kakšen vpliv ima predoperativna šola pri pacientu na zadovoljstvo s celotnim potekom hospitalne obravnave?
5. Kakšna je povezava med udeležbo oz. neudeležbo na predoperativni šoli in ležalno dobo po operativnem posegu?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Naša raziskava je bila kvantitativna – neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja. Za pregled obstoječih znanj in raziskav smo uporabili sistem pregleda domače in tuje strokovne literature, ki je potekal od 3. aprila do 10. decembra 2016. Ta je morala ustrezati iskalnim poizvedbam, starostnemu časovnemu okvirju največ desetih let in je bila dostopna v knjižni obliki v splošnih in strokovnih knjižnicah, oz. so bili članki dostopni kot spletni vir. Ključne besede, ki smo jih pri tem uporabili, so bile: predoperativna šola, total knee arthroplasty, preoperative education, enhanced recovery after surgery, prehabilitation. Pri iskanju ključnih besed smo uporabili podatkovne baze COBISS, Cinahl, Pubmed, Medline in SpringerLink. Uporabili smo tudi Standardne operativne postopke Splošne bolnišnice Jesenice, ki določajo Klinično pot za totalno endoprotezo kolena. V empiričnem delu so podatki zbrani s tehniko anketiranja operiranih pacientov po TEP kolena v Splošni bolnišnici Jesenice in na Ortopedski kliniki Univerzitetnega kliničnega centra (UKC) Ljubljana.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili tehniko anonimnega in prostovoljnega anketiranja v obliki pisnega strukturiranega vprašalnika. Vprašanja so bila zastavljena na podlagi pregleda literature. Avtorji, na katere smo se pri oblikovanju vprašalnika nanašali preko njihovih spoznanj in raziskav so Larsen, et al. (2008), Rizzo (n.d.), Cabilian, et al. (2013) ter White (2015). Vprašalnik je bil sestavljen iz dveh delov, kjer je v prvem, krajšem delu, nekaj splošnih demografskih podatkov o pacientu (5 vprašanj), ter v drugem delu vprašanja, ki se navezujejo na konkretno izkušnjo pacientov o pripravi in poteku bolnišnične obravnave. Teh 19 vprašanj je bilo zaprtega tipa, kjer so anketiranci izbrali med ponujenimi odgovori oz. se od tega trikrat opredelili na Likartovi lestvici stališč o stopnji seznanjenosti (1 – sploh nisem bil seznanjen, 2 – nezadostno seznanjen, 3 – delno seznanjen, 4 – dobro seznanjen, 5 – popolnoma seznanjen) oziroma zadovoljstvu (1 – popolnoma nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – niti nezadovoljen, niti zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen). Zanesljivost vprašalnika smo pred

uporabo preverili s Cronbach alfa koeficientom, ki je pokazal 0,819, torej dobro zanesljivost.

3.3.3 Opis vzorca

Naš vzorec je bil namenski, priložnostni vzorec in ga predstavljajo pacienti po operaciji TEP kolena, ki so bili v času trajanja ankete operirani in odpuščeni z ortopedskega oddelka oddelka SBJ oz. Ortopedske klinike UKC Ljubljana. Za primerjavo smo zajeli skupaj vzorec 100 pacientov po operaciji TEP kolena, od tega 50 udeležencev predoperativne šole (PŠ) iz SBJ in 50 neudeležencev PŠ iz Ortopedske klinike UKC Ljubljana. Anketiranje je v SBJ potekalo v obdobju od 1. 9. do 15. 12. 2016, v UKC Ljubljana pa med 6. 2. in 10. 3. 2017.

Kot prikazuje tabela 1 je bila realizacija vzorca udeležencev PŠ (SBJ) 45 anketirancev oziroma 90 %, od katerega je vprašalnik izpolnilo 24 žensk (53,3 %) in 21 moških (46,7 %). Od neudeležencev PŠ smo iz Ortopedske klinike prejeli 42 (84 %) vrnjenih anketnih vprašalnikov, ki jih je izpolnilo 30 (71,4 %) žensk in 12 (28,6 %) moških. Povprečna starost udeležencev PŠ je bila 70 (± 8) let, neudeležencev pa 71 (± 10) let. Od udeležencev PŠ največ pacientov, in sicer 25 (56,8 %), svoje gibanje pred operacijo ocenjuje kot močno omejeno, 16 (36,4 %) kot delno omejeno, 2 (4,5%) praktično onemogočeno in 1 (2,3 %) kot gibanje brez omejitev. Večina neudeležencev PŠ, 20 anketirancev (47,6 %) omejitev gibanja pred operacijo ocenjuje kot delno omejeno, 16 (38,1 %) kot močno omejeno, trije anketiranci (7,1 %) pa ocenjujejo svoje gibanje kot brez omejitev oz. prav tako trije, da je bilo le-to praktično onemogočeno. Med udeleženci PŠ jih je v največji meri, 27 (61,4 %), v zadnjem letu pred operacijo uporabljalo terapevtske pripomočke, 17 (38,6 %) pa jih ni uporabljalo. Prav tako je terapevtske pripomočke uporabljalo 27 (64,3 %) neudeležencev PŠ, 15 (35,7 %) pa jih terapevtskih pripomočkovni ni uporabljalo.

Tabela 1: Predstavitev vzorca anketirancev

		Udeleženci PŠ (Splošna bolnišnica Jesenice) n	Neudeleženci PŠ (UKC Ljubljana – Ortopedska klinika) n
Spol	Moški	21 (46,7 %)	12 (28,6 %)
	Ženska	24 (53,3 %)	30 (71,4 %)
	Skupaj	45 (100,0 %)	42 (100,0 %)

		Udeleženci PŠ (Splošna bolnišnica Jesenice) n	Neudeleženci PŠ (UKC Ljubljana – Ortopedska klinika) n
Starost (leta)		70 (± 8)	71 (± 10)
Ocena gibanja pred operacijo	Brez omejitev	1 (2,3 %)	3 (7,1 %)
	Delno omejeno	16 (36,4 %)	20 (47,6 %)
	Močno omejeno	25 (56,8 %)	16 (38,1 %)
	Praktično onemogočeno	2 (4,5 %)	3 (7,1 %)
	Skupaj	44 (100,0 %)	42 (100,0 %)
/		1	0
Uporaba terapevtskih pripomočkov v zadnjem letu	Da	27 (61,4 %)	27 (64,3 %)
	Ne	17 (38,6 %)	15 (35,7 %)
	Skupaj	44 (100,0 %)	42 (100,0 %)
	/	1	0

Legenda: n – število odgovorov, / – število neveljavnih odgovorov

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo enkratno, pri udeležencih PŠ na ortopedskem oddelku v Splošni bolnišnici Jesenice v času od 1. 9. do 15. 12. 2016, neudeležencev PŠ na Ortopedski kliniki UKC Ljubljana pa med 6. 2. in 10. 3. 2017, po predhodno pridobljenem soglasju Etične komisije za raziskovanje Splošne bolnišnice Jesenice in Nacionalne komisije za medicinsko etiko v Ljubljani. Podatke za raziskavo smo pridobili z anonimnim vprašalnikom. Tega smo priložili pacientovi odpustni dokumentaciji skupaj z navodilom, naj ga izpolnijo doma, nekaj dni po prihodu domov, ter ga v priloženi ožigosani pismski ovojnici vrnejo na naslov bolnišnice oz. klinike. Ker so bili vprašalniki priloženi pacientovi odpustni dokumentaciji in nato po pošti vrnjeni nazaj v bolnišnico oz. kliniko, to zagotavlja pacientovo anonimnost in ne omogoča poimenskega spremljanja odziva na sodelovanje. Kvantitativno – neeksperimentalno zbrane podatke smo kvantitativno obdelali s pomočjo programov MSO Excel in SPSS 23.0 programom, rezultate pa predstavili s pomočjo grafov in tabel. Podatki so obdelani z deskriptivno statistiko, statistično pomembne razlike pa smo ugotavljali s Pearsonovim Hi kvadrat testom (χ^2), pri čemer je statistično pomembnost predstavljala p vrednost $<0,05$, kar velja pri vseh analiziranih podatkih v tabelah v raziskavi. Pri ordinalnih spremenljivkah smo uporabili neparametrični Mann-Whitneyjev statistični test.

3.4 REZULTATI

V tabeli 2 rezultati, podani z mediano in interkvartilnim rangom (25 % - 75%), kažejo, da so bili udeleženci PŠ večinoma popolnoma seznanjeni in hkrati statistično pomembno bolj seznanjeni s postopkom sprejema v bolnišnico ($p = 0,007$), postopkom operacije ($p < 0,001$), obvladovanjem pooperativne bolečine ($p = 0,011$), pooperativno zdravstveno nego na oddelku ($p < 0,001$), okvirno planiranim odpustom ($p < 0,001$) in postopkom okrevanja doma ($p < 0,001$) kot neudeleženci PŠ. Razlika v seznanjenosti glede izbire anestezije med udeleženci in neudeleženci PŠ pa statistično ni značilna ($p=0,721$).

Tabela 2: Seznanjenost pacientov pred načrtovanim operacijskim posegom

Seznanjenost s/z	Udeleženci PŠ \bar{x} (25 % - 75 %)	Neudeleženci PŠ \bar{x} (25 % - 75 %)	p
Postopek sprejema v bolnišnico	5 (4 - 5)	4 (3 - 5)	0,007
Ustrezna izbira anestezije	5 (4,25 - 5)	5 (4 - 5)	0,721
Postopek operacije	5 (4,25 - 5)	4 (3 - 5)	< 0,001
Obvladovanje pooperativne bolečine	5 (4 - 5)	4 (3 - 5)	0,011
Pooperativna zdravstvena nega na oddelku	5 (5 - 5)	4 (3 - 5)	< 0,001
Okvirno planiran odpust	5 (4 - 5)	4 (2 - 5)	< 0,001
Postopek okrevanja doma	5 (4 - 5)	4 (2 - 5)	< 0,001

\bar{x} – mediana, p – statistična pomembnost (velja pri $p < 0,05$)

Tabela 3 prikazuje, da večina udeležencev PŠ, to je 43 (95,6 %) anketirancev, pred operacijo ni imela nerazjasnenih vprašanj. Dvema (4,4 %) so pred operacijo ostala nerazjasnjena vprašanja. Med neudeleženci PŠ jih 37 (90,2 %) ni imelo nerazjasnenih vprašanj, medtem ko so jih 4 (9,8 %) imeli. Razlika med udeleženci in neudeleženci PŠ statistično ni značilna ($p = 0,334$).

Tabela 3: Nerazjasnjena vprašanja pred operacijskim posegom

	Udeleženci PŠ		Neudeleženci PŠ		Skupaj	
	n	%	n	%	n	%
Ne	43	95,6	37	90,2	80	93,0
Da	2	4,4	4	9,8	6	7,0
Skupaj	45	100,0	41	100,0	86	100,0
p	0,334					

n – število odgovorov, % – odstotek odgovorov, p – statistična pomembnost (velja pri $p < 0,05$)

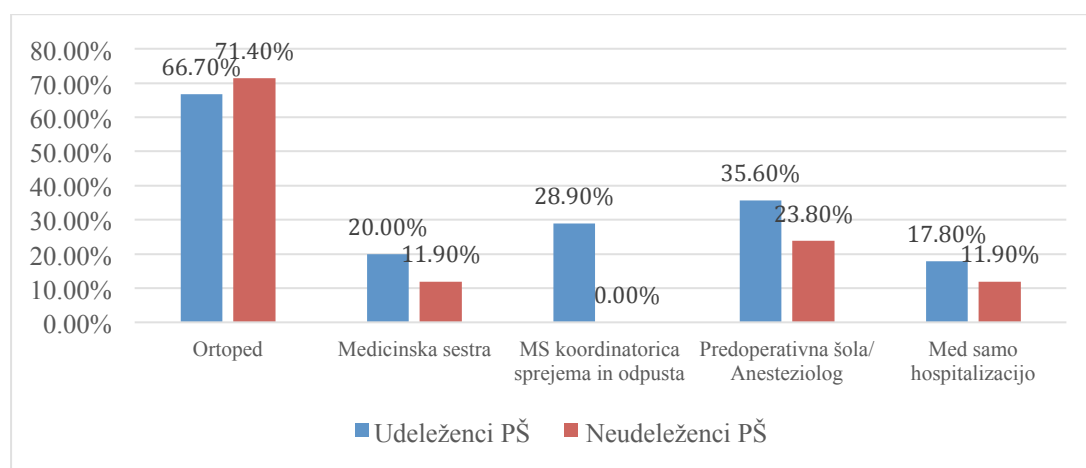
V tabeli 4 je prikazano, da je 35 (77,8 %) udeležencev PŠ pred operacijo izvajalo vaje za gibljivost operiranega sklepa, 10 (22,2 %) pa le-teh ni izvajalo. Med neudeleženci PŠ je vaje izvajalo 18 (42,9 %), ni pa jih izvajalo 24 (57,1 %) pacientov. Rezultati kažejo, da glede izvajanja vaj pred operacijo med udeleženci in neudeleženci PŠ obstaja statistično pomembna razlika (p = 0,001).

Tabela 4: Izvajanje vaj za krepitev operirane noge pred operacijo

	Udeleženci PŠ		Neudeleženci PŠ		Skupaj	
	n	%	n	%	n	%
Da	35	77,8	18	42,9	53	60,9
Ne	10	22,2	24	57,1	34	39,1
Skupaj	45	100,0	42	100,0	87	100,0
p	0,001					

n – število odgovorov, % – odstotek odgovorov, p – statistična pomembnost (velja pri p < 0,05)

Slika 3 prikazuje, za koga so pacienti ocenili, da jim je pred prihodom v bolnišnico dal največ informacij o poteku celotne bolnišnične obravnave. Možnih je bilo več odgovorov, udeleženci PŠ (n = 45) pa najpogosteje kot vir informacij navajajo ortopeda (n = 30; 66,7 %), s 35,6 % (n = 16) predoperativno šolo, nato z 28,9 % (n = 13) MS koordinatorico sprejema in odpusta, z 20,0 % (n = 9) medicinsko sestro in 17,8 % (n = 8) jih meni, da so največ informacij prejeli med samo hospitalizacijo. Neudeleženci PŠ (n = 42) so največ informacij dobili od ortopeda (n = 30; 71,4 %), anesteziologa (n = 10; 23,8 %), medicinske sestre (n = 5; 11,9 %) in enako med samo hospitalizacijo (n = 5; 11,9%). Od MS koordinatorice sprejema in odpusta informacij niso dobili.



Slika 3: Vir informacij za paciente o poteku celotne bolnišnične obravnave

Tabela 5 prikazuje, da pomislekov glede pravilnosti odločitve za operacijo TEP kolena ni imelo 43 (95,6 %) udeležencev PŠ, dva (4,4 %) pa sta pomisleke imela. Med neudeleženci PŠ pomislekov ni imelo 26 (63,4 %) anketirancev, imelo pa je pomisleke 15 (36,6 %) anketirancev. Razlika med udeleženci in neudeleženci je z vrednostjo $p < 0,001$ statistično pomembna.

Tabela 5: Pomisleki glede pravilnosti odločitve za TEP kolena

	Udeleženci PŠ		Neudeleženci PŠ		Skupaj	
	n	%	n	%	n	%
Ne	43	95,6	26	63,4	69	80,2
Da	2	4,4	15	36,6	17	19,8
Skupaj	45	100,0	41	100,0	86	100,0
p	$< 0,001$					

n – število odgovorov, % – odstotek odgovorov, p – statistična pomembnost (velja pri $p < 0,05$)

V tabeli 6 lahko vidimo, da se sta bila strah in dilema glede sprejema v bolnišnico med udeleženci PŠ prisotna pri 7 (15,9 %) anketirancih, prav tako pri 7 (15,9 %) sta se strah in dilema občasno pojavila, pri 30 (68,2 %) pa strahu in dilem ni bilo. Pri neudeleženci PŠ se je strah in dilema pojavila v dveh (5,0 %) primerih, občasno sta se pojavila pri 4 (10,0 %) pacientih in se nista pojavila pri 34 (85,0 %). Razlika med udeleženci in neudeleženci se ni pokazala za statistično pomembno ($p = 0,160$).

Tabela 6: Prisotnost strahu in dilem glede sprejema v bolnišnico

	Udeleženci PŠ		Neudeleženci PŠ		Skupaj	
	n	%	n	%	n	%
Strah in dilema je bila prisotna	7	15,9	2	5,0	9	10,7
Strah in dilema so se občasno pojavile	7	15,9	4	10,0	11	13,1
Strahu in dilem ni bilo	30	68,2	34	85,0	64	76,2
Skupaj	44	100,0	40	100,0	84	100,0
p	0,160					

n – število odgovorov, % – odstotek odgovorov, p – statistična pomembnost (velja pri $p < 0,05$)

V tabeli 7 rezultati kažejo, da se sta bila strah in dilema glede operativnega postopka pred hospitalizacijo med udeleženci PŠ prisotna pri 6 (13,6 %) anketiranih, pri 12 (27,3 %) sta se strah in dilema občasno pojavila, pri 26 (59,1 %) pa strahu in dilem ni bilo. Pri neudeležencih PŠ se je strah in dilema pojavila v 7 (17,7 %) odgovorih, občasno sta se pojavila pri 9 (22,5 %) pacientih, nista pa se pojavila pri 44 (60,0 %). Razlika med udeleženci in neudeleženci se z vrednostjo $p = 0,820$ ni pokazala za statistično pomembno.

Tabela 7: Prisotnost strahu in dilem glede operativnega posega

	Udeleženci PŠ		Neudeleženci PŠ		Skupaj	
	n	%	n	%	n	%
Strah in dilema je bila prisotna	6	13,6	7	17,7	13	15,5
Strah in dilema so se občasno pojavile	12	27,3	9	22,5	21	25,0
Strahu in dilem ni bilo	26	59,1	24	60,0	50	59,5
Skupaj	44	100,0	40	100,0	84	100,0
p	0,820					

n – število odgovorov, % – odstotek odgovorov, p – statistična pomembnost (velja pri $p < 0,05$)

Tabela 8 prikazuje, da se strah in dilema glede pooperativne bolečine pred sprejemom v bolnišnico med udeleženci PŠ pojavi pri 9 (21,4 %) pacientih, pri 14 (33,3 %) sta se strah in dilema občasno pojavila, pri 19 (45,2 %) strahu in dilem ni bilo prisotnih. Pri neudeležencih PŠ sta se strah in dilema pojavila v 10 (25,6 %) primerih, občasno sta se pojavila pri 11 (28,2 %) pacientih in se nista pojavila pri 18 (46,2 %). Razlika med udeleženci in neudeleženci PŠ ne predstavlja statistično pomembne razlike ($p = 0,848$).

Tabela 8: Prisotnost strahu in dilem glede pooperativne bolečine

	Udeleženci PŠ		Neudeleženci PŠ		Skupaj	
	n	%	n	%	n	%
Strah in dilema je bila prisotna	9	21,4	10	25,6	19	23,5

	Udeleženci PŠ		Neudeleženci PŠ		Skupaj	
	n	%	n	%	n	%
Strah in dilema so se občasno pojavile	14	33,3	11	28,2	25	30,9
Strahu in dilem ni bilo	19	45,2	18	46,2	37	45,6
Skupaj	42	100,0	39	100,0	84	100,0
p	0,848					

n – število odgovorov, % – odstotek odgovorov, p – statistična pomembnost (velja pri $p < 0,05$)

Iz tabele 9 razberemo, da se strah in dilema glede pooperativne zdravstvene nege pred sprejemom v bolnišnico med udeleženci PŠ pojavita pri dveh (4,8 %) pacientih, občasno pojavita pri treh (7,1 %) pacientih in jih pri 37 (88,1 %) ni bilo prisotnih. Pri neudeležencih PŠ sta se strah in dilema pojavila pri enem (2,5 %) pacientu, občasno sta se pojavila pri 6 (15,0 %) pacientih in se nista pojavila pri 33 (82,5 %). P vrednost ($p = 0,469$) kaže na statistično nepomembno razliko med udeleženci in neudeleženci PŠ.

Tabela 9: Prisotnost strahu in dilem glede pooperativne zdravstvene nege

	Udeleženci PŠ		Neudeleženci PŠ		Skupaj	
	n	%	n	%	n	%
Strah in dilema je bila prisotna	2	4,8	1	2,5	3	3,7
Strah in dilema so se občasno pojavile	3	7,1	6	15,0	9	11,0
Strahu in dilem ni bilo	37	88,1	33	82,5	70	85,3
Skupaj	42	100,0	40	100,0	82	100,0
p	0,469					

n – število odgovorov, % – odstotek odgovorov, p – statistična pomembnost (velja pri $p < 0,05$)

Iz tabele 10 je razvidno, da strah in dileme glede postopka okrevanja doma pred sprejemom v bolnišnico med udeleženci PŠ izražajo trije (47,0 %) pacienti, občasen pojav strahu in dilem pri 12 (27,9 %) pacientih in odsotnost strahu in dilem pri 28 (65,1 %). Pri neudeležencih PŠ sta se strah in dilema pojavila pri 6 (15,4 %) pacientih, občasno sta se pojavila pri 7 (17,9 %) pacientih in se nista pojavila pri 26 (66,7 %). P vrednost ($p = 0,333$) kaže na statistično nepomembno razliko med udeleženci in neudeleženci PŠ.

Tabela 10: Prisotnost strahu in dilem glede postopka okrevanja doma

	Udeleženci PŠ		Neudeleženci PŠ		Skupaj	
	n	%	n	%	n	%
Strah in dilema je bila prisotna	3	7,0	6	15,4	9	11,0
Strah in dilema so se občasno pojavile	12	27,9	7	17,9	19	23,2
Strahu in dilem ni bilo	28	65,1	26	66,7	54	65,8
Skupaj	43	100,0	39	100,0	82	100,0
p	0,333					

n – število odgovorov, % – odstotek odgovorov, p – statistična pomembnost (velja pri $p < 0,05$)

Tabela 11 prikazuje, da ob koncu hospitalizacije večina udeležencev PŠ ni strah vrnitve in funkcioniranja v domačem okolju, kar pomeni 35 (77,8 %) pacientov. 8 (17,8 %) jih izraža delno skrb, dva (4,4 %) pa je strah vrnitve v domače okolje. Med neudeleženci PŠ strah ob koncu hospitalizacije ni prisoten pri 28 (68,3 %), je delno prisoten pri dveh (4,9 %) pacientih in je prisoten pri 11 (26,8 %). Razlika med udeleženci in neudeleženci PŠ je statistično pomembna ($p = 0,005$).

Tabela 11: Strah pacientov vrnitve in funkcioniranja v domačem okolju

	Udeleženci PŠ		Neudeleženci PŠ		Skupaj	
	n	%	n	%	n	%
Da	2	4,4	11	26,8	13	15,1
Ne	35	77,8	28	68,3	63	73,3
Delno	8	17,8	2	4,9	10	11,6
Skupaj	45	100,0	41	100,0	86	100,0
p	0,005					

n – število odgovorov, % – odstotek odgovorov, p – statistična pomembnost (velja pri $p < 0,05$)

Tabela 12 kaže, da je pri udeležencih stopnja bolečine na 1. dan po operaciji povprečno 5,80 (SO = 2,72), pri neudeležencih pa 5,71 (SO = 3,04). Razlika ni statistično značilna ($p = 0,969$).

Tabela 12: Stopnja bolečine na 1. dan po operaciji

	n		PV	SO
	Veljavni	/		
Udeleženci PŠ	44	1	5,80	2,72
Neudeleženci PŠ	42	0	5,71	3,04
p				0,969

n – število odgovorov, / – število neveljavnih odgovorov, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, p – statistična pomembnost (velja pri $p < 0,05$)

V tabeli 13 (rezultati podani z mediano in interkvartilnim rangom 25 % - 75%) rezultati kažejo, da ni statistično pomembne razlike med udeleženci in neudeleženci PŠ glede zadovoljstva s postopkom sprejema v bolnišnico ($p = 0,359$), postopkom operacije ($p = 0,307$), obvladovanjem pooperativne bolečine ($p = 0,769$) in pooperativno zdravstveno nego na oddelku ($p = 0,728$). Obe skupini svoje zadovoljstvo s posamezno kategorijo v večini primerov ocenjujeta z zelo zadovoljen.

Tabela 13: Zadovoljstvo v času hospitalizacije

Zadovoljstvo s/z	Udeleženci PŠ \tilde{x} (25 % - 75 %)	Neudeleženci PŠ \tilde{x} (25 % - 75 %)	p
Sprejem v bolnišnico	5 (5 - 5)	5 (4 - 5)	0,359
Sodelovanje pri izbiri anestezije	5 (4 - 5)	5 (4,25 - 5)	0,307
Operacijski poseg	5 (5 - 5)	5 (5 - 5)	0,769
Obvladovanje pooperativne bolečine	5 (4 - 5)	5 (5 - 5)	0,106
Pooperativna zdravstvena nega	5 (5 - 5)	5 (5 - 5)	0,728

\tilde{x} – mediana, p – statistična pomembnost (velja pri $p < 0,05$)

Tabela 14 prikazuje, da ima 44 (100,0 %) pacientov udeleženih na PŠ občutek, da je bilo v primeru potrebe zdravstveno-negovalno osebje vedno pripravljeno nuditi pomoč in je bilo odzivno, medtem ko se s tem strinja 37 (90,2 %) neudeležencev PŠ in 4 (9,8 %) menijo, da zdravstveno-negovalno osebje ni bilo odzivno za njihove potrebe. Razlika med udeleženci in neudeleženci PŠ se je statistično pomembna (0,034).

Tabela 14: Odzivnost in nudenje pomoči zdravstveno-negovalnega osebja

	Udeleženci PŠ		Neudeleženci PŠ		Skupaj	
	n	%	n	%	n	%
Da	44	100,0	37	90,2	81	95,3
Ne	0	0,0	4	9,8	4	4,7
Skupaj	44	100,0	41	100,0	85	100,0
p	0,034					

n – število odgovorov, % – odstotek odgovorov, p – statistična pomembnost (velja pri $p < 0,05$)

Tabela 15 prikazuje, da se je pri udeležencih PŠ v času hospitalizacije pojavil en (2,2 %) zaplet oz. neželen dogodek, pri neudeležencih PŠ pa le-tega ni bilo. Zaplet oz. neželen dogodek se ni pojavil pri 44 (97,8 %) udeležencih PŠ in 39 (100,0 %) neudeležencih PŠ. Vrednost $p = 0,365$ ne predstavlja statistično pomembne razlike.

Tabela 15: Pojav neželenih dogodkov ali zapletov med hospitalizacijo

	Udeleženci PŠ		Neudeleženci PŠ		Skupaj	
	n	%	n	%	n	%
Ne	44	97,8	39	100,0	83	98,8
Da	1	2,2	0	0,0	1	1,2
Skupaj	45	100,0	39	100,0	85	100,0
p	0,365					

n – število odgovorov, % – odstotek odgovorov, p – statistična pomembnost (velja pri $p < 0,05$)

Tabela 16 kaže, da je bila obravnava v času hospitalizacije pri vseh 44 (100,0 %) udeležencih PŠ v skladu s pričakovanji. Pri neudeležencih PŠ je bila v skladu s pričakovanji pri 34 (82,9 %) pacientih in ni bila pri 7 (17,1 %) pacientih. Razlika med udeleženci in neudeleženci je statistično pomembna ($p = 0,004$).

Tabela 16: Hospitalizacija v skladu s pričakovanji

	Udeleženci PŠ		Neudeleženci PŠ		Skupaj	
	n	%	n	%	n	%
Da	45	100,0	34	82,9	79	91,9
Ne	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Delno	0	0,0	7	17,1	7	8,1
Skupaj	45	100,0	41	100,0	86	100,0
p	0,004					

n – število odgovorov, % – odstotek odgovorov, p – statistična pomembnost (velja pri $p < 0,05$)

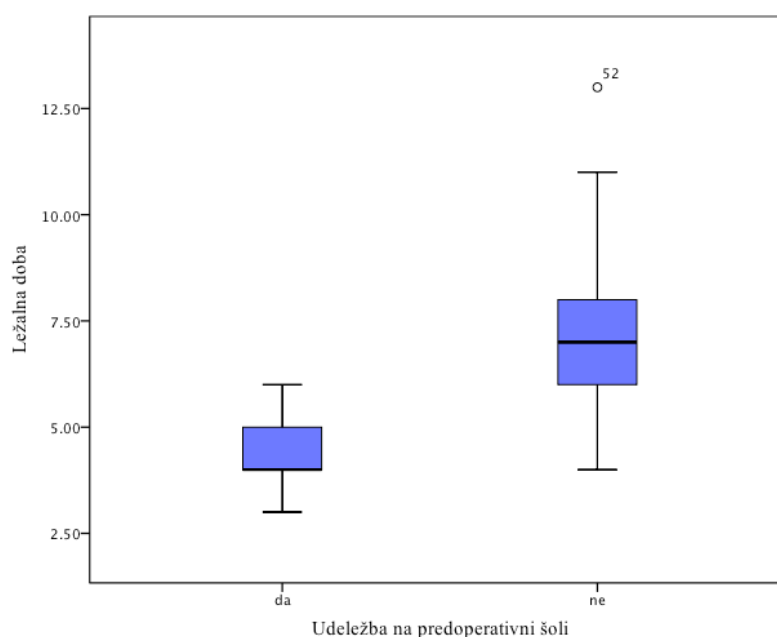
Tabela 17 prikazuje, da je stopnja bolečine med udeleženci PŠ na dan odpusta povprečno 4,71 (SO = 2,00) in neudeleženci PŠ v povprečju 3,78 (SO = 2,21) na lestvici ocenjevanja med 0 in 10. P vrednost ($p = 0,049$) kaže na statistično pomembno nižjo oceno bolečine pri neudeležencih PŠ.

Tabela 17: Stopnja bolečine na dan odpusta

	n		PV	SO
	Veljavni	/		
Udeleženci PŠ	45	0	4,71	2,00
Neudeleženci PŠ	41	1	3,78	2,21
p	0,049			

n – število odgovorov, / – število neveljavnih odgovorov, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, p – statistična pomembnost (velja pri $p < 0,05$)

Slika 4 nam kaže, da je povprečna ležalna doba pacientov po TEP kolena med udeleženci PŠ 4,2 dni, pri čemer je minimalni čas ležalne dobe 3, maksimalni pa 6 dni. Pri neudeležencih PŠ je povprečna ležalna doba po operaciji 7,5 dni, minimalna vrednost je 4, maksimalna pa 13 dni. Razlika v ležalni dobi po operaciji med udeleženci PŠ je statistično pomembno manjša v primerjavi z neudeleženci PŠ ($p < 0,001$).



Slika 4: Povprečna ležalna doba po operaciji TEP kolena med udeleženci in neudeleženci PŠ

3.5 RAZPRAVA

Namen raziskave je bil opredeliti pomen in ugotoviti prednosti programa predoperativne šole pred operacijo TEP kolena za pacienta na različnih nivojih obravnave - pri pripravi, sprejemu v bolnišnico, operativnem postopku, v času bivanja na oddelku, rehabilitaciji in odpustu domov. Udeleženci predoperativne šole so bili torej prisotni na omenjeni delavnici, medtem ko je primerjana skupina neudeležencev prejela samo osnovna pisna navodila o endoprotezi kolena in hospitalizaciji.

Naša raziskava je pokazala, da udeleženci predoperativne šole svojo seznanjenost pred operacijskim posegom večinoma ocenjujejo višje (popolnoma seznanjen) kot neudeleženci (dobro seznanjen). To se je pokazalo tudi za statistično pomembno značilnost, in sicer pri seznanjenosti glede postopka sprejema v bolnišnico, o postopku operacije, obvladovanju pooperativne bolečine, pooperativni zdravstveni negi na oddelku, okvirno planiranem odpustu in postopku okrevanja doma. Razlika med udeleženci in neudeleženci PŠ se ni pokazala edino v seznanjenosti glede izbire anestezije, ker so tudi neudeleženci PŠ opravili poleg razgovora z ortopedom (operaterjem) pred operacijo tudi razgovor z anesteziologom, ki jim je pojasnil vidik anesteziološke obravnave in jih s tem zadostno seznanil glede ustrezne izbire anestezije. Večja stopnja seznanjenosti pri udeležencih PŠ pa je lahko rezultat delavnice, kjer jim je bil natančneje predstavljen posamezni postopek bolnišnične obravnave. Ti pacienti so torej pomembno boljše seznanjeni s potekom hospitalizacije pred samim sprejemom v bolnišnico.

Tako udeleženci kot neudeleženci PŠ v večini pred operacijo nimajo nerazjasnenih vprašanj, ki bi jih še zanimala. Sklepamo, da imajo tudi neudeleženci PŠ, poleg razgovora z ortopedom in anesteziologom, možnost seznanitve o poteku hospitalizacije v okviru lastnih zanimanj.

Jack, et al. (2011) poudarjajo pomen predoperativnega fizičnega statusa, ki vpliva na pooperativni fizično funkcijski upad. Ugotavljamo, da udeleženci PŠ, ki na delavnici od fizioterapevta dobijo informacijo, da je priporočeno izvajanje vaj za krepitev operirane noge pred operacijo, so le-te izvajali v tri četrtini primerov. Med neudeleženci PŠ je vaje izvajala skoraj polovica manj pacientov, kar se je pokazalo za statistično pomembno

razliko med udeleženci in neudeleženci PŠ. To dokazuje, da je pomemben del priprave na operacijo tudi fizioterapevtska obravnava in priprava, ki je del predoperativne šole.

Udeleženci PŠ v največji meri trdijo, da so največ informacij o operaciji dobili pri ortopedu, kar enako ocenjujejo tudi neudeleženci. Udeleženci PŠ na drugo mesto postavljajo predoperativno šolo, nato MS koordinatorico sprejema in odpusta, medicinsko sestro in pridobljene informacije med samo hospitalizacijo. Neudeleženci PŠ na drugo mesto postavljajo informacije, dobljene s strani anesteziologa in na tretje informacije s strani medicinske sestre oz. pridobljene med samo hospitalizacijo. Predoperativna šola pa zajema predstavitev multidisciplinarnega tima, kjer vsak izmed izvajalcev zdravstvene oskrbe poda vse pomembne in za pacienta potrebne informacije glede obravnave iz lastnega področja. Udeleženci PŠ običajno informacij ne dobijo od posameznega zdravstvenega delavca individualno, temveč kot celoto na delavnici predoperativne šole. S tem, kot pravijo tudi McDonald, et al. (2014), se slika obravnave za pacienta poveže v celotno in jasnejšo predstavo, ki pa mu omogoča predvsem pozitivno miselno naravnost in posledično boljše okrevanje.

Iz raziskave smo ugotovili, da pomembno večji delež udeležencev PŠ nima pomislekov glede tega, ali je bila odločitev za TEP kolena pravilna. Med neudeleženci jih pomislekov nima precej manj, kar pomeni, da se dobra tretjina pacientov sooča s pomisleki glede pravilnosti odločitve. Ta razlika se je pokazala tudi za statistično pomembno, iz česar sklepamo, da imajo udeleženci PŠ pred operacijo dovolj široko predstavo o tem, kaj lahko pričakujejo, posledično pa manj pomislekov glede prihajajoče operacije in pravilnosti odločitve. To pa najverjetneje lahko tudi pozitivno vpliva na pacientov pristop in sodelovanje pri obravnavi.

Rezultati raziskave kažejo, da strahu ali dilem glede sprejema v bolnišnico tako udeleženci kot neudeleženci večinoma nimajo. Manjšina jih izraža občasen strah in dileme, najmanj pa jih pravi, da sta strah in dilema bila prisotna. Glede operativnega posega strahu in dilem nimata dve tretjini udeležencev oz. neudeležencev PŠ, približno pri četrtini pacientov se le-ta pojavi občasno, med udeleženci oz. neudeleženci PŠ pa ima dobra desetina strah in dileme glede operativnega posega pogosto prisotne. Pri obeh raziskovanih skupinah slaba polovica pacientov glede pooperativne bolečine nima strahu in dilem, tretjina jih izraža občasno, pri nekaj manj kot četrtini pa strah in dilema

glede pooperativne bolečine sta prisotna. O pooperativni zdravstveni negi večinoma ni strahu in dilem, le posamezni pacienti jo občutijo občasno oz. stalno, razlike med udeleženci in neudeleženci PŠ pa praktično ni. Dve tretjini vsake izmed primerjanih skupin nima strahu glede okrevanja doma. Pridobljeni podatki kažejo, da ni pomembnih razlik glede prisotnosti strahu in dilem med udeleženci in neudeleženci PŠ na različnih nivojih bolnišnične obravnave. Iz omenjenega torej ne moremo sklepati, da bi PŠ vplivala na pacientovo doživljanje strahu pred hospitalizacijo. Obema skupinama je skupno, da sta še najbolj v skrbeh glede bolečine po operaciji.

Podatki v naši raziskavi kažejo, da pacientov običajno ni strah vrnitve in funkcioniranja v domačem okolju. Vendar pa je med neudeleženci PŠ skoraj tretjina pacientov, ki se omenjenega bojijo, kar v primerjavi z udeleženci PŠ in z le nekaj odstotkov enakih odgovorov predstavlja statistično pomembno razliko med udeleženci in neudeleženci PŠ. Lahko torej rečemo, da predhodna seznanitev glede poteka rehabilitacije in okrevanja v domačem okolju pacientu olajša skrb glede omenjenega še pred samim sprejemom, kot predvsem potem ob odpustu. To pa pacienta tudi pomembno psihično pozitivno naravna glede odhoda v domače okolje.

Rezultati naše raziskave kažejo, da je stopnja bolečine na 1. dan po operaciji med skupinama povprečno zelo podobna, namreč 5,80 pri udeležencih PŠ oz. 5,71 pri neudeležencih. Stopnja bolečine na dan po operaciji torej ni povezana z udeležbo na PŠ, gre namreč za posameznikovo individualno in subjektivno doživljanje bolečine, ki očitno ni pogojena z zunanjimi faktorji psihične pripravljenosti pacienta na operacijo.

Iz raziskave razberemo, da se stopnja bolečine ob odpustu iz bolnišnice na 10–stopenjski lestvici (kjer nižje število predstavlja manjšo stopnjo bolečine) med seboj razlikuje za eno vrednost. Udeleženci PŠ jo povprečno ocenjujejo s 4,71 neudeleženci pa s 3,78. Omenjena razlika se je pokazala tudi za statistično pomembno. Ta rezultat lahko navežemo na ugotovitev o povprečni ležalni dobi udeležencev oz. neudeležencev PŠ po TEP kolena. Ker je povprečna ležalna doba pri udeležencih PŠ za povprečno 3,3 dni krajša, ocena bolečine na dan odpusta pa višja kot pri neudeležencih, lahko sklepamo, da krajša hospitalizacija pomeni tudi nekoliko višjo oceno bolečine ob odpustu, v primerjavi z daljšo hospitalizacijo (pri neudeležencih), ko se bolečina do dneva odpusta še nekoliko oblaži in zmanjša. Tudi McDonald, et al. (2014), ugotavljajo,

da predoperativna edukacija pacientov nima dokazano pomembnega vpliva na pooperativno bolečino.

Kot smo omenili, se torej kaže pomembna razlika v povprečni ležani dobi po operaciji TEP kolena med udeleženci in neudeleženci PŠ. Starks, et al. (2013), in Yoon, et al. (2010), navajajo, da je na osnovi programa pospešenega okrevanja in predhodne edukacije pacienta pred operativnim posegom prišlo do precejšnjega zmanjšanja ležalne dobe - iz 6 na 4 dni. To podkrepi tudi našo ugotovitev, kjer povprečna ležalna doba pri udeležencih PŠ znaša 4,2 dni, pri neudeležencih pa 7,5 dni. Vendar pa se moramo ob tem zavedati omejitve, na katero opozarja tudi Kruzik (2009). Razmere in politika dela so si namreč od ustanove do ustanove med seboj lahko precej različne. Na Ortopedski kliniki UKC Ljubljana pacienta naprimer ne sprejmejo na dan operacije, tako kot je to praksa v SBJ, temveč dan prej, kar pa avtomatsko podaljša čas hospitalizacije za en dan. Vendar kljub navedenemu, ostaja dejstvo, da je predoperativna šola pomembno, seveda poleg še drugih elementov programa pospešenega okrevanja, pomembno pripomogla k skrajševanju ležalne dobe po operaciji TEP kolena. Takšno delavnico predoperativne šole v Sloveniji zaenkrat izvajata le SB Jesenice in SB Novo mesto, medtem ko trenutni sistem organiziranosti drugim bolnišnicam oz. klinikam očitno še ne dopušča tovrstnih sprememb, čeprav so dokazano v prid tako pacientu kot sami zdravstveni ustanovi.

Iz raziskave je razvidno, da sta obe skupini s posameznimi deli hospitalizacije zelo zadovoljni. Ocenjevali so sprejem v bolnišnico, možnost sodelovanja pri izbiri anestezije, operacijski poseg, obvladovanje pooperativne bolečine in pooperativno zdravstveno nego na oddelku. Na lestvici od 1 do 5 (kjer manjše število predstavlja manjše zadovoljstvo) so namreč pacienti v obeh primerih najpogosteje odgovorili s 5 oz. zelo zadovoljen. Kot je razvidno, tudi na končno zadovoljstvo udeležba na PŠ nima vpliva. Sicer pa menimo, da so pacienti najverjetneje po končani hospitalizaciji še najbolj zadovoljni s tem, da so po dolgi čakalni dobi končno prišli na vrsto za planiran kirurški poseg. In najverjetneje je poleg dejanske pozitivne izkušnje hospitalizacije to merilo zadovoljstva, ki se odraža v vseh nivojih obravnave, če le med tem ni prišlo do bistvenih odstopanj ali zapletov. Furlow (2011), pravi, da vnaprej pridobljeno zaupanje pacienta pomembno pozitivno vpliva na njegovo počutje in bivanje v bolnišnici za čas hospitalizacije. Rezultati naše raziskave pa kažejo, da je zaupanje pacienta možno

pridobiti tako s programom predoperativne šole, kot tudi brez njene vključitve, saj zadovoljstvo med udeleženci in neudeleženci ni bistveno drugačno. Za zadovoljstvo pacienta je torej lahko dovolj dobro poskrbljeno v kakršni koli obliki predoperativne obravnave. Razlika pa se kaže v pacientovem dojemanju bolnišnične obravnave, ki je oz. ni bila v skladu s pričakovanji.

Iz rezultatov je razvidno, da prav vsi udeleženci PŠ ocenjujejo, da je bila hospitalizacija v skladu s pričakovanji. V primerjavi z neudeleženci, kjer je bila obravnava enaka pričakovanjem v manjšem številu odstotkov, in glede na statistično pomembno razliko sklepamo, da imajo udeleženci PŠ bolj jasno predstavo o dejanskem poteku hospitalizacije v primerjavi z neudeleženci. Na PŠ je namreč s strani multidisciplinarnega tima predstavljen vsak nivo obravnave v bolnišnici, s čimer pacient dobi določeno predstavo o poteku hospitalizacije in s tem tudi bolj realna pričakovanja. In kot ugotavljamo iz raziskave, so torej le-ta pri udeležencih PŠ pomembno bolj primerljiva z dejansko bolnišnično obravnavo.

Rezultati raziskave kažejo, da je bilo zdravstveno-negovalno osebje pri obeh skupinah praktično vedno pripravljeno nuditi pomoč, razen desetina neudeležencev PŠ meni, da pomoč ni bila vedno na voljo, ko so jo potrebovali. Razlika med udeleženci in neudeleženci PŠ se sicer kaže za statistično pomembno, a menimo, da gre tudi v tem primeru za subjektiven odnos in zahteve pacienta, ki po vsej verjetnosti v svoji osnovi ni povezan z udeležbo na PŠ. Kot navajajo Mistry, et al. (2016), pacientom največ pomeni dobra izkušnja z medicinskimi sestrami med hospitalizacijo, kar je pravzaprav razumljivo, saj ravno one, kot izvajalke intervencij zdravstvene nege, najpogosteje stopajo v stik s pacienti.

Pridobljeni podatki kažejo, da je pogostost zapletov ali neželenih dogodkov med hospitalizacijo izjemno redka. Pojavil se je le v enem primeru pri udeležencu PŠ, kar pa ni bistven podatek, ki bi lahko predstavljal razliko med udeleženci in neudeleženci PŠ. Menimo, da je pogostost zapletov dandanes v zdravstvenih ustanovah zelo nizka, pri tem pa se kaže učinkovitost nenehnega prizadevanja zdravstvenega osebja za preprečevanje neželenih dogodkov. Hkrati pa rezultat kaže tudi na to, da z uporabo koncepta kirurgije s pospešenim okrevanjem ne pride do pomembnega povečanja števila zapletov oz. neželenih dogodkov. Ta rezultat je tudi potrditev podatka, ki ga

navajajo Maempel, et al. (2016), in pravijo, da se kakovost obravnave in izid zdravljenja za pacienta ne spreminjata, četudi stroka vse pogosteje vključuje uporabo optimizirane kirurgije s pospešenim okrevanjem.

Kot so navedli McDonald, et al., (2014) je torej namen predoperativne šole na primeren način paciente pred operacijo seznaniti z dogajanjem pred, med in po operaciji, kar pozitivno vpliva na pacientovo končno zadovoljstvo z obravnavo, krajšo ležalno dobo in nasplošno boljši izid zdravljenja. To smo v veliki meri potrdili tudi z našo raziskavo. Nedvomno velja dejstvo o boljši seznanjenosti pacienta pred operacijo ter bistveno krajši ležalni dobi, kar je prednost tako za pacienta kot za bolnišnico, ki posledično lahko poveča učinkovitost svojega dela. Dodajamo pa, da predoperativna šola ni edini dejavnik pri doseganju zadovoljstva pacientov, kajti še vedno velja, da kakovostna in pacientu prijazna obravnava naredi za pacienta pozitivno izkušnjo. In to ne glede na to, koliko dni preživi v bolnišnici.

Naša raziskava ne zajema dolgoročnega spremljanja pacienta po operaciji s TEP kolena, zato bi bila priložnost za nadaljno raziskovanje spremljanje dolgoročnih rezultatov zdravljenja, ponovnih sprejemov in zadovoljstvo z življenjem po operaciji. Zanimivi bi bili tudi podatki raziskave, kolikšen del pacientov bi se prostovoljno udeležilo predoperativne šole, če bi jim bilo to omogočeno s strani zdravstvene ustanove.

Omejitev naše raziskave je zagotovo ta, da so anketirani pacienti starejši ljudje, ki so po operaciji zelo zadovoljni že s tem, da so, glede na dolge čakalne dobe za TEP kolena in težave, ki so jih imeli zaradi fizične omejitve in bolečine, končno prišli na vrsto. Posledično menimo, da včasih lahko tudi iz tega vidika pacientova ocena o zadovoljstvu ne predstavlja dejanskega stanja in izkušnje bolnišnične obravnave. Težko je tudi objektivizirati količino dobljenih informacij, predvsem če pacient nima predstave oz. izkušnje, kaj vse bi pravzaprav lahko izvedel in bil vnaprej pripravljen. Za realno primerjavo bi moral en pacient reševati naš vprašalnik prvič pred predoperativno šolo, drugič pa po udeležbi. Ali pa vse paciente anketirati tik pred operacijo, ko so pričakovanja še najbolj realna in morebiten strah najbolj izraziti. Takoj, ko pacient, ponavadi uspešno, zaključi z operacijo, je najverjetneje veliko bolj zadovoljen, kot pred operacijo, ko še ni točno vedel, kaj lahko pričakuje in kako bo poseg izgledal. Omejitev

raziskave, ki gotovo vpliva tudi na končna spoznanja, je tudi razlika v organiziranosti in politika dela med primerjanima ustanovama SBJ in Ortopedsko kliniko UKC Ljubljana.

V prihodnje bi lahko bilo predmet raziskave zadovoljstvo pacienta eno leto po operaciji, predvsem pa izvedba raziskave glede informiranosti o poteku hospitalizacije in obravnave tik pred samo operacijo. Za večjo relevantnost raziskave bi le-to lahko opravili na vseh ortopedskih oddelkih bolnišnic v Sloveniji in nato primerjali rezultate. Glede na to, da tudi tuja literatura navaja medicinsko sestro kot glaven člen pri predoperativni edukaciji in nasploh pacientovi izkušnji o hospitalizaciji, pa bi bila potrebna tudi raziskava o vlogi in opredelitvi pomena medicinske sestre pri programu kirurgije s pospešenim okrevanjem, tako z vidika njenega strokovnega profila kot z vidika pacienta.

4 ZAKLJUČEK

Rezultati raziskave dokazujejo, da predoperativna šola pomembno vpliva na pacientovo seznanjenost in pripravljenost glede poteka bolnišnične obravnave pri operaciji TEP kolena o sprejemu v bolnišnico, poteku operacije, obvladovanju pooperativne bolečine, zdravstveni negi na oddelku, rehabilitaciji in okvirno planiranem odpustu domov. Pacient dobi največ informacij s strani multidisciplinarnega tima, ki sodeluje na predoperativni šoli. Glede na seznanjenost pacientov so soodvisna tudi njihova pričakovanja glede hospitalizacije, za katera ugotavljamo, da so pri udeležencih predoperativne šole v večji meri v skladu z dejanskim potekom bolnišnične obravnave. Pomembno večje število pacientov, udeleženi na predoperativni šoli, izvaja vaje za krepitev operirane noge že pred operacijo, kar, kot navajajo avtorji primerljivih raziskav, pomembno pozitivno vpliva na kasnejše zdravljenje in funkcijski upad. Udeleženci predoperativne šole imajo tudi manj pomislekov glede pravilnosti odločitve za TEP kolena in se manj bojijo vrnitve in funkcioniranja v domačem okolju. Tudi povprečna ležalna doba po operaciji se med primerjanima skupinama pomembno razlikuje, in sicer 4,2 dni pri udeležencih in 7,5 dni pri neudeležencih predoperativne šole. Posledično sicer udeleženci ob odpustu navajajo nekoliko višjo stopnjo bolečine, a vseeno v povprečju navajajo visoko stopnjo zadovoljstva s hospitalizacijo. Omenjene razlike pa očitno niso merilo pri ocenjevanju zadovoljstva pacientov s celotnim potekom hospitalizacije, saj tako udeleženci kot neudeleženci predoperativne šole navajajo med seboj primerljivo visoko stopnjo zadovoljstva.

Na pacienta dobro vpliva tudi to, da že pred prihodom v bolnišnico spozna člane zdravstveno-negovalnega tima, ki bodo prisotni v času hospitalizacije. Predvsem to velja za medicinske sestre, ki po operaciji ob pacientu preživijo največ časa. Zato je pomembno, da se tudi one v čim večji meri aktivno vključujejo v izvajanje delavnic predoperativne šole, ki je, kot dokazujemo v raziskavi, pomemben dejavnik pri razvoju zdravstvene obravnave pacienta v smeri kakovosti, varnosti in obojestranskega zadovoljstva.

5 LITERATURA

Cabilan, C.J., Hines, S. & Munday, J., 2013. *Prehabilitation for surgical patients: a systematic review protocol*. [online] Available at: <http://joannabriggslibrary.org/index.php/jbisrir/article/view/517/1224> [Accessed 3 April 2016].

Carifa, L., 2009. Using Games to Provide Interactive Perioperative Education. *AORN Journal*, 94(4), pp. 370-376.

Foran, J.R.H., 2015. Total Knee Replacement. [online] Available at: <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=a00389> [Accessed 7 December 2016].

Furlow, B., 2011. *Nurse practitioners outscore physicians in patient satisfaction survey*. [online] Available at: <http://www.clinicaladvisor.com/nurse-practitioners-outscore-physicians- in-patient-satisfaction-survey/article/206090/> [Accessed 7 December 2016].

Gilbody, J., Dhotar, H.S., Perruccio, A.V. & Davey, J.R., 2014. Topical tranexamic acid reduces transfusion rater in total hip and knee arthroplasty. *The journal of arthroplasty*, 29(4), pp. 681-684.

Ibrahim, M.S., Alazzawi, S., Nizam, I. & Haddad, F.S., 2013. An evidence-based rewiw of enhaced recovery interventions in knee replacement surgery. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 95(6), pp. 386-389.

Jack, S., West, M. & Grocott M.P.W., 2011. Perioperative exercise training in elderly subjects. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25(3), pp. 461-472.

Kelc, R. & Moličnik, A., 2008. Kolenska endoproteza. In: M. Vogrin, ed. *IV. mariborsko ortopedsko srečanje – koleno v ortopediji. Maribor, 7. november, 2008*. Maribor: Univerzitetni klinični center, oddelek za ortopedijo, pp. 63-78.

Krenk, L., Rasmussen, L.S., Hansen, T.B., Bogo, S., Soballe, K. & Kahlet, H., 2012. Delirium after fast-track hip and knee arthroplasty. *British Journal of Anaesthesia*, 108(4), pp. 607-611.

Kruzik, N.A., 2009. Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients. *AORN Journal*, 90(3), pp. 381-382, 385-387.

Larsen, K., Hvass, K.E., Hansen T.B., Thomsen, P.B. & Soballe K., 2008. *Effectiveness of accelerated perioperative care and rehabilitation intervention compared to current intervention after hip and knee arthroplasty. A before-after trial of 247 patients with a 3-month follow-up.* [online] Available at: <http://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-9-59> [Accessed 3 April 2016].

Maempel, J.F., Clement, N.D. & Ballantayne, J.A., 2016. Enhanced recovery programmes after total hip arthroplasty can result in reduced length of hospital stay without compromising functional outcome. *The Bone & Joint Journal*, 98-B(4), pp. 475-482.

McDonald, S., Page, M.J., Beringer, K., Wasiak, J. & Sprowson, A., 2014. *Preoperative education for hip or knee replacement.* [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24820247> [Accessed 7 December 2016].

Mistry, J.B., Chughati, M., Elmallah, R.K., Le, S., Bonutti, P.M., Delanois, R.E. & Mont, M.A., 2016. What Influences How Patients Rate Their Hospital After Total Hip Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 31(11), pp. 2422 - 2425.

Moličnik, A. & Merc, M., 2010. Endoprotetika kolenskega sklepa. In: M. Vogrin, M. Kuhta & J. Naranda, eds. *Artroza in endoprotetika sklepa: zbornik vabljenih predavanj. VI. mariborsko ortopedsko srečanje, interdisciplinarno strokovno srečanje in učne delavnice. Maribor, 17. december, 2010.* Maribor: Univerzitetni klinični center, oddelek za ortopedijo, pp. 81-91.

Noonan, P., 2011. Using Concept Maps in Perioperative Education. *AORN Journal*, 94(5), pp. 469-478.

Ortopedska klinika UKC Ljubljana, n.d. *Endoproteza kolena – informacije za bolnike.* [pdf] Ortopedska klinika UKC Ljubljana. Available at: http://www.ortopedska-klinika.si/upload/files/17-endoproteza_kolena.pdf [Accessed 8 Maj 2016].

Palmer, S.H., 2014. *Total Knee Arthroplasty*. [online] Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/1250275-overview> [Accessed 3 April 2016].

Rezar, H., Lorbek, T. & Čon, N., 2010. Pooperativna zdravstvena nega bolnika na ortopedskem oddelku. In: M. Vogrin, M. Kuhta & J. Meranda, eds. *Artroza in endoprotetika sklepa: zbornik vabljenih predavanj. VI. mariborsko ortopedsko srečanje, interdisciplinarno strokovno srečanje in učne delavnice. Maribor, 17. december, 2010*. Maribor: Univerzitetni klinični center, oddelek za ortopedijo, pp. 163-168.

Rizzo, H., n.d. *Pre-hab for Surgery*. [online] Available at: <http://www.arthritis.org/living-with-arthritis/treatments/joint-surgery/preparing/prehab-surgery.php> [Accessed 3 April 2016].

Scott, N.B., McDonald, D., Campbell, J., Smith, R.D., Carey, K.A., Johnston, I.G., James, K.R. & Breusch, S.J., 2013. The use of enhacer recovery after surgery (ERAS) principles in Scottish orthopaedic units-an implementation and follow-up at 1 year, 2010-2011: a report from the Musculoskeletal Audit, Scotland. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 133(2013), pp. 117-124.

Silvester, T. & Kacijan, B., 2017. Kirurgija s pospešenim okrevanjem pri endoprotetiki kolka in kolena – Izkušnje na ortopedskem oddelku SB Jesenice. *Zdravniški vestnik*, številka v tisku.

Silvester, T., Rjezancev, B., Prlja, A. & Ješe, P., 2007. Totalna artroplastika kolka v SB Jesenice od 1985 do 2006 (pregled opravljenega in pogled naprej). *Zdravniški Vestnik*, 76(11), pp. 725-732.

Splošna bolnišnica Jesenice, 2015a. *SOP KP za totalno endoprotezo kolena*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.

Splošna bolnišnica Jesenice, 2015b. *Interni akt SBJ o predoperativni šoli za totalno endoprotezo kolena*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.

Starks, I., Wainwright, W.T., Lewis, J., Lloyd, J. & Middleton, R.G., 2013. *Older patients have the most to gain from orthopaedic enhanced recovery programmes*.

[online] Available at: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/43/5/642> [Accessed 14 April 2016].

Uhrbrand, P., Ulrich, M. & Soballe, K., 2014. Quality of Life and Hip Function During the First Month after Total Hip Arthroplasty. *Current Orthopaedic Practice*, 25 (3), pp. 233-237.

Varadhan, K.K., Neal, K.R., Dejong, C.H.C., Fearon, K.C.H., Ljungqvist, O. & Lobo, D.N., 2010. The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical nutrition*, 29(10), pp. 434-440.

Webb, C.A. & Mariano, E.R., 2015. Best multimodal analgesic protocol for total knee arthroplasty. *Pain Management*, 5(3), pp. 185-196.

White, J.A., 2015. *Improving Patient Satisfaction after Primary Total Knee Arthroplasty Using Nurse Practitioner-Driven Preoperative education*. [online] Available at: http://digitalcommons.otterbein.edu/stu_doc/13/ [Accessed 14 April 2016].

Yoon, R.S., Nellanas, K.W. Geller, J.A., Kim, A.D., Jacobs, M.R. & Macaulay W. Patient education before hip or knee arthroplasty lowers length of stay. *Journal of Arthroplasty*, 25 (4), pp. 547-551.

Zaletel, M., 2014. *Pomen kliničnih smernic v zdravstveni negi*. [pdf] Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. Available at: http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2014_S1_p019-024.pdf [Accessed 7 December 2016].

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETA

Spoštovani!

Moje ime je Anja Stenovec in sem študentka 3. letnika dodiplomskega študijskega programa zdravstvena nega na Fakulteti za zdravstvo Jesenice. V okviru diplomskega dela z naslovom "Pomen predoperativne šole za paciente s totalno endoprotezo kolena" pod mentorstvom mag. Mirana Remsa, dr. med., spec. kirurgije, želim izvesti raziskavo in primerjavo med operiranimi pacienti, ki so oz. niso bili vključeni v program predoperativne šole pred omenjenim operativnim posegom.

Z izpolnjenim anketnim vprašalnikom bi pridobili pomembne podatke za našo raziskavo, zato Vas vljudno prosim, da si vzamete 5 minut časa in odgovorite na anketna vprašanja. Ta so zapisana v moški obliki, a veljajo tudi za ženski spol. Podatki bodo služili zgolj za namen raziskave.

Izpolnjevanje vprašalnika je prostovoljno in anonimno, zbrani podatki pa bodo uporabljeni zgolj za izdelavo diplomske naloge.

Za sodelovanje se Vam že vnaprej iskreno zahvaljujem!

1. **Spol** (*obkrožite ustrezen odgovor*): M Ž
2. **Starost** (*napišite*): _____ let
3. **Stopnja izobrazbe** (*obkrožite ustrezen odgovor*):
 - osnovnošolska
 - srednja ali poklicna šola
 - višješolska, visokošolska ali univerzitetna
 - magisterij, doktorat

4. **Poklic, ki ga opravljate oz. ste ga opravljali (napišite):**

5. **Moje gibanje pred operacijo ocenjujem na (obkrožite en ustrezen odgovor):**

- brez omejitev
- delno omejeno
- močno omejeno
- praktično onemogočeno

6. **Zaradi težav sem moral v zadnjem letu občasno ali redno uporabiti terapevtske pripomočke - palico, bergli, hoduljo... (obkrožite ustrezen odgovor):**

- da
- ne

7. **Operacijo totalne endoproteze (TEP) kolena je bila izvedena v (obkrožite ustrezen odgovor):**

- Splošni bolnišnici Jesenice
- UKC Ljubljana – ortopedska klinika

8. **Ste že kdaj slišali za izraz “predoperativna šola”, ki se izvaja pred planiranim operativnim posegom? (obkrožite ustrezen odgovor)**

- da
- ne

9. **Ali ste pred načrtovanim operativnim posegom imeli možnost udeležbe na predoperativni šoli v okviru bolnišnice? (obkrožite ustrezen odgovor)**

- da
- ne

10. **Vprašanje vsebuje različna področja, za katera Vas prosim, da se opredelite glede na stopnjo seznanjenosti PRED načrtovanim operacijskim posegom.**

Ocenite s številko od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – sploh nisem bil seznanjen, 2 –

nezadostno seznanjen , 3 – delno seznanjen, 4 – dobro seznanjen, 5 – popolnoma seznanjen.

Seznanjenost s/z	sploh nisem bil seznanjen	nezadostno seznanjen	delno seznanjen	dobro seznanjen	popolnoma seznanjen
postopek sprejema v bolnišnico	1	2	3	4	5
ustrezna izbira anestezije	1	2	3	4	5
postopek operacije	1	2	3	4	5
obvladovanje pooperativne bolečine	1	2	3	4	5
pooperativna zdravstvena nega na oddelku	1	2	3	4	5
okvirno planiran odpust	1	2	3	4	5
postopek okrevanja doma	1	2	3	4	5

11. Ali so Vam pred samo operacijo ostala kakršnakoli nerazjasnena vprašanja? (*obkrožite ustrezen odgovor*)

- ne
- da

12. Ali ste imeli tik pred operacijo pomisleke glede pravilnosti odločitve za kolensko protezo? (*obkrožite ustrezen odgovor*)

- ne
- da

13. Kako močno je bil PRED SPREJEMOM prisoten morebiten strah in dileme glede sledečih procesov? (*označite s križcem pri ustreznem odgovoru pri posameznem procesu*)

	strah in dilema je bila prisotna	strah in dileme so se občasno pojavile	strahu in dilem ni bilo
sprejem v bolnišnico			
operativni poseg			

	strah in dilema je bila prisotna	strah in dileme so se občasno pojavile	strahu in dilem ni bilo
pooperativna bolečina			
pooperativna zdravstvena nega (na oddelku)			
postopek okrevanja doma			

14. Kdo vam je dal največ informacij o operaciji, rehabilitaciji, sprejemu...?

(obkrožite ustrezen odgovor)

- ortoped
- medicinska sestra
- koordinatorica sprejema in odpusta
- predoperativna šola
- med samo hospitalizacijo

15. Ali ste v obdobju PRED OPERACIJO načrtno dodatno izvajali vaje za povečevanje gibljivosti sklepa in krepitve stegenških mišic operirane noge?

(obkrožite ustrezen odgovor)

- da
- ne

16. Menite, da vaša operacija predstavlja stres tudi za vaše svojce? *(obkrožite ustrezen odgovor)*

- da
- ne
- ne vem oz. ne morem oceniti

17. Stopnjo bolečine NA 1. DAN PO OPERACIJI na lestvici od 0 do 10 ocenjujem z (0 – bolečina ni bila prisotna, 10 – najhujša možna bolečina):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. S številko od 1 do 5 Vas prosim, da ocenite, kakšno je bilo Vaše zadovoljstvo s posameznim postopkom V ČASU HOSPITALIZACIJE? (1 – popolnoma nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – niti nezadovoljen, niti zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – izredno zadovoljen):

Zadovoljstvo s/z	popolnoma nezadovoljen	nezadovoljen	niti nezadovoljen, niti zadovoljen	zadovoljen	zelo zadovoljen
sprejem v bolnišnico	1	2	3	4	5
sodelovanje pri izbiri anestezije	1	2	3	4	5
operacijski poseg	1	2	3	4	5
obvladovanje pooperativne bolečine	1	2	3	4	5
pooperativna zdravstvena nega (na oddelku)	1	2	3	4	5

19. Ali je bilo zdravstveno-negovalno osebje v času obravnave odzivno in vedno pripravljeno nuditi pomoč? (*obkrožite ustrezen odgovor*)

- da
- ne

20. Ali je v času hospitalizacije prišlo do kakršnih koli neželenih dogodkov/zapletov? (*obkrožite ustrezen odgovor*)

- ne
- da, (kakšnih?) _____

21. Ali je bila celotna obravnava v času bivanja v bolnišnici v skladu z vašimi pričakovanji? (*obkrožite ustrezen odgovor*)

- da
- ne
- delno

22. Kako NA DAN ODPUSTA ocenjujete stopnjo bolečine na lestvici od 0 do 10? (0 – bolečina ni bila prisotna, 10 – najhujša možna bolečina):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Koliko dni ste bili tokrat v bolnišnici po operaciji TEP kolena? (napišite)
_____ dni

24. Ali Vas je bilo strah vrnitve in funkcioniranja v domačem okolju takoj po odpustu iz bolnišnice? (obkrožite ustrezen odgovor)

- ne
- da
- delno

Hvala za sodelovanje!