



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ZNANJE IN ODNOS ŠTUDENTOV
FAKULTETE ZA ZDRAVSTVO ANGELE
BOŠKIN O BOLEČINI**

**KNOWLEDGE AND ATTITUDES
REGARDING PAIN AMONG THE STUDENTS
OF ANGELA BOŠKIN FACULTY OF
HEALTH CARE**

Mentorica: Sedina Kalender Smajlović, pred. Kandidatka: Lina Garbas

Jesenice, maj, 2018

ZAHVALA

Iskrena zahvala mentorici Sedinii Kalender Smajlović, pred., za vso potrpežljivost, strokovno pomoč ter dragocene nasvete pri pripravi diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentki Zdenki Kramar, pred., za koristne usmeritve pri nastajanju diplomskega dela, ter Špeli Krivec za strokovno lektoriranje diplomskega dela.

Posebna zahvala gre študentom Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, ki so s sodelovanjem pripomogli k izvedbi raziskave.

Prav posebno bi se seveda rada zahvalila svoji družini, kateri tudi posvečam svojo diplomsko delo, ki mi je stala ob strani in me podpirala tekom celotnega študija. Zahvala za vso podporo gre seveda tudi mojim edinstvenim in najboljšim prijateljem.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Bolečina velja kot najpogostejši simptom, ki nas spremlja skozi celo življenje, zato lajšanje le-te zahteva dobro usposobljenost medicinskih sester. Ker veljajo študentje zdravstvene nege za medicinske sestre prihodnosti, je ključnega pomena, da se jim v času študija zagotovi ustrezno izobraževanje o bolečini.

Cilj: Cilji diplomskega dela je ugotoviti, ali obstajajo statistične povezave med znanjem o bolečini glede na letnik izobraževanja študentov študijskega programa Zdravstvene nege – VS, na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Prav tako nas zanima kakšno znanje navajajo o lestvicah za merjenje bolečine ter ugotoviti njihova stališča o načinih lajšanja le-te.

Metoda: Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. S pomočjo strukturiranga vprašalnika smo zbirali podatke. Večina vprašanj je bilo zaprtega tipa, ki so bili razdeljeni v posamezne sklope. Za analizo podatkov je bil uporabljen program Microsoft Excel in statistični program SPSS, verzija 20.0. Uporabljena je bila opisna in bivariantna statistika, statistična pomembnost je določala vrednost $p < 0,05$.

Rezultati: Anketirani študentje FZAB so seznanjeni z ocenjevanjem bolečine, saj jih je več kot polovica (76%) že ocenjevalo bolečino na klinični praksi. Zavedajo se pomembnosti individualne obravnave bolečine pri posamezniku (PV = 4,01; SO = 0,928). Strinjajo se, da je bolečina pri pacientu največkrat opažena po spremenjeni mimiki obraza (PV = 4,06; SO = 0,790). S trditvijo »Bolečino vedno obravnavamo individualno« se najbolj strinjajo študentje drugega letnika (PV = 4,25; SO = 0,844, $p = 0,019$), najmanj pa študentje prvega letnika (PV = 3,67; SO = 0,862, $p = 0,019$).

Razprava: Študentje FZAB navajajo pomembnost prepoznave bolečine pri pacientu ter odgovornost medicinskih sester za nudenje najboljše oskrbe pacientu pri lajšanju bolečine. Priporočljiva bi bila raziskava za nadaljno in natančnejšo obdelavo, katera bi vsebovala večji vzorec študentov, da bi pridobili boljše in kakovostnejše rezultate.

Ključne besede: ocenjevanje bolečine, lestvice za merjenje bolečine, študentje zdravstvene nege, izobraževanje, izobraževalni program

SUMMARY

Background: Pain is considered to be the most common symptom that accompanies us throughout life, therefore relieving it requires good nursing qualifications. Since nursing students are future nurses, it is crucial that they receive appropriate education on pain during their studies.

Aims: The aim of this diploma thesis was to determine whether statistical correlations exist between knowledge on pain and year of study in nursing students of the Angela Boškin Faculty of Health Care. We also wanted to determine what knowledge students have on the scales for measuring pain and to find out their views on how to relieve it.

Methods: A descriptive method of quantitative research design was employed. A structured questionnaire was used to collect data. Most of the questions were closed-ended, they were divided into individual categories. Microsoft Excel and SPSS statistical software v. 20.0 were used for data analysis. Descriptive and bivariate statistics were used, the level of statistical significance was $p < 0.05$.

Results: The ABFHC student respondents are familiar with pain assessment, as more than half of them (76%) have already assessed pain during their clinical training. They are aware of the importance of individual treatment of pain ($M = 4.01$; $SD = 0.928$). They agree that pain in patients is most often observed by changed facial mimics ($M = 4.06$; $SD = 0.790$). The highest agreement with the statement "Pain is always treated individually" was established among second-year students ($M = 4.25$, $SD = 0.844$, $p = 0.019$).

Discussion: The ABFHC students have indicated the importance of recognizing pain in patients and the responsibility of nurses to provide the best care to patients in relieving pain. Further research with a more precise instrument and a larger sample of students should be conducted in order to obtain better results of higher quality.

Key words: pain assessment, pain scales, nursing students, education, education program

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 BOLEČINA	3
2.1.1 Fiziologija bolečine	3
2.2 VRSTE BOLEČINE	4
2.2.1 Akutna bolečina.....	4
2.2.2 Kronična bolečina.....	5
2.3 PRISTOP K OBRAVNAVI BOLEČINE	5
2.3.1 Prepoznavanje bolečine	5
2.4 OCENJEVANJE BOLEČINE	6
2.4.1 Ovire in napake pri ocenjevanju bolečine	7
2.5 LESTVICE ZA OCENJEVANJE BOLEČINE	8
2.5.1 Enodimenzionalne lestvice.....	8
2.5.2 Vedenjske in fiziološke lestvice za merjenje bolečine	10
2.5.3 Večdimenzionalne lestvice.....	11
2.6 ZDRAVLJENJE BOLEČINE.....	11
2.6.1 Farmakološko zdravljenje	11
2.6.2 Nefarmakološko zdravljenje.....	12
2.7 VLOGA BOLEČINE V ZDRAVSTVENI NEGI	12
2.7.1 Odnos medicinskih sester do bolečine	13
2.7.2 Odnos študentov zdravstvene nege do bolečine.....	14
2.8 IZOBRAŽEVANJE NA PODROČJU ZDRAVSVENE NEGE	14
2.8.1 Izobraževanje študentov zdravstvene nege o bolečini	15
3 EMPIRIČNI DEL.....	18
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	18
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	18
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	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
3.5 RAZPRAVA	32
4 ZAKLJUČEK	37
5 LITERATURA	38
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	

KAZALO SLIK

Slika 1: Besedna lestvica za ocenjevanje bolečine.....	9
Slika 2: Številčna lestvica za merjenje bolečine.....	9
Slika 3: Vizualna analogna lestvica za merjenje bolečine.....	9
Slika 4: Šesttočkovna obrazna skala za odrasle in otroke	10

KAZALO TABEL

Tabela 1: Lestvica CRIES za oceno bolečine pri nedonošenčkih in dojenčkih.	10
Tabela 2: Test zanesljivosti	20
Tabela 3: Demografski podatki	21
Tabela 4: Trditve povezane z znanjem študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin o prepoznavnosti bolečine pri pacientu	22
Tabela 5: Znanje o prepoznavnosti bolečine pri pacientu med študenti FZAB glede na letnik izobraževanja.....	23
Tabela 6: Trditve povezane z znanjem o lestvicah za merjenje bolečine.....	26
Tabela 7: Znanje o lestvicah za merjenje bolečine s strani študentov FZAB glede na letnik izobraževanja.....	27
Tabela 8: Znanje o lestvicah za merjenje bolečine s strani študentov FZAB glede na obliko študija	29
Tabela 9: Seznanjenost študentov FZAB o načinih lajšanja bolečine pri pacientu.....	31

SEZNAM KRAJŠAV

FZAB	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
IASP	Mednarodno združenje za preučevanje bolečine
EU	Evropska unija
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
i.m	Intramuskularno
VRS	Verbal rating scale
NRS	Numerical rating scale
VAS	Visual analogue scale

1 UVOD

Bolečina je izrazito osebna izkušnja in je ne moremo posploševati, saj velja za nekaj neprijetnega in motečega za vsakega posameznika (Jus, 2014). Po ženevski konvenciji ima vsak človek pravico živeti brez bolečine, zato si sodobna medicina vse intenzivneje prizadeva za lajšanje te (Rešetič, 2012).

Bolečina je navzoča in nas spremlja skozi celo življenje. Največkrat je opozorilo, da ni vse tako, kot bi moralo biti. Če bolečine ne odpravimo, to lahko privede do hujših posledic (Nemeš & Kocet Ritlop, 2016). Pogosto je signal, da je z zdravjem nekaj narobe, kar vedno vpliva na posameznikovo počutje in kakovost življenja (Mlinar Rejlić, et al., 2015). Velja za najpogostejši simptom, zaradi katerega pacienti poiščejo pomoč pri zdravniku. Pacienta z bolečino je treba najprej ustrezno klinično pregledati, saj s tem ocenimo celotno stanje in ne samo bolečine (Lahajnar Čavlovič, et al., 2015).

Prepoznavanje, ocena in lajšanje bolečine veljajo za osnovne naloge zdravstvene nege, pa vendar nezadostno lajšanje bolečine ostaja velika težava. Medicinske sestre se morajo zavedati pomembnosti te težave. Poleg teoretičnega znanja morajo imeti sposobnost zaznavanja ter čut odgovornosti. Imeti morajo ustrezen odnos do bolečine in se zavedati svoje vloge pri njenem obvladovanju (Nemeš & Kocet Ritlop, 2016). Medicinske sestre imajo velik vpliv na preprečevanje bolečine, zlasti pri ocenjevanju jakosti bolečine, dajanju analgetične terapije, opazovanju stranskih učinkov ter njenem dokumentiranju. Težijo k cilju, da pri pacientu odpravijo bolečino oziroma da jo zmanjšajo do takšne mere, da postane znosna. Kakovostna obravnava pacienta z bolečino je tako v veliki meri odvisna od znanja medicinskih sester o bolečini in pomenu, ki ga ima bolečina za pacienta, ter njene celostne obravnave (Urbas, 2017).

Ker so študentje zdravstvene nege medicinske sestre prihodnosti, je pomembno, da se jim v času študija zagotovi ustrezno izobraževanje o bolečini. S tem so visokošolski zavodi s področja zdravstvene nege v edinstvenem položaju, da se osredotočijo na navedeno problematiko in s tem študentom zdravstvene nege omogočajo dovolj znanja (Duke, et al., 2013). Študenti zdravstvene nege veljajo za odrasle osebe, zato jih je treba spodbujati, da prevzamejo odgovornost za svoje učenje (Čuk & Hvala, 2009). Naloga

visokošolskih zavodov s področja zdravstvene nege je, da študente izobrazijo o vlogi in pomenu bolečine v zdravstveni negi in jim ne le zagotavljajo informacije, ki temeljijo na dokazih, ampak jim tudi pomagajo pri razvoju odnosa in sposobnosti, saj prav zaradi pomanjkanja znanja in negativnih stališč o bolečini lahko bistveno poslabšajo učinkovito upravljanje bolečine (Duke, et al., 2013).

Z diplomskim delom smo raziskali področje obravnave in prepoznavne bolečine študentov. Opredeliti želimo tudi samooceno študentov FZAB o prepoznavi bolečine in uporabi lestvic za merjenje bolečine. Seznaniti se želimo z razliko v pridobljenem znanju na področju bolečine med študenti 1., 2. in 3. letnika FZAB. »Da bi študente zdravstvene nege ustrezno pripravili, morajo visokošolski zavodi s področja zdravstvene nege prepoznati znanje in odnos študentov do bolečine. Hkrati pa izoblikovati intervencije, s katerimi bi povečali pripravljenost študentov za obvladovanje bolečine« (Chow & Chan, 2014).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 BOLEČINA

»Bolečina je po definiciji Mednarodnega združenja za preučevanje bolečine (IASP) neprijetna čutna in čustvena zaznava, ki je povezana z dejansko ali potencialno poškodbo tkiva. Definicija tudi pravi, da vzrok bolečine ni vedno nujno poškodba tkiva, hkrati pa ni nujno, da vsako poškodbo tkiva spremlja tudi bolečina« (Koželj Rekanović & Tušek Bunc, 2014, p. 61).

Tipičen dogodek, v katerem se začne bolečina, je poškodba, ko na telo deluje zunanji dražljaj, ki ga oseba čuti boleče. Vsebina bolečine velja za skrajno neprijetno izkušnjo, ki se lahko kaže od blage nevšečnosti do skrajne agonije. Težimo k temu, da bi bolečino čim hitreje prekinili in se tudi ustrezno zaščitili (Kovačič, 2014). Povzročitelji bolečine so lahko bolezen, poškodba ali psihična travma. Brez pojava bolečine bi bolezen pogosto ostala prikrita. To pomeni, da bolezen odkrijemo šele tedaj, ko se pojavi bolečina (Jus, 2014). Bolečino lahko doživljamo na čustveni ali fiziološki ravni. Stopnja bolečine ni odvisna le od vrste posega, temveč tudi od subjektivnega doživljanja. Bolečinski dražljaji poleg neprijetnih občutkov povzročajo tudi vedenjske spremembe, spremembe v fizioloških parametrih, kot so srčni utrip, frekvenca dihanja ter nasičenost hemoglobina s kisikom (Gržinič, et al., 2015).

2.1.1 Fiziologija bolečine

Bolečina nastane v posebnih bolečinskih receptorjih, ki so razporejeni po vsem telesu. Ti po živcih v hrbtenjačo in nato navzgor v možgane prenašajo sporočila v obliki električnih impulzov (Dolžan Lindič, et al., 2008). »Občutenje bolečine je posledica kompleksnih interakcij med perifernim in centralnim živčnim sistemom (CŽS). Bolečinski dražljaj, ki je fizični, psihološki ali kombinacija obeh, povzroči sproščanje tako ekscitatornih kot inhibitornih živčnih prenašalcev v živčevje« (Toni, 2012, p. 3-5). Bolečino glede na izvor delimo na nevropatsko ali nociceptivno bolečino, ki je posledica vzdraženosti nociceptorjev zaradi bolezni ali vnetnih dejavnikov (Čaušević,

2016). Ko možgani obdelajo ta signal ter ga razložijo kot bolečino, človek tudi občuti bolečino (Dolžan Lindič, et al., 2008).

2.2 VRSTE BOLEČINE

Splošne opredelitve, razvrstitve ter klasifikacije oblik bolečine so možne s številnih med seboj prepletenih vidikov. Najbolj uporaben je uradni sistem Mednarodne klasifikacije bolezni (2010), v katerem so bolezenska in bolečinska stanja v grobem klasificirana glede na vzročne dejavnike, telesne sisteme, časovno obdobje ter vzorce znakov, simptomov in kliničnih oziroma laboratorijskih izvidov. Klasifikacija po ISAP velja za najobsežnejšo in podrobno klasifikacijo, vendar ne vključuje ocene psiholoških in socialnih dejavnikov bolečine. Med vsemi vidiki opisa, razlikovanja in razvrščanja bolečine so prvi osnovni podatki o bolečini (Kovačič, 2014):

- jakost, moč, intenzivnost (npr. nič – blaga – srednja – zmerna – huda),
- vidiki kakovosti (ostra, topa, mrzla, vroča, pekoča, žareča, zbadajoča, rezajoča, trgajoča, stiskajoča, prodirajoča, raztegujoča, razjedajoča, električna, enakomerna, utripajoča, sunkovita, izžarevajoča),
- kraj, lokacija, predel telesa (obsečna omejena, ročkasta, razpršena, sevajoča ali prenesena),
- čas, trajanje (akutna, subakutna, kronična),
- potek (stalna, nihajoča, prekinjena, pogosta, občasna, rastoča, pojemajoča, v valovih).

Bolečina, za katero trpijo pacienti, je lahko akutna, kronična, prekinjajoča (intermitentna) ali kombinacija dveh ali vseh treh oblik. Je globalna zdravstvena težava, saj ocenjujejo, da pojavnost bolečine na splošno znaša približno 20 odstotkov, kronične bolečine pa 10 odstotkov (Jakovljević & Puh, 2014).

2.2.1 Akutna bolečina

Akutna bolečina je fiziološka bolečina, ki se pojavi nenadoma, kot odziv na tkivno poškodbo ali bolezen. Traja manj kot tri mesece in mine, ko je vzrok zanjo odstranjen

(Svilenković, 2014). Za akutno bolečino prav tako velja, da je nenadna, hitra, ostra, trenutna, kratkotrajna, občasna, traja od nekaj sekund do nekaj ur, lahko je enkratna, a tudi ponavljajoča, kraj pa je očitno (Kovačič, 2014).

2.2.2 Kronična bolečina

Kronična bolečina je patološka bolečina, ki traja dlje časa od pričakovanega zdravljenja bolezni ali poškodbe (Jus, 2014). Kronična bolečina se lahko začne kot akutna, a se nadaljuje tudi po tem, ko je poškodba zaceljena. Sčasoma se lahko tudi razširi v druge dele telesa (Kovačič, 2014).

2.3 PRISTOP K OBRAVNAVI BOLEČINE

Večdimenzionalni pristop k prepoznavanju bolečine zajema subjektivne (nemerljive) in objektivne (merljive) kategorije. Subjektivni kazalci vsebujejo pacientov odziv na bolečino, in sicer s senzornim, čustvenim ter kognitivnim odzivom. Objektivni kazalci bolečine pa vključujejo vedenjski in fiziološki odziv nanjo. Za medicinsko sestro je zelo pomembno, da prepozna odziv na pojav bolečine (Dolžan Lindič, et al., 2008).

Pacienta z bolečino moramo najprej ustrezno klinično pregledati, saj s tem ocenimo njegovo celotno stanje in ne samo bolečine, ki ga najbolj obremenjuje. Zato je zdravljenje bolečine le del celovitega vodenja pacienta (Lahajnar Čavlovič, et al., 2008). Če želimo ustrezno ovrednotiti bolečino, moramo ob prvem stiku pacienta opazovati in mu verjeti, torej upoštevati takšno bolečino, kot jo predstavi pacient. Izbrati moramo ustrezno orodje za merjenje bolečine, ki pa mora biti individualno prilagojena glede na pacientove potrebe (Dumić, et al., 2009). Pogosto se zdravstvena obravnava začne z bolečino, saj je na splošno najpogostejši razlog za iskanje zdravniške pomoči. Ovrednotenje bolečine je zato nujen del vsakega pregleda (Kovačič, 2014).

2.3.1 Prepoznavanje bolečine

Opazovanje velja za spretnost in kot pomemben del nebesedne komunikacije pomeni videti znake bolečine, znati poslušati in razumeti. Opazovanje je tehnika ali spretnost ter

najpomembnejši element ocenjevanja stanja pojava bolečine. Pravilo pri tem je, da medicinska sestra ne teži k temu, da opazi tisto, kar pričakuje oziroma je v skladu z njeno predpostavko, ker jo to lahko zavede. Pomembna je tudi njena intuicija. Medicinska sestra mora biti sposobna prepoznati tako fiziološki kot vedenjski odziv pacienta na bolečino, saj s tem pacient na nebesedni način pove, da trpi za bolečino (Pungartnik & Janiš, 2013).

Z natančnim opazovanjem fizičnega in psihičnega stanja ter merjenjem vitalnih funkcij lahko prepoznamo bolečino. To je zelo pomembno pri pacientih, ki ne morejo besedno komunicirati (Jus, 2014). Ker bolečina velja za izjemno subjektivno, nikoli zares ne vemo, kaj nekdo drug doživlja, ko se pritožuje nad bolečino ali jo kako drugače izraža v vedenju. O bolečini drugega je mogoče sklepati posredno, na osnovi posameznikovega besednega opisa, njegovega vedenja, telesnega izražanja, razpoloženja in čustvovanja. Tipični takojšnji vedenjski vzorci so vzdih, stoki, jok, vpitje, napete mišice, napete obrvi, veke in usta, togi in sunkoviti gibi, zdrzljaji, trzanje, umikanje, dotikanje bolečega predela, težko in sunkovito dihanje, refleksne in avtonomne reakcije (bledica, rdečica, bruhanje, povečan pulz, slabost, dušenje itd.), včasih pa popolno mirovanje in pasivnost (Kovačič, 2014).

2.4 OCENJEVANJE BOLEČINE

»Po definiciji Putilla in Wilkie-ja je ocenjevanje bolečine opredeljeno kot individualno ovrednotenje posameznikovega doživetja bolečine, ki vključuje občutenje bolečine same, kakor tudi čustveni, fiziološki, zaznavni in vedenjski odgovor na bolečino« (Kamenik, 2008, p. 25). Za učinkovito zdravljenje moramo bolečino najprej oceniti. Glede na to, da je bolečina vedno subjektivna, za njeno objektivizacijo uporabljamo različne tehnike (Faganeli, 2012). Številne raziskave dokazujejo, da pacienti jakost bolečine zvečine ocenjujejo popolnoma drugače kot zdravstveno osebje. Zato je bistvenega pomena, da ima pri ocenjevanju bolečine glavno vlogo pacient (Koželj Rekanović & Tušek Bunc, 2014). Prevladujejo trije načini ocenjevanja bolečine, ki vključujejo samoporočanje oziroma samoocenjevanje (lestvice, risbe, vprašalnik in dnevnik), opazovanje (vedenje) in fiziološke odgovore (npr. frekvenca srčnega utripa, frekvenca in globina dihanja itd.) (Jakovljević & Puh, 2014).

Kamenik (2008), pravi, da idealen test za merjenje bolečine bi moral:

- omogočati občutljivo merjenje bolečine brez napake in poenotenje različnih metod ocenjevanja,
- biti preprost, hiter in zagotavljati takojšnjo informacijo o zanesljivosti,
- ločevati senzorično-deskriptivne značilnosti od afektivnih značilnosti bolečine,
- biti učinkovit za merjenje bolečine tako pri kliničnem delu kot tudi v raziskavah,
- omogočati meritev absolutne vrednosti, kar omogoča primerjavo med skupinami.

Idealnega testa za merjenje bolečine še nimamo. Edina možna pot za ocenjevanje bolečine je besedna in nebesedna komunikacija s pacientom. Ocenjevanje bolečine najpogosteje temelji na pacientovi samooceni. Bolečina je predvsem subjektivno pacientovo doživetje, zato samoocenjevanje omogoča najbolj zanesljivo oceno pacientove bolečine in hkrati predstavlja zlati standard v merjenju bolečine (Kamenik, 2008). Za primerno ocenjevanje bolečine si je treba vzeti čas, zlasti pri pacientih, ki niso sposobni komuniciranja, so prestrašeni, zmedeni ali so duševno in psihično spremenjeni (Sprogar & Rode, 2014). Ne glede na pristop morajo biti postopki ocenjevanja bolečine veljavni, zanesljivi, razmeroma nepristranski in uporabni (Jakovljević & Puh, 2014).

2.4.1 Ovire in napake pri ocenjevanju bolečine

Bolečina je za medicinsko sestro občutljiv indikator, zato velja, da imajo medicinske sestre osrednjo vlogo pri ocenjevanju in obvladovanju bolečine. Na žalost je zdravljenje bolečine večkrat neustrezno zaradi stigmatizacije, strahu pred zasvojenostjo in nezadostnega znanja o najboljših načinih za obvladovanje bolečine (Brant, et al., 2016). Pri učinkoviti obravnavi bolečine je pomembno učinkovito sporazumevanje, sicer je ta lahko otežena, zato je treba individualno prilagoditi način vrednotenja bolečine (Dumić, et al., 2009).

Pomanjkanje znanja in negativen odnos do bolečine sta pomembna dejavnika za neučinkovito upravljanje bolečine. Časovna omejitev, odnos pacientov in družine ter strah pred prakso so opredeljeni kot glavne tri ovire za učinkovitost pri zdravljenju

bolečine (Duke, et al., 2013). »Pri obravnavi bolečine se tako srečujemo z ovirami, ki nam otežujejo proces vrednotenja in izhajajo iz različnih vidikov, saj bolečino kot subjektivno izkušnjo zelo težko ocenimo. Prav gotovo pa rešitev na tem področju ponuja enotnost na vseh ravneh profesije, katera lahko oblikuje dogovorjene pristope v obliki standardov, kliničnih poti itd.« (Dumić, et al., 2009, p. 1-9).

2.5 LESTVICE ZA OCENJEVANJE BOLEČINE

Na voljo so različne lestvice, ki omogočajo, da bolečino naredimo vidno in jo tudi ustrezno ocenimo (Pungartnik & Janiš, 2013). Pri tem ima pomembno vlogo samoocenjevanje, saj kot temeljno načelo velja večina lestvic za ocenjevanje bolečine. Lestvice za merjenje bolečine delimo na enodimenzionalne lestvice, ki ocenjujejo eno dimenzijo bolečine (npr. intenziteto), in večdimenzionalne lestvice, ki poleg intenzitete ocenjujejo tudi druge dimenzije bolečine (npr. čustveno komponento in vedenjski vzorec) (Kamenik, 2008). Ocena bolečine ni enkratno dejanje, ampak jo je treba ponavljati in vedno tudi dokumentirati. Pri tem mora ocenjevanje bolečine potekati v rednih časovnih intervalih, in sicer po začetku zdravljenja bolečine, pri vsakem novem poročanju o bolečini, po farmakološki ali nefarmakološki intervenciji, 15 do 30 minut po parenteralni aplikaciji terapije in 60 minut po oralni aplikaciji analgetikov (Sprogar & Rode, 2014).

2.5.1 Enodimenzionalne lestvice

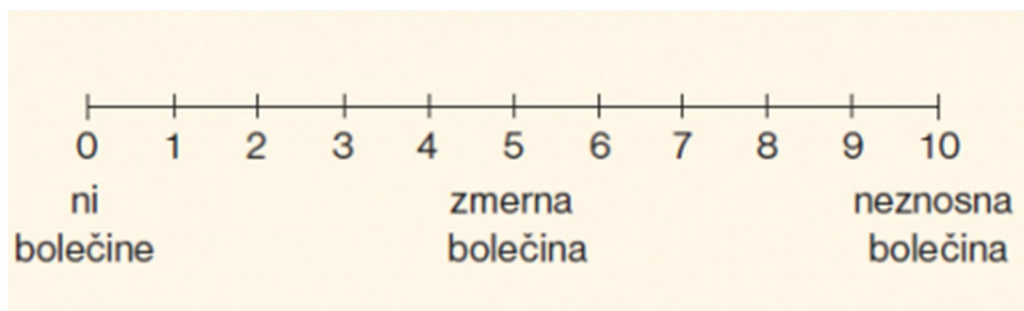
Enodimenzionalne lestvice za merjenje bolečine se v klinični praksi najpogosteje uporabljajo za merjenje akutne bolečine; najpogostejša med njimi je kooperativna bolečina. Lestvice veljajo za hitre in preproste, pacienti jih zlahka razumejo in praviloma brez težav sodelujejo pri oceni bolečine (Kamenik, 2008).

Med enodimenzionalne lestvice sodi tudi besedna lestvica za oceno bolečine (VRS – verbal rating scale). Opisne lestvice temeljijo na opisu bolečine (Toni, 2012). Opis vsebuje seznam pridevnikov (slika 1), ki opisujejo intenzivnost bolečine od stopnje brez bolečine do stopnje najhujše bolečine (Kamenik, 2008).

Ni bolečine Blaga Srednje močna Zelo močna

Slika 1: Besedna lestvica za ocenjevanje bolečine (Vir: Kamenik, 2008).

Številčna lestvica za oceno bolečine (NRS – numerical rating scale) je razvidna iz slike 2. Numerične lestvice temeljijo na oceni bolečine na lestvici od 0 do 10, kjer 0 predstavlja stanje brez bolečin, 10 pa najhujšo predstavljivo bolečino (Toni, 2012).



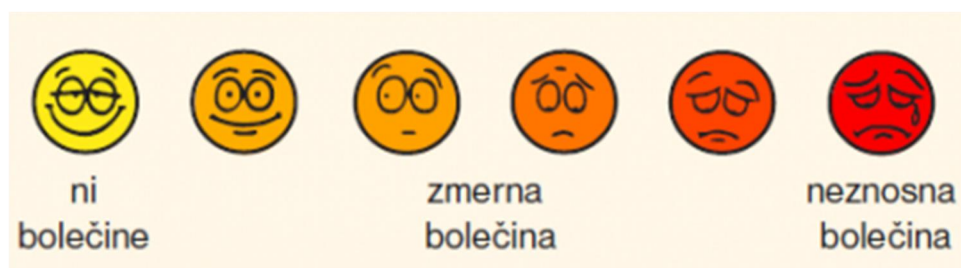
Slika 2: Številčna lestvica za merjenje bolečine (Vir: Švajger, 2017).

Vizualna analogna lestvica (VAS – visual analogue scale) je najpogosteje uporabljena lestvica za ocenjevanje bolečine. Pacientu predočimo linearno črto, dolgo 10 cm. Na skrajni levi strani je stanje brez kakršnih koli bolečin, na skrajni desni pa najhujša možna bolečina (slika 3) (Toni, 2012). Pacient na črti označi svojo bolečino, za tem pa ocenjevalec izmeri razdaljo od oznake »brez bolečin« v milimetrih (Kamenik, 2008).

ni bolečine ————— najhujša bolečina

Slika 3: Vizualna analogna lestvica za merjenje bolečine (Vir: Kamenik, 2008).

Slikovne skale (obrazne lestvice) zajemajo od pet do osem slikovnih izrazov obraza, ki opisujejo različno stopnjo intenzitete bolečine. Pacienta prosimo, da izbere izraz, ki najbolj opredeljuje njegovo bolečino. Vsaki sliki na skali, kot je razvidno iz slike 4, pripišemo ustrezno zaporedno številko, s katero pacientovo bolečino podamo kot številčno vrednost (Kamenik, 2008).



Slika 4: Šesttočkovna obrazna skala za odrasle in otroke (Vir: Švajger, 2017).

2.5.2 Vedenjske in fiziološke lestvice za merjenje bolečine

Kadar pacient ni zmožen podatka o intenziteti bolečine s samoocenjevanjem, lahko za oceno bolečine uporabimo lestvice, ki beležijo vedenjske in fiziološke znake bolečine (tabela 1). Z vedenjskimi in fiziološkimi lestvicami opazujemo izraz obraza (pačenje, zmrdovanje, mrk pogled, stiskanja zob, gubanje čela), govorico telesa (motorični nemir, prijetanje za boleč predel telesa, umaknitveni refleksi). Pogosto smo pozorni tudi na: povišan krvni tlak, povišan srčni utrip, pospešeno frekvenco dihanja, razširjene zenice, bledico ali rdečico obraza, potenje, slabost in bruhanje. Lestvice so primerne tako za dojenčke in majhne otroke, pred razvojem govora, kot tudi za odrasle (Kamenik, 2008).

Tabela 1: Lestvica CRIES za oceno bolečine pri nedonošenčkih in dojenčkih

Jok	Nič ali blago(0), Izrazit, utolažljiv (1), Neutolažljiv (2).
Potreba po kisiku	Nič (0), Za Sat O ₂ ≥ 95 (1), Za Sat O ₂ ≤ 95 (2).
Vitalni znaki	Srčna frekvenca in/ali krvni tlak manj ali enaki kot pred OP (0), Srčna frekvenca in/ali krvni tlak manjši za 20% od tistega pred OP (1), Srčna frekvenca in/ali krvni tlak večji za 20% od tistega pred OP (2).
Izraz obraza	Nič (0), Grimase (1), Grimase, zvižanje, pačenje (2).
Nespečnost	Brez (0), Zbujanje v pogostih intervalih (1), Neprestano buden (2).

Legenda: ≥ - neenakost, je večje ali enako kot, ≤ - neenakost, je manjše ali enako kot

Vir: Kamenik (2008, pp. 26).

2.5.3 Večdimenzionalne lestvice

Večdimenzionalne lestvice skušajo poleg intenzitete zajeti tudi druge dimenzije bolečine, kot so čustvena prizadetost, vedenjski vzorci in podobno. Najbolj znana večdimenzionalna lestvica je McGillov bolečinski vprašalnik, ki zajema senzorično, čutno in ocenjevalno dimenzijo. Ker je McGillov vprašalnik dokaj zamuden, se ne uporablja za klinično merjenje bolečine (Kamenik, 2008).

2.6 ZDRAVLJENJE BOLEČINE

Zdravljenje bolečine v Sloveniji je v zadnjih letih doseglo občutni napredek. Pacienti so vedno bolj osveščeni, da imajo pravico do zdravljenja bolečine, zdravniki uporabljajo preverjene pristope, ki dajejo dolgoročno zagotovilo o ugodnih učinkih, za razliko od kratkotrajnega olajšanja po i. m. aplikaciji analgetika, ki je bila v preteklosti tako razširjena (Golouh, 2013). Pravila za zdravljenje bolečine so neprekinjeno vzdrževanje stanja brez bolečine, ohranjanje pacienta neodvisnega od tuje pomoči (koliko je mogoče) (Jus, 2014).

Cilj lajšanja bolečine je zmanjšati občutek bolečine do take mere, da pacientu ne povzroča neugodja in ovira običajnih življenjskih aktivnosti. Namen lajšanja bolečin pa je vzdrževanje bolečine pri oceni do največ tri (po VAS-lestvici). Pri tem mora pacient vedeti, da je lajšanje bolečine treba začeti, še preden se bolečina razvije v polni meri (Bahč & Mlinar, 2013).

2.6.1 Farmakološko zdravljenje

Obstajajo različni načini zdravljenja bolečine, najboljše pa je zagotovo lajšanje bolečine z analgetiki. Te lahko apliciramo lokalno, regionalno ali sistemsko. Z analgezijo moramo začeti dovolj zgodaj, še preden se bolečina razvije. Tako je bolečina lažje obvladljiva, dosežemo manjšo porabo analgetikov in zmanjšamo možnost zapletov (Borovnica & Čuk, 2016). Pacient, ki svojo bolečino na lestvici oceni z oceno tri ali višje, potrebuje sredstvo za lajšanje bolečin (Bahč & Mlinar, 2013). Zdravila uvajamo

stopenjsko; če šibki opioidi ne zadostujejo, jih zamenjamo z močnimi opioidi. V zadnjem obdobju bolezni je v primeru, da pacient ne more zaužiti zdravil, primerna stalna podkožna infuzija s samokrčljivimi baloni ali črpalkami (Lahajnar Čavlovič, 2015). Večina avtorjev meni, da je optimalno zdravljenje bolečine lažje doseči s kombiniranjem farmakoloških in nefarmakoloških metod zdravljenja bolečine (Čaušević, 2014).

2.6.2 Nefarmakološko zdravljenje

Nefarmakološke metode zdravljenja bolečine na splošno razdelimo na fizikalne, psihološke in ostale metode, bodisi invazivne ali neinvazivne (Yurdanur, 2012). Čeprav so zdravila za zdravljenje bolečine potrebna skoraj vedno, ko je bolečina srednje močna ali močna, lahko tudi z drugimi postopki izboljšamo udobje in zmanjšamo stres, ki poslabša bolečino. Za boljše obvladovanje bolečine je treba poiskati primerno ravnotežje med aktivnostmi in počitkom. Tople ali hladne obloge in blaga masaža sproščajo telo. Pacient si lahko pomaga tudi z dihalnimi vajami, vajami za sproščanje ali ustvarjalno vizualizacijo (Lahajnar Čavlovič, 2015).

2.7 VLOGA BOLEČINE V ZDRAVSTVENI NEGI

Bolečine v nasprotju z drugimi vitalnimi funkcijami ne moremo objektivno izmeriti, kot lahko izmerimo krvni tlak, pulz, frekvenco dihanja ali telesno temperature (Mlinar Reljić, et al., 2015). Vse pogosteje se bolečina omenja kot peti vitalni znak in pacientova ocena bolečine je lahko sestavni del te. Bolečina se kot peti vitalni znak opredeljuje že od leta 2000, ko sta po vseh javnih bolnišnicah beleženje in dokumentiranje postala zlati standard (Sprogar & Rode, 2014). Ocena bolečine je v klinični praksi ključnega pomena, kot tudi vloga medicinske sestre pri tem (Mlinar Reljić, et al., 2015). Za učinkovito obvladovanje bolečine sta torej pomembna odnos, ki ga ima medicinska sestra do bolečine, in njeno znanje o tem. Njene naloge in ključna vloga pri zdravljenju bolečine vključujejo osebni odnos do bolečine, njene veščine in karakteristike, ki jo definirajo kot strokovnjakinjo na svojem področju (Jus, 2014).

2.7.1 Odnos medicinskih sester do bolečine

Bolečina je izredno osebna izkušnja, zato je z etičnega vidika še vedno primerna definicija bolečine Margo McCaffery iz leta 1968, ki pravi, da je bolečina prisotna, kjer koli in kadar koli posameznik reče, da jo občuti oziroma jo doživlja, in je tako močna, kot jo sam oceni. Ta definicija je za medicinsko sestro zavezujoča, kar pomeni, da mora pacientu vedno verjeti, ko toži, da trpi bolečino, ne glede na to, ali je vzrok za bolečino znan ali ne. Pri svojem delu upošteva Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, ki v petem načelu narekuje, da je delovanje medicinske sestre usmerjeno tudi v lajšanje bolečin (Zagorc, et al., 2016). Peto načelo Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije narekuje, da mora delovanje izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe temeljiti na odločitvah, ki pacientu krepijo, ohranjajo in obnavljajo zdravje ter lajšajo bolečine in trpljenje (Uradni list Republike Slovenije).

Medicinske sestre so ključne pri obvladovanju bolečin in zahtevajo kognitivne, psihomotorične, socialne, moralne ter osebne veščine. Uporabljajo vsestranske metode upravljanja bolečine, kot dodatek k farmakološkemu lajšanju bolečine, torej zagotavljajo čustveno podporo, pomoč pri vsakodnevnih dejavnostih in ustvarjajo udobno okolje za pacienta (Ylinen, et al., 2007). Medicinske sestre so tiste, ki 24 ur omogočajo lajšanje bolečine pacientov v bolnišnicah. Zato morajo imeti za uspešno obvladovanje bolečine pacientov dovolj znanja o fiziologiji bolečine, ločiti morajo, kaj so miti in zmote o bolečini, vedeti morajo, kako oceniti bolečino, kakšno je vedenje pacientov v bolečini, poznati morajo farmakološke in nefarmakološke tehnike lajšanja bolečine ter etična vprašanja v procesu zdravljenja bolečine (Wang & Tsai, 2010). Medicinska sestra je soodgovorna za zadovoljstvo ter psihofizično in socialno ugodje pacienta, ki je sicer ob pojavu bolečine spremenjeno. Na vsako spremembo se mora medicinska sestra odzvati takoj in svoje ravnanje prilagoditi pacientu. Potrebni so spretnost in znanje za opazovanje pacienta in ocenjevanje stanja za natančno klinično presojo (Pungartnik & Janiš, 2013).

V kliničnem okolju torej velja, da imajo medicinske sestre ključno vlogo pri ocenjevanju in obvladovanju bolečin. Te so lahko nepravilno zdravljene zaradi neustrezne ocene ali neprimerne uporabe analgetikov, zlasti opioidov. Medicinske sestre

potrebujejo trenutno znanje in ustrezen odnos do ocenjevanja bolečine ter upravljanja te, ne glede na starost pacienta in izvor klinične prakse (Al-Shaer, et al., 2011).

2.7.2 Odnos študentov zdravstvene nege do bolečine

Študenti zdravstvene nege veljajo za odrasle osebe, zato jih je treba spodbujati, da prevzamejo odgovornost za svoje učenje (Čuk & Hvala, 2009). Študentje zdravstvene nege veljajo za medicinske sestre prihodnosti, zato je pomembno, da se jim zagotovi ustrezno izobraževanje o upravljanju bolečine na visokošolskih zavodih s področja zdravstvene nege. Znanje medicinskih sester in odnos do upravljanja bolečin se s časom nista bistveno spremenila, saj je bilo do sedaj ugotovljeno slabše znanje študentov zdravstvene nege o bolečini (Evans & Mixon, 2015).

Latchman (2014) ugotavlja slabo znanje študentov zdravstvene nege pri obvladovanju bolečine. Prav tako ugotavlja slabše znanje študentov pri aplikaciji zdravil za bolečino, odmerjanju zdravil ter uporabi nefarmakoloških tehnik lajšanja bolečine. Meni, da bi se, če bi medicinske sestre razvile boljše razumevanje oziroma znanje o fiziologiji bolečine in farmakologiji, pojavil bolj pozitiven odnos do obvladovanja bolečine. Tudi raziskava avtorjev Mlinar Rejlić, et al., (2015), ki je potekala med študenti zdravstvene nege na Univerzi v Mariboru, ugotavlja relativno nizko samooceno študentov vseh treh letnikov. Raziskava avtorjev Voshall, et al., 2012, ki je bila izvedena v Ameriki, v 96 visokošolskih zavodih s področja zdravstvene nege, kjer so primerjali znanje študentov o bolečini in zasnovano učnega načrta o poučevanju bolečine na fakultetah, prav tako ugotavlja, da večina visokošolskih zavodov s področja zdravstvene nege v svoj učni načrt sicer vključuje tematiko bolečine, vendar se pri tem še vedno manj kot polovica anketiranih študentov ne počuti ustrezno poučene o bolečini.

2.8 IZOBRAŽEVANJE NA PODROČJU ZDRAVSVENE NEGE

Izobraževanje je ciljno naravnano, strukturirano, povezano in namenski proces, v katerem oseba s pomočjo učenja pridobiva znanje, sposobnosti, vedenje, spretnosti, navade in ne nazadnje tudi oblikuje svojo osebnost. Cilji izobraževanja in učenja so, da oseba znanje pridobi, oblikuje ter si ga priključuje, ko je to potrebno (Rebolj, 2008). Ena izmed definicij

o izobraževanju, ki jo je opredelil Jereb (1998), pravi, da je izobraževanje dolgotrajen in načrten proces razvijanja posameznih znanj, sposobnosti in navad, ki nam omogočajo vključitev v družbeno življenje in delo ter oblikujejo znanstveni pogled na svet. Izobraževanje postaja način življenja, ne le priprava nanj. Vse bolj postaja pomembno razvijanje sposobnosti in pripravljenosti za samostojno učenje in izobraževanje skozi vse življenje (Požarnik, 2009).

Na začetku 21. stoletja je pomen znanja večji kot kadar koli v zgodovini. Znanje v sodobni družbi velja za eno izmed najpomembnejših vrednot posameznika (Skela Savič, 2009). Kakovosten študij zdravstvene nege študenta seznanja s teoretičnimi, praktičnimi, etičnimi in komunikacijskimi značilnostmi, ki jih potrebuje vsaka bodoča diplomirana medicinska sestra oziroma zdravstvenik (Kersnič, 2007). »Izobraževanje na visokošolskem področju zdravstvene nege v Sloveniji je v zadnjih letih doživelo velike spremembe, in sicer z uvedbo Bolonjske reforme ter porasta novih visokošolskih zavodov s področja zdravstvene nege« (Pajnič, 2012, p. 25-29). Področje izobraževanja v zdravstveni negi na ravni Evropske unije (EU) ureja Direktiva 2013/55/EU Evropskega parlamenta in sveta, ki je bila sprejeta 20. novembra 2013 (Skela Savič, 2015). Slovenija ima že dolgo tradicijo visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi. Slovenija je z vstopom v Evropsko unijo visokošolski strokovni program prilagodila zahtevam direktive EU in bolonjskega sistema izobraževanja (Skela Savič, 2013).

2.8.1 Izobraževanje študentov zdravstvene nege o bolečini

Študentje zdravstvene nege se v procesu študija z obravnavo pacienta z bolečino prvič srečajo že na začetku študija, torej v 1. letniku. Študijski program je zastavljen tako, da študentje svoje znanje o bolečini med študijem dopolnjujejo in poglobljajo, spoznajo različne ocenjevalne lestvice bolečine, farmakološke in nefarmakološke tehnike obvladovanja bolečine ter njeno dokumentiranje (Mlinar Reljić, et al., 2015). Visokošolski zavodi s področja zdravstvene nege imajo tako ključno nalogo, da motivirajo študente za pridobivanje sposobnosti, ki zagotavljajo kakovostno zdravstveno nego (Bobnar, et al., 2010). Zgodovinsko gledano je učne načrte za izobraževanje o bolečini Mednarodno združenje za proučevanje bolečine (IASP)

priznalo leta 1990. Kanadska fakulteta za zdravstveno nego je uporabila ta učni načrt ter ga celostno razvila na področje bolečine in ga uporabila za izobraževanje bodočih zdravstvenih delavcev. Kot rezultat so kanadski študentje pokazali boljše znanje in prepričanja o bolečini. Poleg tega so verjeli, da bo učni načrt pomagal pri povezovanju znanja s kliničnim delom (Fishman, et al., 2013).

Naloga visokošolskih zavodov s področja zdravstvene nege je, da študente izobrazijo o vlogi in pomenu bolečine v zdravstveni negi in jim ne le zagotavljajo informacije, ki temeljijo na dokazih, ampak jim tudi pomagajo pri razvoju odnosa in sposobnosti, saj lahko prav zaradi pomanjkanja znanja in negativnih stališč o bolečini bistveno poslabšajo učinkovito upravljanje bolečine (Duke, et al., 2013). Študentje v času študija spoznajo nekatera teoretična izhodišča obravnave pacienta z bolečino. Zato je že na dodiplomskem študijskem programu s področja zdravstvene nege zelo pomembno zavedanje pomena usposobljenosti študenta o bolečini. Potrebne so temeljne analize učnih načrtov in vključitev vsebin s področja obravnave pacienta z bolečino (Mlinar Rejlić, et al., 2015). Čeprav je lajšanje bolečine glavna in prednostna naloga, ji še vedno posvečamo premalo pozornosti oziroma jo še vedno premalo obravnavamo (Duke, et al., 2013). Pomanjkanje znanja za učinkovito obvladovanje bolečine je bilo predstavljeno kot glavna ovira v študijah iz zgodnjih devetdesetih let, kar je mogoče zaslediti tudi v novejši literaturi (Latchman, 2014). Visokošolski zavodi s področja zdravstvene nege so zato v odličnem položaju, da se osredotočijo na to problematiko in študentom zdravstvene nege omogočajo dovolj znanja. Pomanjkanje izvajalcev zdravstvenih storitev, znanja in/ali negativen odnos do bolečine so najpomembnejši dejavniki za neučinkovito upravljanje z bolečino. Tudi ko je znanje veljalo za ustrezno, je bilo kasneje ugotovljeno nasprotno (Duke, et al., 2013).

Številne raziskave, ki so potekale v Ameriki, so ugotovile številne pomanjkljivosti v programih zdravstvene nege, ki so vsebovali malo ali nič vsebin s področja obvladovanja bolečine, kar ovira sposobnost študentov, da se naučijo učinkoviteje obvladovati bolečino. Pomanjkanje razumevanja osnovnih načel obvladovanja bolečine lahko ovira sposobnost medicinskih sester za ustrezno obvladovanje bolečine po končanem študiju (Latchman, 2014). Če so študentje zdravstvene nege premalo

izobraženi in slabo pripravljene za učinkovito lajšanje bolečine, to lahko vodi do tega, da pacient na koncu trpi. Zato mora biti študent dobro izobražen in poučen o bolečini in njenem upravljanju za izboljšanje rezultatov zdravljenja (Abd El- Aziz Gadallah, et al., 2017).

Kanadska raziskovalna skupina je raziskala visokošolske zavode s področja zdravstvene nege, z namenom, da bi ocenila čas, ki ga namenijo poučevanju študentov o bolečini. V raziskavo je bilo vključenih 10 visokošolskih zavodov s področja zdravstvene nege. Z raziskavo so ugotovili, da v učnem načrtu niso imeli določenega časa (v urah), ki bi bil namenjen izobraževanju o bolečini. Poleg tega so ugotovili, da veterinarske fakultete izobraževanju o bolečini posvečajo več časa (povprečno 87 ur) kot večina visokošolskih zavodov s področja zdravstvene nege (povprečno 13–41 ur za vse ravni) (Al Khalaileh & Al Qadire, 2013).

Raziskava Jordana (2013) navaja, da je bilo med študenti zdravstvene nege prav tako ugotovljeno slabo znanje o lajšanju bolečine. Slabšemu znanju študentov o bolečini pripisujejo premalo časa, namenjenega izobraževanju študentov med študijem (Al Khalaileh & Al Qadire, 2013). Nezadostno poznavanje farmakologije so opazili tudi v avstralski in filipinski raziskavi na vzorcu 150 študentov zadnjega letnika. Rezultati izvedene raziskave so pokazali, da imajo anketiranci premalo znanja o nastanku ter upravljanju bolečine. Z raziskavo so tudi ugotovili, da morajo visokošolski zavodi s področja zdravstvene nege kritično pregledati svoje učne načrte o bolečini in tematiko bolečine bolj podrobno vključiti v predmetnik (Plaisanc & Logan, 2006).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti raven znanja o bolečini med študenti zdravstvene nege. Na osnovi samoocene študentov FZAB nas zanima njihov pogled na bolečino in lestvice za merjenje bolečine. S pridobljenimi rezultati želimo predlagati systemske ukrepe za izboljševanje znanja na področju bolečine v učnih načrtih.

V ta namen smo si postavili naslednje cilje:

- Ugotoviti razlike v znanju o bolečini med študenti 1., 2. in 3. letnika na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin.
- Oceniti formalno pridobljeno znanje študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin o prepoznavi bolečine pri pacientu.
- Ugotoviti samooceno študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin o lestvicah za merjenje bolečine.
- Ugotoviti stališča študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin o načinih zdravljenja in odpravljanja bolečine.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšna je razlika v pridobljenem znanju o bolečini med študenti 1., 2. in 3. letnika na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin?
- Kakšna je samoocena znanja študentov o bolečini na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin?
- Kako študentje na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin ocenjujejo svoje znanje o uporabi lestvic za merjenje bolečine?
- Kakšna stališča imajo študenti na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin o lajšanju bolečine?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pridobljene podatke smo v diplomskem delu zbirali z neeksperimentalno kvantitativno metodo. V teoretičnem delu je bila uporabljena deskriptivno metodo dela s pomočjo pregleda strokovne in znanstvene literature tako v slovenskem kot tudi angleškem jeziku. Literaturo smo zbirali v obdobju od aprila 2017 do septembra 2017. Literaturo smo iskali s pomočjo pregleda spletnega bibliografskega sistema COBISS in spletnega brskalnika Google. Iskali smo tudi v Obzorniku zdravstvene nege. Pri zbiranju literature smo uporabili tudi mednarodne baze podatkov, kot so: Cinahl (oddaljen dostop), Medline, Pub Med, Spinger Link.

Uporabljena je bila literatura, ki ni starejša od 10 let. Pri tem smo se omejili na letnice od 2007 do 2017, z izjemo vira Plaisance, et al. (2006), ki smo ga uporabili izključno zaradi verodostojnosti vira in avtorja. Pri iskanju smo si pomagali s ključnimi besedami v slovenskem jeziku, ki so vsebinsko povezane s temo diplomskega dela: »bolečina, prepoznavna bolečine, ocenjevanje bolečine, lestvice za bolečino, zdravljenje bolečine, izobraževanje, zdravstvena nega, izobraževalni program«. V angleškem jeziku pa smo iskali s pomočjo ključnih besed: »pain, pain management, knowledge and attitude about pain, nursing students«. Vključene so bile raziskave, ki so podajale rezultate o znanju študentov o bolečini ter stališčih do bolečine.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Vprašalnik je bil oblikovan izključno za namen in cilje diplomskega dela. Raziskavo smo izvedeli z metodo anketiranja. Večina vprašanj je bila zaprtega tipa. Vprašanja so bila razdeljena v posamezne sklope. Podatke o prepoznavi bolečine, odnosu in znanju študentov o bolečini smo pripravili na osnovi pregleda domače in tuje strokovne ter znanstvene literature (Nemeš & Kocet Ritlop, 2016; Dolžan Lindič, et al., 2015; Mlinar Reljić, et al, 2015; Jus, 2014; Toni, 2012; Lahajnar Čavlovič, et al., 2008; Ylinen, et al., 2007).

Vprašalnik je bil razdeljen v štiri vsebinske sklope. Vsak sklop je bil sestavljen iz trditev, ki so vključevale Likertovo petstopenjsko lestvico. Posamezne vrednosti so pomenile: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam. Prvi sklop je vseboval demografske podatke anketiranca, in sicer spol, letnik izobraževanja ter obliko študija. Drugi sklop je vseboval 18 trditev, ki so se navezovala na samooceno anketirancev o bolečini. Tretji sklop je vključeval 19 trditev o lestvicah za merjenje bolečine. Zadnji, četrti sklop pa je obsegal stališča anketirancev o metodah lajšanja bolečine in je vključeval 16 trditev.

Zanesljivost vprašalnika smo izračunali s pomočjo koeficienta Cronbach alfa, kot je mogoče razbrati iz tabele 2. Koeficient Cronbach alfa pri vseh treh sklopih presega vrednost 0,6, kar v strokovni literaturi predstavlja zmerno zanesljivost. Bliže kot je Cronbachov koeficient alfa vrednosti števila 1, boljša je zanesljivost instrumenta (Cencič, 2009).

Tabela 2: Test zanesljivosti

Sklop	Število vprašanj	α
2. sklop	18	0,676
3. sklop	19	0,721
4. sklop	16	0,614

Legenda: α – Koeficient Cronbach alfa

3.3.3 Opis vzorca

Nenaključni, namenski vzorec je vseboval 106 študentov 1., 2. in 3. letnika FZAB. Po odobritvi dispozicije na Komisiji za diplomska in podiplomska zaključna dela Senata FZAB ter po pridobitvi soglasja Komisije za znanstveno raziskovalno in razvojno dejavnost FZAB smo začeli anketiranje.

Razdeljenih je bilo 149 vprašalnikov. Od tega je bilo pravilno vrnjenih 106 izpolnjenih vprašalnikov, kar predstavlja 71 % realizacijo. Za izdelavo vprašalnikov smo uporabili spletno stran EnKlikAnketa, kjer smo vse študente na anketo opozorili prek Googleove

e-pošte. Celotna raziskava je potekala od meseca avgusta 2017 do meseca oktobra 2017, in sicer od razdelitve vprašalnikov do analize pridobljenih podatkov.

Tabela 3 prikazuje demografske podatke anketiranih. Demografski podatki vključujejo spol, letnik izobraževanja in obliko študija.

Tabela 3: Demografski podatki

Demografski podatki		n	f	%
Spol	Ženski	106	64	60,4
	Moški		42	39,6
Letnik izobraževanja	1. letnik	106	38	35,8
	2. letnik		29	27,4
	3. letnik		39	36,8
Oblika študija	Redni študij	106	79	74,5
	Izredni študij		27	25,5

Legenda: n - število anketirancev, f – frekvenca, % - odstotek

Iz tabele 3 je razvidno, da je bilo 60,4 % anketiranih ženskega in 39,6 % moškega spola. Glede na letnik izobraževanja so razdeljeni približno na tretjine – v prvem letniku jih je bilo 35,8 %, v drugem 27,4 % ter v tretjem letniku 36,8 % anketirancev. Od vseh 106 anketirancev je največ rednih študentov, in sicer 74,5 %, izrednih pa je bilo le 25,5 %.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Celotna raziskava je potekala od avgusta 2017 do oktobra 2017. Pristop anketirancev k izpolnjevanju vprašalnika je bil popolnoma prostovoljen, pri čemer so bili tudi seznanjeni z možnostjo zavrnitve sodelovanja v raziskavi. Vprašalnik je vseboval navodila ter pojasnilo namena raziskave. Pri izpolnjevanju vprašalnika smo anketirancem zagotovili anonimnost ter upoštevali etična načela raziskovanja.

Pridobljeni podatki so bili obdelani s pomočjo programa Microsoft Excel in statističnega programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), verzije 20.0. Uporabljena je bila opisna in bivariantna statistika. Demografski podatki so predstavljeni na osnovi frekvenčne (n) in odstotne (%) vrednosti. Vse statistične podatke smo predstavili s pomočjo tabel, v katerih smo navedli povprečne vrednosti (PV) in standardni odklon (SO). Za ugotavljanje povezav med spremenljivkami smo

uporabili Pearsonov koeficient korelacije. Stopnja statistične pomembnosti je na ravni 0,05 in manj.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Znanje študentov o prepoznavnosti bolečine pri pacientu

Najprej smo želeli ugotoviti razlike v pridobljenem znanju o bolečini s strani študentov 1., 2. in 3. letnika na FZAB in njihovo samooceno o bolečini, kar prikazujemo v tabeli 4.

Tabela 4: Trditve povezane z znanjem študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin o prepoznavnosti bolečine pri pacientu

Trditve	n	PV	SO
Občutenje bolečine je posledica kompleksnih interakcij med perifernim in centralnim živčnim sistemom (CŽS).	101	3,87	1,026
Človek občuti bolečino šele takrat, ko možgani obdelajo signal in ga razložijo kot bolečino.	101	4,03	0,964
Da je bolečina prisotna, mora biti vedno prisoten tudi znak kot je potenje.	102	2,66	1,094
Da je bolečina prisotna, morajo biti vedno prisotna tudi znaka kot je stokanje ali kričanje.	102	2,38	1,005
Objektivni kazalci bolečine vključujejo vedenjske odzive.	102	3,55	0,971
Objektivni kazalci bolečine vključujejo fiziološke odzive.	102	3,71	0,839
Subjektivni kazalci bolečine vsebujejo čustvene odzive.	102	3,83	0,845
Subjektivni kazalci bolečine vsebujejo kognitivne odzive.	102	3,56	0,939
Subjektivni kazalci bolečine vsebujejo senzorne odzive.	100	3,61	0,920
Subjektivne kazalce bolečine prepoznamo lažje kot objektivne kazalce.	103	3,39	0,942
Pacient v bolečinah je vedno agresiven.	103	2,37	1,163
Pacientu v bolečini se vedno povešajo vse vitalne funkcije.	101	3,17	0,949
Pacientu v bolečinah se poveša samo krvni tlak.	102	2,54	0,886
Bolečina velja kot peti vitalni znak.	102	3,53	0,951

Trditev	n	PV	SO
Akutna bolečina traja krajši čas kot kronična bolečina.	100	3,99	1,000
Kronični bolečini se spreminja intenziteta v krajših časovnih obdobjih.	103	3,57	1,006
Bolečino lahko prepoznamo po spremenjeni mimiki obraza.	103	4,06	0,790
Bolečino vedno obravnavamo individualno.	102	4,01	0,928

Legenda: n - število anketirancev; PV - povprečna vrednost; SO - standardni odklon

V tabeli 4 je prikazana seznanjenost študentov FZAB s prepoznavo bolečine pri pacientu. Ugotovili smo, da se anketiranci v najvišji meri strinjajo s trditvami »Bolečino lahko prepoznamo po spremenjeni mimiki obraza« (PV = 4,06; SO = 0,790), »Človek občuti bolečino šele takrat, ko možgani obdelajo signal in ga razložijo kot bolečino« (PV = 4,03; SO = 0,964) in »Bolečino vedno obravnavamo individualno« (PV = 4,01; SO = 0,928), medtem ko se najmanj strinjajo s trditvami »Pacient v bolečinah je vedno agresiven« (PV = 2,37; SO = 1,163), »Da je bolečina prisotna, morajo biti vedno prisotna tudi znaka kot je stokanje ali kričanje« (PV = 2,38; SO = 1,005), »Pacientu v bolečinah se poveča samo krvni tlak« (PV = 2,54; SO = 0,886) in »Da je bolečina prisotna, mora biti vedno prisoten tudi znak kot je potenje« (PV = 2,66; SO = 1,094).

Nato smo želeli ugotoviti, ali obstajajo statistično pomembne povezave med znanjem in letnikom izobraževanja anketirancev (tabela 5).

Tabela 5: Znanje o prepoznavnosti bolečine pri pacientu med študenti FZAB glede na letnik izobraževanja

Trditev	Letnik izobraževanja	n	PV	SO	F	p
Občutenje bolečine je posledica kompleksnih interakcij med perifernim in centralnim živčnim sistemom (CŽS).*	1. letnik	36	3,47	1,028	4,615	0,012
	2. letnik	28	4,04	0,793		
	3. letnik	37	4,14	1,084		
Človek občuti bolečino šele takrat, ko možgani obdelajo signal in ga razložijo kot bolečino.*	1. letnik	37	3,68	0,915	4,660	0,012
	2. letnik	28	4,36	0,678		
	3. letnik	36	4,14	1,099		
Da je bolečina prisotna, morajo biti vedno prisoten tudi znak kot je potenje.*	1. letnik	37	2,97	1,040	3,318	0,040
	2. letnik	28	2,29	0,897		
	3. letnik	37	2,62	1,210		

Trditev	Letnik izobraževanja	n	PV	SO	F	p
Da je bolečina prisotna, morajo biti vedno prisotna tudi znaka kot je stokanje ali kričanje.	1. letnik	37	2,57	0,959	2,055	0,134
	2. letnik	28	2,07	0,940		
	3. letnik	37	2,43	1,068		
Objektivni kazalci bolečine vključujejo vedenjske odzive.	1. letnik	37	3,73	0,732	1,220	0,300
	2. letnik	28	3,54	0,838		
	3. letnik	37	3,38	1,233		
Objektivni kazalci bolečine vključujejo fiziološke odzive.	1. letnik	37	3,51	0,870	1,915	0,153
	2. letnik	28	3,71	0,659		
	3. letnik	37	3,89	0,906		
Subjektivni kazalci bolečine vsebujejo čustvene odzive.	1. letnik	37	3,78	0,917	0,099	0,906
	2. letnik	28	3,86	0,651		
	3. letnik	37	3,86	0,918		
Subjektivni kazalci bolečine vsebujejo kognitivne odzive.	1. letnik	37	3,59	0,865	0,171	0,843
	2. letnik	28	3,61	0,737		
	3. letnik	37	3,49	1,146		
Subjektivni kazalci bolečine vsebujejo senzorne odzive.	1. letnik	36	3,44	0,969	1,024	0,363
	2. letnik	26	3,77	0,652		
	3. letnik	38	3,66	1,021		
Subjektivne kazalce bolečine prepoznamo lažje kot objektivne kazalce.	1. letnik	37	3,19	0,967	1,883	0,158
	2. letnik	28	3,36	0,826		
	3. letnik	38	3,61	0,974		
Pacient v bolečinah je vedno agresiven.	1. letnik	37	2,62	1,114	1,417	0,247
	2. letnik	28	2,18	1,056		
	3. letnik	38	2,26	1,267		
Pacientu v bolečini se vedno povešajo vse vitalne funkcije.	1. letnik	36	3,28	0,914	0,907	0,407
	2. letnik	27	2,96	0,854		
	3. letnik	38	3,21	1,044		
Pacientu v bolečinah se poveša samo krvni tlak.*	1. letnik	37	2,84	0,834	3,632	0,030
	2. letnik	27	2,30	0,724		
	3. letnik	38	2,42	0,976		
Bolečina velja kot peti vitalni znak.	1. letnik	36	3,47	0,878	0,278	0,758
	2. letnik	28	3,64	0,951		
	3. letnik	38	3,50	1,033		
Akutna bolečina traja krajši čas kot kronična bolečina.	1. letnik	35	3,69	1,022	2,754	0,069
	2. letnik	28	4,07	0,979		
	3. letnik	37	4,22	0,947		
Kronični bolečini se spreminja intenziteta v krajših časovnih obdobjih.	1. letnik	37	3,41	0,865	0,883	0,417
	2. letnik	28	3,61	1,066		
	3. letnik	38	3,71	1,088		
Bolečino lahko prepoznamo po spremenjeni mimiki obraza.	1. letnik	37	3,95	0,815	0,597	0,552
	2. letnik	28	4,14	0,591		
	3. letnik	38	4,11	0,894		

Trditev	Letnik izobraževanja	n	PV	SO	F	p
Bolečino vedno obravnavamo individualno.*	1. letnik	36	3,67	0,862	4,122	0,019
	2. letnik	28	4,25	0,844		
	3. letnik	38	4,16	0,973		

Legenda: : n - število anketirancev; PV - povprečna vrednost; SO - standardni odklon; F = testna statistika; p = p – vrednost (razlika v povprečnih ocenah je statistično značilna, $p < 0,05$)

Tabela 5 prikazuje, da je ANOVA za neodvisne vzorce pokazala statistične razlike med anketiranci 1., 2. in 3. letnika FZAB v prepoznavi bolečine pri pacientu. Statistično razliko ($F = 4,660$; $p = 0,012$) odkrivamo pri trditvi »Človek občuti bolečino šele takrat, ko možgani obdelajo signal in ga razložijo kot bolečino«. Najbolj se s trditvijo strinjajo študentje drugega (n = 28; PV = 4,36; SO = 0,678), najmanj pa študentje prvega letnika (n = 37; PV = 3,68; SO = 0,915). Statistično pomembno razliko ($F = 4,615$; $p = 0,012$) smo dobili pri trditvi »Občutenje bolečine je posledica kompleksnih interakcij med perifernim in centralnim živčnim sistemom (CŽS)«. Medtem ko so se študentje prvega letnika najmanj strinjali (n = 36; PV = 3,47; SO = 1,028), so se študentje tretjega letnika strinjali v največji meri (n = 37; PV = 4,14; SO = 1,084). Statistično pomembno razliko ($F = 4,122$; $p = 0,019$) med letniki smo dobili pri trditvi »Bolečino vedno obravnavamo individualno«. Opazili smo, da se s trditvijo najbolj strinjajo študentje drugega (n = 28; PV = 4,25; SO = 0,844), najmanj pa študentje prvega letnika (n = 36; PV = 3,67; SO = 0,862). Statistično povezavo ($F = 3,632$; $p = 0,030$) smo opazili tudi pri trditvi »Pacientu v bolečinah se poviša samo krvni tlak«. Opažamo, da se najmanj strinjajo študentje drugega letnika (n = 28; PV = 2,30; SO = 0,724), medtem ko se najbolj strinjajo študentje prvih letnikov (n = 37; PV = 2,84; SO = 0,834). Pomembno statistična povezava ($F = 3,318$; $p = 0,040$) je prisotna pri trditvi »Da je bolečina prisotna, mora biti vedno prisoten tudi znak, kot je potenje«. Študentje prvih letnikov se s podano trditvijo najbolj strinjajo (n = 37; PV = 2,97; SO = 0,959), najmanj pa se strinjajo študentje drugega letnika (n = 28; PV = 2,29; SO = 0,897).

3.4.2 Znanje študentov FZAB o lestvicah za merjenje bolečine

V nadaljevanju smo želeli preveriti tudi, kakšno je znanje s strani študentov FZAB o lestvicah za merjenje bolečine.

Tabela 6: Trditve povezane z znanjem o lestvicah za merjenje bolečine

Trditev	n	PV	SO
Zdravljenje bolečine se mora začeti s pravilno oceno bolečine.	102	4,23	0,974
Bolečina lahko enostavno izmerimo, kot vse druge vitalne funkcije.	103	2,81	1,121
Jakost bolečine se da vedno izmeriti.	104	2,72	1,092
Jakost bolečine merimo z uporabo bolečinskih lestvic.	104	4,06	0,748
Vizualne lestvice so namenjene temu, da pacient oceni jakost bolečine od 0 do 10.	102	3,98	1,024
Z vizualno lestvico nam pacient pokaže jakost bolečine.	102	3,99	0,928
Numerične lestvice temeljijo na oceni bolečine od 1 do 10.	100	4,06	0,802
Z opisnimi lestvicami, pacient opiše z izrazi kot so, brez bolečine, blaga bolečina, srednje močna bolečina, močna bolečina in zelo močna bolečina.	102	4,05	0,825
Šest točkovno obrazno lestvico uporabljamo samo pri otrocih.	101	3,08	0,935
Opisna lestvica in objektivno opisovanje bolečine je slabša in manj natančna od vizualne analogne skale.	101	3,07	0,803
Večdimenzionalne lestvice nam dajo širšo informacijo o bolečini.	102	3,75	0,750
Lestvice za merjenje bolečine uporabljamo samo pri ljudeh, ki niso zmožni verbalne komunikacije.	101	2,62	1,076
Rezultat merjenja bolečine je vedno subjektiven podatek.	102	3,55	0,991
Bolečino merimo redno samo po zaužiti protibolečinski terapiji, saj s tem preverimo učinkovitost zdravila.	102	2,37	1,071
Prisotnost bolečine je potrebno redno preverjati in dokumentirati.	101	4,14	0,895
Bolečino ocenjujemo v gibanju.	102	3,24	1,101
Bolečino ocenjujemo v mirovanju.	100	3,70	0,835
Bolečino sem ocenjeval(a) na klinični praksi.	102	4,01	1,029

Legenda: n - število anketirancev; PV - povprečna vrednost; SO - standardni odklon

V tabeli 6 je prikazana seznanjenost študentov FZAB z lestvicami za merjenje bolečine. S trditvijo, da se mora zdravljenje bolečine začeti s pravilno oceno bolečine (PV = 4,23; SO = 0,974), se je strinjalo največ anketirancev. Najmanj se jih strinjalo s trditvijo, da bolečino merimo redno samo po zaužiti protibolečinski terapiji, saj s tem preverimo učinkovitost zdravila (PV = 2,37; SO = 1,071). Tudi pri trditvah »Lestvice za merjenje bolečine uporabljamo samo pri ljudeh, ki niso zmožni verbalne komunikacije« (PV = 2,62; SO = 1,076), »Jakost bolečine se da vedno izmeriti« (PV = 2,72; SO = 1,092) in »Bolečino lahko enostavno izmerimo, kot vse druge vitalne funkcije« (PV = 2,81; SO = 1,121) so anketiranci pokazali najmanj stinjanja. Medtem pa so se anketiranci najbolj strinjali s trditvami »Prisotnost bolečine je potrebno redno preverjati in dokumentirati« (PV = 4,14; SO = 0,895), »Numerične lestvice temeljijo na oceni bolečine od 1 do 10« (PV = 4,06; SO = 0,802), »Z opisnimi lestvicami pacient opiše z izrazi kot so, brez

bolečine, blaga bolečina, srednje močna bolečina, močna bolečina in zelo močna bolečina« (PV = 4,05; SO = 0,825) in »Bolečino sem ocenjeval(a) na klinični praksi« (PV = 4,01; SO = 1,029).

Nadalje smo želeli preveriti ali se pojavljajo statistično pomembne povezave med znanjem in letnikom izobraževanja ter obliko študija med študneti FZAB.

Tabela 7: Znanje o lestvicah za merjenje bolečine s strani študnetov FZAB glede na letnik izobraževanja

Trditev	Letnik izobraževanja	n	PV	SO	F	p
Zdravljenje bolečine se mora začeti s pravilno oceno bolečine.*	1. letnik	36	3,47	1,028	2,474	0,089
	2. letnik	28	4,04	0,793		
	3. letnik	37	4,14	1,084		
Bolečino lahko enostavno izmerimo, kot vse druge vitalne funkcije.	1. letnik	37	3,68	0,915	1,158	0,318
	2. letnik	28	4,36	0,678		
	3. letnik	36	4,14	1,099		
Jakost bolečine se da vedno izmeriti.	1. letnik	37	2,97	1,040	0,922	0,401
	2. letnik	28	2,29	0,897		
	3. letnik	37	2,62	1,210		
Jakost bolečine merimo z uporabo bolečinskih lestvic.*	1. letnik	37	2,57	0,959	5,209	0,007
	2. letnik	28	2,07	0,940		
	3. letnik	37	2,43	1,068		
Vizualne lestvice so namenjene temu, da pacient oceni jakost bolečine od 0 do 10.	1. letnik	37	3,73	0,732	0,196	0,823
	2. letnik	28	3,54	0,838		
	3. letnik	37	3,38	1,233		
Z vizualno lestvico nam pacient pokaže jakost bolečine.	1. letnik	37	3,51	0,870	0,938	0,395
	2. letnik	28	3,71	0,659		
	3. letnik	37	3,89	0,906		
Numerične lestvice temeljijo na oceni bolečine od 1 do 10.	1. letnik	37	3,78	0,917	0,522	0,595
	2. letnik	28	3,86	0,651		
	3. letnik	37	3,86	0,918		
Z opisnimi lestvicami, pacient opiše z izrazi kot so, brez bolečine, blaga bolečina, srednje močna bolečina, močna bolečina in zelo močna bolečina.	1. letnik	37	3,59	0,865	1,221	0,299
	2. letnik	28	3,61	0,737		

Trditev	Letnik izobraževanja	n	PV	SO	F	p
	3. letnik	37	3,49	1,146		
Šest točkovno obrazno lestvico uporabljamo samo pri otrocih.*	1. letnik	36	3,44	0,969	2,149	0,122
	2. letnik	26	3,77	0,652		
	3. letnik	38	3,66	1,021		
Opisna lestvica in objektivno opisovanje bolečine je slabša in manj natančna od vizualne analogne skale.	1. letnik	37	3,19	0,967	0,093	0,911
	2. letnik	28	3,36	0,826		
	3. letnik	38	3,61	0,974		
Večdimenzionalne lestvice nam dajo širšo informacijo o bolečini.*	1. letnik	37	2,62	1,114	3,207	0,045
	2. letnik	28	2,18	1,056		
	3. letnik	38	2,26	1,267		
Lestvice za merjenje bolečine uporabljamo samo pri ljudeh, ki niso zmožni verbalne komunikacije.	1. letnik	36	3,28	0,914	0,665	0,517
	2. letnik	27	2,96	0,854		
	3. letnik	38	3,21	1,044		
Rezultat merjenja bolečine je vedno subjektiven podatek.	1. letnik	37	2,84	0,834	0,527	0,592
	2. letnik	27	2,30	0,724		
	3. letnik	38	2,42	0,976		
Bolečino merimo redno samo po zaužiti protibolečinski terapiji, saj s tem preverimo učinkovitost zdravila.	1. letnik	36	3,47	0,878	0,733	0,483
	2. letnik	28	3,64	0,951		
	3. letnik	38	3,50	1,033		
Prisotnost bolečine je potrebno redno preverjati in dokumentirati.	1. letnik	35	3,69	1,022	1,921	0,152
	2. letnik	28	4,07	0,979		
	3. letnik	37	4,22	0,947		
Bolečino ocenjujemo v gibanju.	1. letnik	37	3,41	0,865	1,607	0,206
	2. letnik	28	3,61	1,066		
	3. letnik	38	3,71	1,088		
Bolečino ocenjujemo v mirovanju.	1. letnik	37	3,95	0,815	1,633	0,201
	2. letnik	28	4,14	0,591		
	3. letnik	38	4,11	0,894		
Bolečino sem ocenjeval(a) na klinični praksi.	1. letnik	36	3,67	0,862	0,441	0,645
	2. letnik	28	4,25	0,844		
	3. letnik	38	4,16	0,973		
Bolečine nikoli nisem ocenjeval(a) na klinični praksi.	1. letnik	36	3,67	0,862	0,244	0,784
	2. letnik	28	4,25	0,844		
	3. letnik	38	4,16	0,973		

Legenda: **n** - število anketirancev; **PV** - povprečna vrednost; **SO** - standardni odklon; **F** = testna statistika; **p** = p – vrednost (razlika v povprečnih ocenah je statistično značilna, $p < 0,05$)

Rezultati tabele 7 prikazujejo, da je ANOVA za neodvisne vzorce pokazala statistično povezavo ($F = 5,209$; $p = 0,007$) med znanjem študentov FZAB glede na letnik, pri trditvi »Jakost bolečine merimo z uporabo bolečinskih lestvic«. S podano trditvijo se najbolj strinjajo študentje prvega letnika ($n = 37$; $PV = 2,57$; $SO = 0,959$), medtem ko se najmanj strinjajo študentje drugega letnika ($n = 28$; $PV = 2,07$; $SO = 0,940$). Opazili smo tudi statistično povezavo ($F = 3,207$; $p = 0,045$) pri trditvi »Večdimenzionalne lestvice nam dajo širšo informacijo o bolečini«. Študentje prvega letnika se s podano trditvijo najbolj strinjajo ($n = 37$; $PV = 2,62$; $SO = 1,114$), najmanj pa se strinjajo študentje drugega letnika ($n = 28$; $PV = 2,18$; $SO = 1,056$). Pomembno statistično razliko smo odkrili pri trditvi »Zdravljenje bolečine se mora začeti s pravilno oceno bolečine«. Pri tem se študentje tretjega letnika s trditvijo najbolj strinjajo ($n = 37$; $PV = 4,14$; $SO = 1,084$), najmanj pa se strinjajo študentje prvega letnika ($n = 36$; $PV = 3,47$; $SO = 1,028$). Statistično pomembno povezavo ($F = 2,149$; $p = 0,122$) prav tako odkrivamo pri trditvi »Šesttočkovno obrazno lestvico uporabljamo samo pri otrocih«. Medtem ko se najmanj strinjajo študentje prvega letnika ($n = 36$; $PV = 3,44$; $SO = 0,969$), se najbolj strinjajo študentje drugega letnika ($n = 26$; $PV = 3,77$; $SO = 0,652$).

Tabela 8: Znanje o lestvicah za merjenje bolečine s strani študentov FZAB glede na obliko študija

Trditev	Oblika študija	n	PV	t	p
Zdravljenje bolečine se mora začeti s pravilno oceno bolečine.	Redni študij	76	4,14	-1,439	0,153
	Izredni študij	26	4,46		
Bolečino lahko enostavno izmerimo, kot vse druge vitalne funkcije.	Redni študij	77	2,83	0,393	0,695
	Izredni študij	26	2,73		
Jakost bolečine se da vedno izmeriti.	Redni študij	77	2,78	0,915	0,363
	Izredni študij	27	2,56		
Jakost bolečine merimo z uporabo bolečinskih lestvic.	Redni študij	77	4,10	-0,772	0,442
	Izredni študij	27	3,93		
Vizualne lestvice so namenjene temu, da pacient oceni jakost bolečine od 0 do 10.	Redni študij	75	3,93	1,064	0,290
	Izredni študij	27	4,11		
Z vizualno lestvico nam pacient pokaže jakost bolečine.	Redni študij	76	4,00	0,232	0,817
	Izredni študij	26	3,96		
Numerične lestvice temeljijo na oceni bolečine od 1 do 10.	Redni študij	74	4,07	0,178	0,859
	Izredni študij	26	4,04		

Trditvev	Oblika študija	n	PV	t	p
Z opisnimi lestvicami, pacient opiše z izrazi kot so, brez bolečine, blaga bolečina, srednje močna bolečina, močna bolečina in zelo močna bolečina.	Redni študij	75	4,07	0,358	0,721
	Izredni študij	27	4,00		
Šestočkovno obrazno lestvico uporabljamo samo pri otrocih.	Redni študij	74	3,23	2,767	0,007
	Izredni študij	27	2,67		
Opisna lestvica in objektivno opisovanje bolečine je slabša in manj natančna od vizualne analogne skale.	Redni študij	75	3,09	0,509	0,612
	Izredni študij	26	3,00		
Večdimenzionalne lestvice nam dajo širšo informacijo o bolečini.	Redni študij	75	3,76	0,114	0,910
	Izredni študij	27	3,74		
Lestvice za merjenje bolečine uporabljamo samo pri ljudeh, ki niso zmožni verbalne komunikacije.	Redni študij	74	2,73	1,653	0,101
	Izredni študij	27	2,33		
Rezultat merjenja bolečine je vedno subjektiven podatek.	Redni študij	75	3,57	0,411	0,682
	Izredni študij	27	3,48		
Bolečino merimo redno samo po zaužiti protibolečinski terapiji, saj s tem preverimo učinkovitost zdravila.	Redni študij	75	2,33	-0,614	0,540
	Izredni študij	27	2,48		
Prisotnost bolečine je potrebno redno preverjati in dokumentirati.	Redni študij	74	4,19	0,940	0,350
	Izredni študij	27	4,00		
Bolečino ocenjujemo v gibanju.	Redni študij	75	3,23	-0,131	0,896
	Izredni študij	27	3,26		
Bolečino ocenjujemo v mirovanju.	Redni študij	74	3,70	0,054	0,957
	Izredni študij	26	3,69		
Bolečino sem ocenjeval(a) na klinični praksi.	Redni študij	75	4,04	0,492	0,624
	Izredni študij	27	3,93		
Bolečine nikoli nisem ocenjeval(a) na klinični praksi.	Redni študij	73	1,78	-0,111	0,912
	Izredni študij	26	1,81		

Legenda: **n** - število anketirancev; **PV** - povprečna ocena; **t** = t – statistika; **p** - vrednost signifikance (razlika v povprečnih ocenah je statistično značilna, $p < 0,05$)

Iz tabele 8 je razvidno, da je t-test za neodvisne vzorce pokazal, da je glede na obliko študija statistično značilna razlika le pri eni izmed vseh ocenjevanih trditvev, in sicer pri trditvi »Šestočkovno obrazno lestvico uporabljamo samo pri otrocih« ($t = 2,767$; $p = 0,007$). S podano trditvijo se najbolj strinjajo študentje rednega študija ($n = 74$; $PV = 3,23$), najmanj pa študentje izrednega študija ($n = 27$; $PV = 2,67$).

2.4.3 Stališča študentov FZAB o načinih lajšanja bolečine

V nadeljevanju smo želeli ugotoviti kakšno mnenje imajo študentje FZAB o načinih lajšanja bolečine pri pacientu.

Tabela 9: Seznanjenost študentov FZAB o načinih lajšanja bolečine pri pacientu

Trditvev	n	PV	SO
Zdravljenje z zdravili je najučinkovitejša metoda lajšanja bolečine.	103	3,23	1,148
Zdravljenje z zdravili je najcenejša metoda lajšanja bolečine.	103	2,87	0,936
Menim, da imajo medicinske sestre veliko znanja s področja farmakologije.	101	3,16	1,065
Stranski učinki so bolj pogostejši pri zdravljenju z zdravili kot pri alternativnem zdravljenju.	102	3,51	0,941
Prekomerno uživanje protibolečinske terapije lahko povzroča odvisnost.	101	3,85	0,953
Prekomerno uživanje protibolečinske terapije lahko povzroča tolerantnost pacienta na zdravilo.	101	4,03	0,921
Alternativno zdravljenje je enako učinkovito kot zdravljenje z zdravili.	102	3,05	1,038
Podpiram legalizacijo uporabe konoplje v medicinske namene.	101	3,77	1,103
Lajšanju bolečin v splošnem posvečamo premalo pozornosti.	101	3,81	0,845
Pacientom posvečamo dovolj pozornosti pri lajšanju bolečine.	102	2,94	0,963
Pacientova bolečina ni vedno pravilno olajšana.	103	3,69	0,897
Pacientova bolečina ni vedno pravočasno olajšana.	102	3,76	0,858
Pacient ima pravico izbire o vrsti lajšanja svoje bolečine.	102	4,08	0,727
Naša odgovornost je, da nudimo najboljšo oskrbo pacientu pri lajšanju bolečine.	102	4,20	0,856
Pri lajšanju bolečine ne potrebujemo teoretičnega znanja.	103	2,53	1,170
Pri lajšanju bolečine bi potreboval(a) več teoretičnega znanja.	101	3,71	0,909

Legenda: n - število anketirancev; PV - povprečna vrednost; SO - standardni odklon

V tabeli 9 je prikazan odnos študentov FZAB do lajšanja bolečine pri pacientu. Rezultate smo podali s PV in SO, ki jih prikazujemo v tabeli 9. Ugotovili smo, da so se anketiranci najbolj strinjali s trditvami »Naša odgovornost je, da nudimo najboljšo oskrbo pacientu pri lajšanju bolečine« (PV = 4,20; SO = 0,856), »Pacient ima pravico izbire o vrsti lajšanja svoje bolečine« (PV = 4,04; SO = 0,727) in »Prekomerno uživanje protibolečinske terapije lahko povzroča tolerantnost pacienta na zdravila« (PV = 4,03; SO = 0,921). S trditvami »Pri lajšanju bolečine ne potrebujemo teoretičnega znanja« (PV = 2,53; SO = 1,170), »Zdravljenje z zdravili je najcenejša metoda lajšanja bolečine« (PV = 2,87; SO = 0,936) in »Pacientom posvečamo dovolj pozornosti pri lajšanju bolečine« (PV = 2,94; SO = 0,963) pa so se najmanj strinjali.

3.5 RAZPRAVA

Namen raziskave je bil identificirati pomanjkanje znanja študentov FZAB na področju bolečine ter ugotovili, ali obstajajo povezave med znanjem glede na letnik izobraževanja. Hkrati smo želeli ugotoviti njihov vidik samoocene o bolečini in lestvicah za merjenje bolečine. Prav tako smo želeli ugotoviti, kakšna so stališča študentov FZAB o načinih lajšanja bolečine.

V prvem delu raziskave smo glede na pridobljene rezultate želeli ugotoviti, ali se pojavljajo statistične razlike med študenti FZAB v zvezi s pridobljenim znanjem o bolečini med letniki. Na osnovi raziskave ugotavljamo, da se študentje 2. letnika FZAB najbolj strinjajo, da se bolečina vedno obravnava individualno ter da jo največkrat lahko prepoznamo po spremenjeni mimiki obraza, medtem ko se študentje prvega in tretjega letnika s tem manj strinjajo. S trditvama, da akutna bolečina traja dalj časa kot kronična bolečina in da se kronični bolečini spreminja intenziteta, se najbolj strinjajo študentje tretjega letnika FZAB, najmanj pa se strinjajo študentje prvega letnika. Študentje prvega letnika prav tako menijo, da je pacient v bolečini vedno agresiven in da se pacientu v bolečini poviša samo krvni tlak, medtem ko so študentje višjih letnikov FZAB nasprotnega mnenja. Da je občutenje bolečine posledica kompleksnih interakcij med perifernim in centralnim živčnim sistemom ter da človek bolečino občuti šele takrat, ko jo možgani obdelajo, se najbolj strinjajo študentje višjih letnikov FZAB, najmanj pa se strinjajo študentje prvih letnikov. Z raziskavo ugotavljamo, da študentje prvih letnikov FZAB svoje znanje ocenjujejo nekoliko slabše kot študentje višjih letnikov.

Rezultate naše ankete smo primerjali z raziskavo avtorja Mlinar Rejlić in sodelavcev (2015), katero so izvedli na Fakulteti za zdravstvene vede v Univerzi v Mariboru. Ugotovili so, da pri posameznih letnikih prihaja do razlik pri samooceni ocenjevanja bolečine. Boljše poznavanje in ocenjevanje bolečine je bilo ugotovljeno med študenti drugega letnika, najslabše pa v prvem letniku. Skupno so navedli relativno nizko samooceno o obravnavi bolečine med študenti vseh treh letnikov. Tudi Al Khalaileh & Al Qadire (2013) v svoji raziskavi navajata ugotovljeno slabo znanje študentov zdravstvene nege o lajšanju bolečine. Slabšemu znanju študentov pripisujeta premalo

časa, namenjenega izobraževanju o bolečini med študijem na visokošolskih zavodih s področja zdravstvene nege.

Drugo raziskovalno vprašanje je bilo, kakšna je samoocena znanja o bolečini študentov FZAB. Z raziskavo ugotavljamo, da se študentje FZAB zavedajo, da človek bolečino občuti šele, ko jo možgani razložijo kot bolečino. Prav tako bolečino prepoznajo po spremenjeni mimiki obraza in se zavedajo pomembnosti, da se bolečina vedno obravnava individualno. Naši anketiranci tudi ločijo med akutno in kronično bolečino. Nekoliko slabše ocenjujejo svoje znanje pri prepoznavi subjektivnih in objektivnih kazalcev bolečine. Večji delež anketirancev se strinja, da subjektivni kazalci bolečine vsebujejo čustvene odzive, manj se strinjajo s trditvijo, da je subjektivne kazalce bolečine lažje prepoznati kot objektivne. Rezultati raziskave so pokazali, da študentje FZAB še vedno potrebujejo dodatna znanja na področju prepoznave bolečine. Znanje v današnjem času postaja največja in najpomembnejša vrednota posameznika, saj velja kot način življenja. Da bi študentom zagotovili potrebno znanje o opravljanju bolečine, menimo, da je potrebna postavitev ustreznih učnih načrtov na področju bolečine že na dodiplomskem študiju.

Rezultate naše raziskave smo primerjali z raziskavo Latchman (2014), ki s svojo raziskavo ugotavlja slabo znanje študentov zdravstvene nege pri obvladovanju bolečine, predvsem na področju lajšanja bolečine. Trdi, da bi se, če bi medicinske sestre razvile boljše razumevanje oziroma znanje o fiziologiji bolečine in farmakologiji, pojavil bolj pozitiven odnos do obvladovanja bolečine. Poleg tega ugotavlja tudi številne luknje v programih zdravstvene nege, ki vsebujejo malo ali nič vsebin o obvladovanju bolečine. Hkrati tudi meni, da to ovira sposobnost študentov, da se učinkoviteje naučijo obvladovanja bolečine pri pacientu. Tudi Jus (2014) navaja, da sta za učinkovito obvladovanje bolečine pomembna odnos in znanje, ki ga ima medicinska sestra do bolečine. Zato meni, da znanje velja kot ključni element, od katerega je odvisna kakovostna obravnava pacienta z bolečino. Podobnega mnenja so tudi Abd El – Aziz Gadallah in sodelovci (2017), ki pravijo, da če so študentje zdravstvene nege premalo izobraženi in slabo pripravljeni, to posledično vodi do tega, da pacient trpi, zato sta izobraženost in dobra pripravljenost študentov ključnega pomena. Zato Plaisanc &

Logan (2006) poudarjata, da morajo visokošolski zavodi s področja zdravstvene nege kritično pregledati svoje učne načrte o bolečini in tematiko bolečine bolj podrobno vključiti v predmetnik. Tudi Al Khalaileh s sodelavci (2013) v raziskavi ugotavlja, da med kanadskimi fakultetami ni vključenega določenega časa (v urah), namenjenega izobraževanju o bolečini. Voshall s sodelavci (2012) pri tem ugotavlja, da večina zdravstvenih fakultet tematiko o bolečini sicer vključuje v svoj učni načrt, vendar se študentje pri tem še vedno ne počutijo ustrezno poučene o bolečini.

Tretje raziskovalno vprašanje je bilo, kako študentje FZAB ocenjujejo svoje znanje o lestvicah za merjenje bolečine. Študentje FZAB se strinjajo, da se mora učinkovito zdravljenje bolečine začeti s pravilno oceno bolečine. Prav tako se zavedajo pomembnosti rednega preverjanja bolečine in njenega dokumentiranja. Večina anketirancev je bolečino ocenjevala na klinični praksi in je z lestvicami za bolečino seznanjena. Pri trditvah, da bolečino preprosto izmerimo kot vse druge vitalne funkcije ter da jo je vedno mogoče izmeriti, so bili anketiranci nasprotnega mnenja. Z opravljeno raziskavo ugotavljamo slabo poznavanje posameznih bolečinskih lestvic med študenti FZAB. Anketiranci so pokazali veliko strinjanje s trditvijo, da numerične lestvice temeljijo na oceni bolečine od 0 do 10. Hkrati pa se strinjajo, da so vizualne lestvice namenjene temu, da pacient oceni bolečino z ocenami od 0 do 10, kar velja za napačno trditev. Študentje FZAB bi potrebovali dodatna znanja o bolečinskih lestvicah.

Rezultate smo primerjali s pregledano literaturo, kjer so različni avtorji predstavili svoj pristop in stališča pri uporabi lestvic za merjenje bolečine. Kamenik (2008) navaja, da je bolečina relativno subjektivno doživetje posameznika, zato je samoocenjevanje najbolj zanesljiva ocena pacientove bolečine in hkrati predstavlja zlati standard v merjenju bolečine. Prav tako trdi, da idealnega testa za merjenje bolečine še nimamo in da bi moral biti idealen test hiter in preprost. Mlinar Reljić s sodelavci (2015) meni, da ima medicinska sestra ključno vlogo pri oceni bolečine, saj mora pacientu verjeti, ko toži o bolečini. Podobnega mnenja je tudi Dumić s sodelavci (2009), ki trdi, da sta ustrezna ocena in lajšanje bolečine pomembna kazalca kakovostne obravnave pacienta. Trdi tudi, da veliko oviro pri tem predstavlja subjektivnost bolečine, zaradi česar jo zelo težko

ocenimo. Pri tem rešitev vidi v poenotenju vseh ravni profesije ter oblikovanju standardov in kliničnih poti.

Pri zadnjem, četrtem raziskovalnem vprašanju smo želeli ugotoviti, kakšna stališča zavzemajo študentje FZAB do lajšanja bolečine. Z raziskavo ugotavljamo, da študentje želijo in potrebujejo več znanja s področja lajšanja bolečine in farmakologije. Naši anketiranci menijo, da je zdravljenje z zdravili bolj učinkovita metoda lajšanja bolečine kot alternativni načini, hkrati pa menijo, da zdravljenje z zdravili ni najcenejša metoda. Prav tako se strinjajo, da so stranski učinki pogostejši pri zdravljenju z zdravili ter da prekomerno uživanje protibolečinske terapije povzroča odvisnost in tolerantnost na zdravilo. Z raziskavo smo ugotovili, da se študentje FZAB strinjajo, da pacientova bolečina ni vedno pravočasno in pravilno olajšana. Prav tako menijo, da pacientom ne posvečamo dovolj pozornosti pri lajšanju bolečine. Naši anketiranci se zavedajo odgovornosti pri nudenju najboljše oskrbe pacientu pri lajšanju bolečine ter dejstva, da ima pacient pravico izbire vrste lajšanja bolečine. Večina študentov FZAB se strinja, da pri lajšanju bolečine potrebujejo še veliko teoretičnega znanja.

Rezultate naše ankete smo primerjali s pregledom literature, kjer različni avtorji pišejo o lajšanju bolečine pri pacientu. Golouh (2013) trdi, da je zdravljenje bolečine v Sloveniji v zadnjih letih doseglo občuten napredek, saj so pacienti vedno bolj osveščeni o pravici do zdravljenja bolečine. Bahč & Mlinar (2013) menita, da je cilj lajšanja bolečine to zmanjšati do take mere, da pri pacientu ne povzroča neugodja. Zato Borovnica & Čuk (2016) menita, da je z analgezijo treba začeti dovolj zgodaj, še preden se bolečina razvije. Lahajnar Čavlovič (2015) pravi, da analgetike v tristopenjski lestvici izberemo glede na jakost, vrsto in vzrok bolečine. Čaušević (2014) pri tem meni, da iz literature lahko razberemo, da večina avtorjev še vedno meni, da je optimalno zdravljenje bolečine lažje doseči s kombiniranjem farmakoloških in nefarmakoloških metod zdravljenja bolečine.

Namen diplomskega dela ni bil oceniti znanje študentov FZAB na področju obravnave bolečine in uporabe lestvic za merjenje bolečine, temveč raziskati obstoječe znanje študentov in s tem postaviti smernice za dodatno izobraževanje na raziskanem področju.

Zavedamo se, da je vprašalnik merilno orodje, ki ne ocenjuje pomanjkanja znanja študentov FZAB, temveč meri obstoječe znanje študentov na področju obravnave bolečine in uporabe lestvic za merjenje bolečine.

Opravljen raziskava je imela omejitve. Največjo omejitev je predstavljal premajhen in neuravnotežen vzorec. Z večjim številom vzorca, torej študentov bi dobili bolj relevantne rezultate, ki bi bili bolj primerljivi. Majhen vzorec pripisujemo nezainteresiranosti študentom FZAB za obravnavano problematiko. Problem je predstavljal tudi literatura, saj nismo zasledili veliko raziskav na tem področju, opravljenih v Sloveniji. Če bi obstajale, bi naše rezultate lahko primerjali z različnimi zdravstvenimi fakultetami.

4 ZAKLJUČEK

Bolečina velja za izrazito osebno izkušnjo in je ne moremo posploševati, saj velja za nekaj neprijetnega in motečega za vsakega posameznika. Velja za simptom, ki nas spremlja skozi celo življenje, saj nas opozarja, da se v našem telesu nekaj dogaja. Čeprav sta z razvojem medicine napredovala tudi obvladovanje in lajšanje bolečine, se še vedno dogaja, da bolečina ni primerno obravnavana. Naloga bodočih zdravstvenih delavcev je, da prevzamemo odgovornost za svoje znanje. Pri tem imajo ključno nalogo tudi visokošolski zavodi s področja zdravstvene nege, saj ne nudijo samo znanja, temveč tudi motivirajo študente in jim s tem pomagajo pri oblikovanju stališč do bolečine. Treba je tudi poudariti pomembnost izobraževanja o bolečini in opredeljeno tematiko v večji meri vključiti v učni načrt.

Rezultati naše raziskave so pokazali, da študentje FZAB še vedno potrebujejo dodatna znanja, predvsem s področja fiziologije bolečine, kar predstavlja osnovo za razumevanje pacienta v bolečinah. Pomembni so tudi obravnava pacienta v bolečinah, uporaba pravilne lestvice za merjenje bolečine pri pacientu ter znanje in odnos posameznika do zdravljenja bolečine. Študentje FZAB navajajo, da se zavedajo pomembnosti nujenja najboljše oskrbe pri pacientu z bolečino ter da mora se zdravljenje bolečine vedno začeti s pravilno oceno bolečine. Prav tako navajajo pozitiven odnos do lajšanja bolečine. Kakovostna in uspešna obravnava pacienta z bolečino torej poleg znanja zahteva tudi pozitiven odnos posameznika do bolečine.

Za izboljšanje znanja študentov in s tem posledično izboljšanje lajšanja bolečine pri pacientu je treba spodbujati in motivirati študente na dodiplomskem študiju k pomenu izobraževanja in odgovornosti pri svojem delu.

5 LITERATURA

Abd El- Aziz Gadallah, M., Hassan, A.M. & Abd El- Hamied Shargawy, S., 2017. Undergraduate nursing students knowledge and attitude regarding pain management of children in Upper Egypt. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(6), pp. 100-107.

Al Khalaileh, M. & Al Qadire, M., 2013. Pain management in Jordan: nursing students' knowledge and attitude. *British Journal of Nursing*, 22(21), pp. 1234-1240.

Al-Shaer, D., Hill, P.H. & Anderson, M.A., 2011. Knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention. *Medsurg nursing*, 10(1), pp. 7-11.

Bahč, L. & Mlinar, Š., 2013. Spremljanje in lajšanje akutne pooperativne bolečine v splošni bolnišnici Slovenj Gradec. In: A. Buhvald, ed. *40. let zdravstvene nege v enoti intenzivne medicine operativnih strok Splošne bolnišnice Slovenj Gradec. Slovenj Gradec, junij*. Slovenj Gradec: Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, pp. 30-37.

Bobnar, A., Pajnič, M. & Sotler, R., 2010. Stališča študentov zdravstvene nege do izobraževanja in učenja zdravstveno negovalnih postopkih: ali je znanje in sposobnost potrebno obnavljati? In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič, J. Zirc & S. Hvalič Tauzery, eds. *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege – 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu. Ljubljana, 16-17 september*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 180-189.

Borovnica, I. & Čuk, R., 2016. Ocenjevanje in spremljanje akutne pooperativne bolečine po epiduralnem katetru. In: D. Doberšek, ed. *Zbornik predavanj z recenzijo, 49. strokovni seminar. Anesteziologija, intenzivna terapija, transfuziologija: skupaj za bolnika. Rogaška Slatina, 1. in 2. april, 2016*. Rogaška Slatina: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 75-80.

Brant, J.M., Mobr, C., Coombs, N.C., Finn, S. & Wilmarth, E., 2016. Nurses knowledge and attitudes about pain: personal and profesional characteristics and patient reported pain satisfaction. *Pain management nursing*, 18(4), pp. 1-10.

Cencič, M., 2009. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, pp. 49.

Chow, K.M. & Chan, J.C.Y., 2014. Pain knowledge and attitudes of nursing students: A literature review. *Nurse education today*, 35(2), pp. 366-372.

Čaušević, M., 2014. Obvladovanje kronične bolečine v onkološki zdravstveni negi. In: A. Krajnc, ed. *41. strokovni seminar. Z dokazi v prakso – obvladovanje simptomov v onkološki zdravstveni negi. Ljubljana, 3. oktober*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 10-16.

Čaušević, M., 2016. Nefarmakološki pristopi lajšanje bolečine pri bolnikih obolelih z rakom. In: D. Doberšek, R. Kočevar, A. Nunar Perko & K. Peternelj, eds. *Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji. Rogaška Slatina, 1. -2. april*. Rogaška Slatina: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 53- 57.

Čuk, V. & Hvala, N., 2009. Vpliv kliničnega okolja na zadovoljstvo študentov s prakso zdravstvene nege. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič, & B. Filej, eds. *Novi tredni v sodobni zdravstveni negi – razvijanje raziskovanja, izobraževanja in multisektorskega partnerskega sodelovanja – 2. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu. Ljubljana, 17-18 september*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 177-184.

Dolžan Lindič, H., Selan, N. & Pergarec Žensky, I., 2008. Kakovostno vodenje bolečine- vloga medicinske sestre. In: Z. Kramar & A. Kraigher, eds. *2. strokovni seminar. Dnevi Angele Boškin. Dejstvo za kakovost. Bled, 10. -11. april.* Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 146-149.

Duke, G., Haans, B.K., Yarbrough, S. & Northam, S., 2013. Pain management knowledge and attitudes of baccalaureate nursing students and faculty. *American society for Pain Management Nursing*, 14(1), pp. 11-19.

Dumić, D., Hercan, T. & Pajnikihar, M., 2009. Partnerska vloga pacienta v procesu učinkovite obravnave bolečine. In: S. Majcen Dvoršek, A. Kvas, B.M. Kaučič, D. Železnik & D. Klemenc. *7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Grand hotel Ljubljana, 11. -13. maj.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 312D.

Evans, C.B. & Mixon, D.K., 2015. The evaluation of undergraduate nursing students knowledge of post-op pain management after participation in simulation. *Pain management nursing*, 16(6), pp. 930-937.

Faganeli, N., 2012. Zdravljenje in vodenje akutne pooperativne bolečine. *Farmacevtski vestnik*. 63(1), pp. 10-13.

Fishman, S.M., Young, H.M., Arwood, E.L., Chou, R., Herr, K., Murinson, B.B., Watt Watson, J., Carr, D.B., Gordon, D.B., Stevens, B.J., Bakerjian, D., Ballantyne, J.C., Courtenay, M., Djukic, M., Koebner, I.J., Mongoven, J.M., Paice, J.A., Prasad, R., Singh, N., Sluka, K.A., Marie, B. & Strassels, S.A., 2013. Core competencies for pain management: results of an interprofessional consensus summit. *Pain medicine*, 14(7), pp. 971-981.

Golouh, L., 2013. Kako uspešno obvladujemo kronično bolečino v Sloveniji. In: Z. Klemenc Ketiš & M. Drešček, eds. *XIII. Kokaljevi dnevi. Bolečina in vrtočlavlava*,

sistemska protivnetno zdravljenje s fitoterapijo, aktualnosti – depresija & ED & BHP, okužbe s pnevmokoki, alkoholizem, BHP, sodelovanje s farmacevti, ažmanov simpozij, praktične veščine. Laško, 19. in 20. april. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, pp. 3-11.

Gržinič, J., Panjan Paro, D. & Kersnik, J., 2015. Obravnava novorojenčka z bolečino. *Slovenska Pediatrija*, 22, pp. 64-72.

Jakovljevič, M. & Puh, U., 2014. Ocenjevanje intenzivnosti bolečine z vidno analogno lestvico. *Fizioterapija*, 22(2), p. 46.

Jus, A., 2014. Pristop in obravnava pacienta z bolečinami na terenu. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina. Portorož, 19. - 21. junij*. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 246-251.

Kamenik, M., 2008. Merjenje in ocenjevanje bolečine v perioperativnem obdobju. In: M. Cesar Komar, J. Pirc, Z. Zabavnik, M. Lopuh, N. Krčevski Škvarč, M. Šarman & M. Šipek, eds. *12. seminar o terapiji bolečine, pooperacijska bolečina. Maribor, 6. in 7. junij*. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, pp. 40-47.

Kersnič, P., 2007. Danes za jutri: Ste se kdaj vprašali kaj pa je vseživljensko učenje? *Obzornik Zdravstvene Nege*, 41(1), pp. 1-2.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014. Uradni list Republike Slovenije, št. 71.

Kovačič, D.S., 2014. Bolečina: psihološka stran mehanizma preživetja. *Anthropos*, 1-2 (233-234), pp. 65-86.

Koželj Rekanović, Z. & Tušek Bunc, K., 2014. Nevropatska bolečina v ambulanti družinske medicine- prikaz primerov. In: K. Tušek Bunc, ed. *8. mariborski kongres*

družinske medicine. Maribor, 28. - 29. november. Maribor: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 59-67.

Lahajnar Čavlovič, S., Krčevski Škvarč, N., Stepanovič, A. & Čufer, T., 2008. Usmeritve za zdravljenje pri odraslem z rakom. *Zdravstveni Vestnik*, 77, pp. 7-12.

Lahajnar Čavlovič, S., Krčevski Škvarč, N., Stepanovič, A. & Tavčar, P., eds. 2015. *Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. Tretja izdaja. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine Maribor.*

Latchman, J., 2014. Improving pain management at the nursing education level: evaluating knowledge and attitudes. *Jadpro, journal of the advanced practitioner in oncology*, 5(1), pp. 10-16.

Mlinar Reljić, N., Strauss, M. & Donik, B., 2015. Obravnava bolnika z bolečino z vidika študentov zdravstvene nege. In: M. Pajnikihar, ed. *Mednarodna konferenca. Znanstveni dokazi za razvoj izobraževanja in prakse v zdravstvu. Maribor, 2. junij. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 58-61.*

Nemeš, M. & Kocet Ritlop, S., 2016. Obvladovanje akutne pooperativne bolečine (APSA) v Splošni bolnišnici Murska Sobota. In: D. Doberšek, R. Kočevar, A. Nunar Perko & K. Peternelj, eds. *Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji. Rogaška Slatina, 1.-2. april. Rogaška Slatina: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 58-62.*

Pajnič, M., 2012. *Motiviranost študentov zdravstvene fakultete v Ljubljani za izobraževanje na področju zdravstvene nege: magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.*

Plaisance, L. & Logan, C., 2006. Nursing students knowledge and attitudes regarding pain. *Pain Management Nursing*, 7(4), pp. 167-175.

Požarnik, T., 2009. Stališča operacijskih medicinskih sester do izobraževanja. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič & B. Filej, eds. *2. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu. Novi trendi v sodobni zdravstveni negi – razvijanje raziskovanja, izobraževanja in multisektorskega partnerskega sodelovanja. Ljubljana, 17.-18. september.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 445-454.

Pungartnik, J. & Janiš, M., 2013. Zdravljenje bolečine v enoti intenzivne medicine. In: A. Buhvald, ed. *Simpozij s področja zdravstvene nege v intenzivni medicini. 40. let zdravstvene nege v enoti intenzivne medicine operativnih strok Splošne bolnišnice Slovenj Gradec. Junij 2013.* Slovenj Gradec: Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, oddelek za anestezijo in intenzivno medicino operativnih strok, pp. 38-45.

Rebolj, V., 2008. *E-izobraževanje skozi očala pedagogike in didaktike.* Radovljica: Založba didakta.

Rešetič, J., 2012. Odgovornost medicinske sestre pri lažšanju pacientove bolečine na kirurškem oddelku splošne bolnišnice Novo mesto. In: M. Berkopec, ed. *4. dnevi Marije Tomšič. Dolenjske Toplice, 19. -20. januar.* Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto v sodelovanju z Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto in Visoko šolo za zdravstvo v Novem mestu, pp. 25-31.

Skela Savič, B., 2009. Dejavniki in kriteriji ustanavljanja novih srednjih zdravstvenih šol in visokostrokovnih zdravstvenih šol s programi zdravstvena nega – vidik širše odgovornosti. In: B. Skela Savič & B.M. Kaučič, eds. *Moja kariera – quo vadis: Izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji. Posvet za okroglo mizo. Ljubljana, 30. januar.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 33-39.

Skela Savič, B., 2013. Izobraževanje v zdravstveni negi: nivoji izobraževanja v Bolonjskem procesu in kompetence za klinično prakso. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & J. Zorc, eds. *6. mednarodna znanstvena konferenca. Znanje in odgovornost*

za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče potrebe po zdravstveni obravnavi. Ljubljana, 6.-7. junij. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 24-37.

Skela Savič, B., 2015. Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi za program prve stopnje Zdravstvena nega (VS): rezultati prve Delfi iteracije. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *8. posvet moja kariera – quo vadis. Ljubljana, 6.5.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 1-32.

Sprogar, Ž. & Rode, S., 2014. Bolečina v urgentni zdravstveni negi – jo obravnavamo kot peti vitalni znak?. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino*, pp. 252-255.

Svilenković, V., 2014. Spremljanje pacienta z akutno bolečino na kirurškem oddelku. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina. Portorož, 19. - 21. junij. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino*, pp. 263-266.

Švajger, B., 2017. Boli me. [online]. Available at: <http://beta.publishwall.si/branka.svajger/post/292283/boli-me> [Accessed 10 September 2017].

Toni, J., 2012. Patofiziološki vidiki bolečine. In: B. Štrukelj, ed. *Farmacevtski vestnik. April 2012.* Ljubljana: Slovensko farmacevtsko društvo, 63(1), pp. 3-5.

Urbas, U., 2017. Obravnava pacienta z bolečino v trebuhu v urgentni kirurški ambulanti. In: R. Vajd, ed. *Urgentna medicina – izbrana poglavja. Portorož, 15. – 17. junij 2017.* Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 328-333.

Voshall, B., Dunn, K. & Shelestak, D., 2012. Knowledge and Attitudes of pain management among nursing faculty. *Pain management nursing*, 14(4), pp. 226-235.

Wang, H. & Tsai, Y., 2010. Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21/22), pp. 3188-3196.

Ylinen, E. & Vehviläinen Julkunen, K. & Pietilä, A., 2007. Nurses' knowledge and skills in colonoscopy patients' pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), pp. 1125-1133.

Yurdanur, D., 2012. Non-pharmacological therapies in pain management. *Abant İzzet Baysal University*. [online]. Available at: <http://cdn.intechweb.org/pdfs/26152.pdf> [Accessed 29 September 2017].

Zagorc, A., Švajger, H. & Blagojevič Štembergar, S., 2016. Obvladovanje akutne pooperativne bolečine v Splošni bolnišnici Novo Mesto. In: D. Doberšek, ed. *Zbornik predavanj z recenzijo, 49. strokovni seminar. Anesteziologija, intenzivna terapija, transfuziologija: skupaj za bolnika. Rogaška Slatina, 1. in 2. april, 2016*. Rogaška Slatina: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 69-74.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT



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

Sem Lina Garbas, absolventka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Pišem diplomsko delo z naslovom »Znanje in odnos študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin o bolečini«, pod mentorstvom Sedine Kalender Smajlović, pred.

Namen diplomskega dela je identificirati pomanjkanje znanja študentov na področju bolečine prek proučenih teoretičnih izhodišč in opravljene raziskave. Ugotoviti želimo znanje študentov o prepoznavi bolečine in uporabi lestvic za merjenje bolečine pri pacientu ter mnenje in stališča študentov o metodah lajšanja bolečine. Vprašalnik je anonimen, rezultati pa bodo v pomoč pri izdelavi raziskovalnega dela diplomskega dela. Rezultati bodo uporabljeni le v študijske namene in predstavljeni v diplomskem delu.

Vprašalnik je sestavljen iz štirih sklopov. Na vprašanja odgovarjajte tako, da obkrožite eno črko oziroma številko pred pravilnim odgovorom. Vprašalnik vsebuje različne trditve, kjer se glede na stopnjo strinjanja opredelite z ocenami od 1 do 5: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam.

Za Vaše sodelovanje se Vam že vnaprej zahvaljujem!

Sklop 1: Demografski podatki:

1. Spol:

- a) Ženski
- b) Moški

2. Letnik izobraževanja:

- a) 1. letnik
- b) 2. letnik
- c) 3. letnik

3. Oblika študija:

- a) Redni študij
- b) Izredni študij

Sklop 2: Znanje o prepoznavnosti bolečine

Na vprašanje o znanju o prepoznavi bolečine pri pacientu odgovarjajte tako, da obkrožite eno številko pred pravilno trditvijo. Vprašalnik vsebuje različne trditve, kjer se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam.

Trditve	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
	1	2	3	4	5
Občutenje bolečine je posledica kompleksnih interakcij med perifernim in centralnim živčnim sistemom (CŽS).	1	2	3	4	5
Človek občuti bolečino šele takrat, ko možgani obdelajo signal in ga razložijo kot bolečino.	1	2	3	4	5
Da je bolečina prisotna, morajo biti vedno prisoten tudi znak kot je potenje.	1	2	3	4	5
Da je bolečina prisotna, morajo biti vedno prisotni tudi znak kot je stokanje ali kričanje.	1	2	3	4	5
Objektivni kazalci bolečine vključujejo fiziološke odzive.	1	2	3	4	5

Trditve	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
Objektivni kazalci bolečine vključujejo vedenjske odzive.	1	2	3	4	5
Subjektivni kazalci bolečine vsebujejo čustvene odzive.	1	2	3	4	5
Subjektivni kazalci bolečine vsebujejo kognitivne odzive.	1	2	3	4	5
Subjektivni kazalci bolečine vsebujejo senzorne odzive.	1	2	3	4	5
Subjektivne kazalce bolečine prepoznamo lažje kot objektivne kazalce.	1	2	3	4	5
Pacient v bolečinah je vedno agresiven.	1	2	3	4	5
Pacientu v bolečini se povečajo vse vitalne funkcije.	1	2	3	4	5
Pacientu v bolečinah se poveča samo krvni tlak.	1	2	3	4	5
Bolečina velja kot peti vitalni znak.	1	2	3	4	5
Akutna bolečina traja krajši čas.	1	2	3	4	5
Kronični bolečini se spreminja intenziteta v krajših časovnih obdobjih.	1	2	3	4	5
Bolečino lahko prepoznamo po spremenjeni mimiki obraza.	1	2	3	4	5
Bolečino vedno obravnavamo individualno.	1	2	3	4	5

Sklop 3: Znanje o lestvicah za merjenje bolečine

Na vprašanje o znanju o lestvicah za merjenje bolečine pri pacientu odgovarjajte tako, da obkrožite eno številko pred pravilno trditvijo. Vprašalnik vsebuje različne trditve, kjer se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam.

Trditve	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
	1	2	3	4	5

Trditve	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
Zdravljenje bolečine se mora začeti s pravilno oceno bolečine.	1	2	3	4	5
Bolečino lahko enostavno izmerimo kot vse druge vitalne funkcije.	1	2	3	4	5
Jakost bolečine se da vedno izmeriti.	1	2	3	4	5
Jakost bolečine merimo z uporabo bolečinskih lestvic.	1	2	3	4	5
Vizualne lestvice so namenjene temu, da pacient oceni jakost bolečine od 0 do 10.	1	2	3	4	5
Z vizualno lestvico nam pacient pokaže jakost bolečine.	1	2	3	4	5
Numerične lestvice temeljijo na oceni bolečine od 0 do 10.	1	2	3	4	5
Z opisnimi lestvicami, pacient opiše z izrazi kot so: brez bolečine, blaga bolečina, srednje močna bolečina, močna bolečina in zelo močna bolečina.	1	2	3	4	5
Šest točkovno obrazno lestvico uporabljamo samo pri otrocih.	1	2	3	4	5
Opisna lestvica in objektivno opisovanje bolečine je slabša in manj natančna od vizualne analogne skale.	1	2	3	4	5
Večdimenzionalne lestvice nam dajo širšo informacijo o bolečini.	1	2	3	4	5
Lestvice za merjenje bolečine uporabljamo samo pri ljudeh, ki niso zmožni verbalne komunikacije.	1	2	3	4	5
Rezultat merjenja bolečine je vedno subjektivni podatek.	1	2	3	4	5
Bolečino merimo redno samo po zaužiti protibolečinski terapiji, saj s tem preverimo učinkovitost zdravila.	1	2	3	4	5
Prisotnost bolečine je potrebno redno preverjati in dokumentirati.	1	2	3	4	5

Trditve	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
Bolečino ocenjujemo v gibanju.	1	2	3	4	5
Bolečino ocenjujemo v mirovanju.	1	2	3	4	5
Bolečino sem ocenjeval(a) na klinični praksi.	1	2	3	4	5
Bolečine nikoli nisem ocenjeval(a) na klinični praksi.	1	2	3	4	5

Sklop 4: Mnenje in stališča študentov o načinih lajšanja bolečine

Na vprašanje o načinih lajšanja bolečine pri pacientu odgovarjajte tako, da obkrožite eno številko pred pravilno trditvijo. Vprašalnik vsebuje različne trditve, kjer se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam.

Trditve	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
	1	2	3	4	5
Zdravljenje z zdravili je učinkovitejša metoda lajšanja bolečine.	1	2	3	4	5
Zdravljenje z zdravili je najcenejša metoda lajšanja bolečine.	1	2	3	4	5
Menim, da imajo medicinske sestre veliko znanja s področja farmakologije.	1	2	3	4	5
Stranski učinki so bolj pogostejši pri zdravljenju z zdravili kot pri alternativnem zdravljenju.	1	2	3	4	5
Prekomerno uživanje protibolečinske terapije lahko povzroča odvisnost.	1	2	3	4	5
Prekomerno uživanje protibolečinske terapije lahko povzroča tolerantnost pacienta na zdravilo.	1	2	3	4	5
Alternativno zdravljenje je enako učinkovito kot zdravljenje z zdravili.	1	2	3	4	5

Trditve	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
Podpiram legalizacijo uporabe konoplje v medicinske namene.	1	2	3	4	5
Lajšanju bolečin v spošnem posvečamo premalo pozornosti.	1	2	3	4	5
Pacient ima pravico izbire o vrsti lajšanja svoje bolečine.	1	2	3	4	5
Pacientova bolečina ni vedno pravilno lajšana.	1	2	3	4	5
Pacientova bolečina ni vedno pravočasno olajšana.	1	2	3	4	5
Pacientom posvečamo dovolj pozornosti pri lajšanju bolečine.	1	2	3	4	5
Naša odgovornost je, da nudimo najboljšo oskrbo pacientu pri lajšanju bolečine.	1	2	3	4	5
Pri lajšanju bolečine ne potrebujemo teoretičnega znanja.	1	2	3	4	5
Pri lajšanju bolečine bi potreboval več teoretičnega znanja.	1	2	3	4	5