



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ORGANIZIRANOST ZDRAVSTVENE NEGE V
DNEVNI KIRURŠKI OBRAVNAVI**

**ORGANIZATION OF NURSING CARE IN
DAY SURGERY**

Mentor: mag. Miran Rems, viš. pred.

Kandidatka: Anja Rozman

Jesenice, april, 2018

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju, mag. Miranu Rems, viš. pred., za hitro odzivnost in za vso pomoč ter nasvete pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentki Sedini Kalender Smajlović, pred., za strokovno pomoč in za prave usmeritve pri nastajanju mojega diplomskega dela.

Hvala Ani Bukovac za hitro in natančno lektoriranje dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Dnevna kirurgija je moderen, učinkovit in ekonomičen način kirurškega zdravljenja. Operativni posegi v dnevnem oddelku so v porastu tako pri nas kot tudi v svetu.

Cilji: Cilji diplomskega dela so raziskati uspešnost organizacije dela in zdravstvene nege v dnevni kirurški obravnavi, uspešnost informiranja pacientov, pojav pooperativnih zapletov v domačem okolju in ukrepanje pacientov ob pojavu le-teh.

Metoda: Uporabljena je bila deskriptivna metoda empiričnega kvantitativnega raziskovanja. V raziskavo je bilo zajetih 100 pacientov, realizacija vzorca je bila 100 %. Na zastavljena raziskovalna vprašanja smo odgovorili s pomočjo frekvenc in pripadajočih odstotkov, povprečnih vrednosti, standardnih odklonov, aritmetičnih sredin, minimum in maksimum. T-test in hi-kvadrat test sta bila uporabljena za analizo razlik (p-vrednost statistične pomembnosti $p < 0,05$), Pearsonov korelacijski koeficient pa za analizo povezanosti pa ($p < 0,05$). Podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS, verzije 22.0.

Rezultati: Pacientom informacije o namestitvi na oddelek največkrat posreduje medicinska sestra na dnevnem oddelku ($n = 61$, 61 %). V povprečju se tako moški (PV = 2,28, SO = 1,424) kot ženske (PV = 1,17, SO = 1,215) ne strinjajo, da so jih po posegu z oddelka prezgodaj odpustili in da bi bilo bolje, če bi prenočili na oddelku. Statistično šibka pozitivna povezava je med informiranostjo pacientov in izvedenimi ukrepi ob pojavu zapletov po operaciji ($r = 0,171$, $p = 0,045$). V povprečju so bili pacienti v času zdravljenja povsem zadovoljni z izvedbo zdravstvene nege; navdušeni so nad prijaznostjo osebja in njihovo strokovnostjo. (PV = 4,69, SO = 0,465).

Razprava: Na podlagi raziskave smo ugotovili, da so pacienti v SBJ zadovoljni z dolžino trajanja hospitalizacije po posegu. O času zdravljenja so le-ti informirani na dnevni obravnavi kirurgije, vendar pa bi se, s strani medicinskih sester v SBJ, informiranje pacientov o zdravstveni negi moralo izboljšati.

Ključne besede: organizacija dela, zdravstvena nega, informiranost pacientov, pooperativni zapleti, zadovoljstvo pacientov

SUMMARY

Theoretical background: One-day surgery is modern, effective and economical way of surgical treatment. Surgeries in one day care are on the rise among us and also all around the world.

Objective: The goals of these thesis is to explore the success of the organization of work and nursing in daily surgical treatment, the effectiveness of patient information, the occurrence of postoperative complications in the home environment, and the patient's response to the emergence of these.

Method: We used a descriptive method of empirical quantitative research. 100 patients were enrolled in the study; the sample was 100%. To answer the research questions we used frequencies and percentages, average values, standard deviations, arithmetic mean, minimum and maximum. To analyze the differences, we used t-test and the hi-square test (p-value of statistical significance $p < 0.05$), and the Pearson correlation coefficient ($p < 0.05$) for the analysis of the relationships. The data was processed with the SPSS computer statistical software version 22.0.

Results: Most patients receive information on placement on the department by a nurse in the daytime section ($n = 61$, 61%). On average, both men ($PV = 2.28$, $SO = 1.424$), as women ($PV = 1.17$, $SO = 1.215$), do not agree that they were dismissed prematurely after the procedure from the department and that they needed overnight stay in the department. A statistically weak positive association is between patient information and measures taken in the event of complications following surgery ($r = 0.171$, $p = 0.045$). On average, patients fully agree that during the treatment they were satisfied with the implementation of nursing care and were staff friendly and professional ($PV = 4,69$, $SO = 0,465$).

Discussion: Based on the research, we found that patients in the SBJ are satisfied with the duration of hospitalization after the procedure and are otherwise informed of the time treated in the day-to-day treatment of surgery, but the information of patients on nursing care by nurses in the SBJ should be improved.

Key words: organization of work, health care, patient information, postoperative complications, patient satisfaction

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	2
2.1	DNEVNA KIRURŠKA OBRAVNAVA.....	2
2.2	USPEŠNOST DNEVNE KIRURŠKE OBRAVNAVE V TUJINI.....	5
2.3	AMBULANTNO OPERATIVNO ZDRAVLJENJE	5
2.4	KLINIČNA POT	6
2.5	KOORDINATOR PRIMERA	6
2.6	ANESTEZIOLOŠKI PREGLED IN PREISKAVE PRED OPERACIJO	8
2.7	INFORMIRANJE PACIENTA V DNEVNI OBRAVNAVI KIRURGIJE.....	8
2.8	POTEK DELA IN AKTIVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V DNEVNI KIRURŠKI OBRAVNAVI.....	9
2.8.1	Vloga zdravstvene nege v dnevni kirurški obravnavi	11
2.9	POOPERATIVNI ZAPLETI V DNEVNI KIRURŠKI OBRAVNAVI.....	12
2.10	PREMESTITEV IZ DNEVNEGA NA KLASIČNI ODDELEK IN PONOVI SPREJEM.....	12
3	EMPIRIČNI DEL	14
3.1	NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA.....	14
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	14
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	15
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	15
3.3.2	Opis merskega instrumenta	15
3.3.3	Opis vzorca.....	16
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	17
3.4	REZULTATI.....	17
3.5	RAZPRAVA	25
4	ZAKLJUČEK	31
5	LITERATURA	33
6	PRILOGE	

6.1 INSTRUMENT

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki anketiranih.....	16
Tabela 2: Trajanje hospitalizacije pacientov.....	17
Tabela 3: Povezanost med trajanjem hospitalizacije in starostjo	18
Tabela 4: Informacije o zdravljenju v dnevni obravnavi kirurgije	18
Tabela 5: Informacije glede na izobrazbo pacientov	19
Tabela 6: Prejem klica 2. ali 3. dan po operaciji s strani medicinske sestre.....	19
Tabela 7: Težave, ki so se pojavile 1. ali 2. dan po odpustu, v domačem okolju	20
Tabela 8: Ukrepi ob pojavu zapletov po operaciji.....	20
Tabela 9: Povezava med informiranostjo pacientov in ukrepi ob pojavu zapletov po operaciji	21
Tabela 10: Zadovoljstvo pacientov z organizacijo zdravstvene nege in zdravstvenim osebjem v dnevni obravnavi kirurgije	22
Tabela 11: Zadovoljstvo pacientov z organizacijo zdravstvene nege in zdravstvenim osebjem v dnevni obravnavi kirurgije glede na spol	23
Tabela 12: Povezanost med zadovoljstvom pacientov z organizacijo zdravstvene nege in zdravstvenim osebjem v dnevni obravnavi kirurgije ter stopnjo izobrazbe	24

1 UVOD

Za dnevno kirurgijo je veliko opredelitev, vendar jo je moč definirati kot stanje, ko se v enem dnevu (8-12 ur) pri pacientu izvede izbran kirurški postopek. Sprejem pacienta, operacija, okrevanje in odpust so sestavni deli postopka dnevne kirurgije (Yvet Meng & Vickers, 2013). Dnevna kirurgija oziroma operacije na dnevnem oddelku so moderen, učinkovit in ekonomičen način kirurškega zdravljenja, ki dosega visoko kakovost oskrbe in zadovoljstvo pacientov. Operativni posegi na dnevnem oddelku so v porastu tako pri nas kot tudi v svetu. Dnevni oddelek naj bi bil jasno organiziran v zaključeni enoti, ločeni od ostalih oddelkov v bolnišnici. Po vnaprej dogovorjenem protokolu in klinični poti potekata tako operativni poseg kot zdravljenje, to pa omogoča hiter proces. Zaradi boljše organizacije medicinska sestra samostojno in direktno usmerja potek zdravljenja, kar pomeni naročanje, načrtovanje, spremljanje na oddelku in po odpustu ter informacije ob odpustu (Rems, et al., 2008).

Dnevna kirurška obravnava je doživela razmah posebej v zadnjih dveh desetletjih. Razvoj zdravstvene nege pri dnevni kirurški obravnavi pacientov pa je žal ostal v ozadju. Za tako stanje v zdravstveni negi sta možna dva vzroka: neustrezno izobraževanje medicinskih sester na področju dnevne kirurške obravnave in pomanjkanje raziskav na področju dnevne kirurške obravnave z vidika zdravstvene nege (Humar, et al., 2011). Napredek v dnevni kirurgiji je konstanten. Zelo je učinkovita, če je ustrezno načrtovana in je izbira pacienta prava. Varnost pacienta je vedno na prvem mestu. Za zagotavljanje pozitivnih izidov so v dnevni kirurgiji bistveni dobra komunikacija in s standardnimi protokoli podkrepljena jasna merila za operacije v dnevni bolnišnici (Ng & Mercer Jones, 2014).

Operativni poseg ter celoten postopek zdravljenja mora potekati po vnaprej dogovorjenem protokolu. Da pa je tudi hiter proces operacije omogočen, mora biti klinična pot vnaprej določena. Podaljšanje hospitalizacije preko noči in ponovni sprejemi predstavljajo odklon. Delež le-teh pri zdravljenju se zaradi tega lahko smatra kot kazalnik kakovosti zdravstvene oskrbe (Rems, et al., 2008).

2 TEORETIČNI DEL

V teoretičnem delu je predstavljena dnevna kirurška obravnava, ki je z manj invazivnimi postopki nadomestila obsežne kirurške posege. Največkrat so uporabljene endoskopske metode (laparoskopija in artroskopija), pa tudi veliko endovaskularnih kirurgij in laserskih tehnik. Pacienti v dnevni kirurški obravnavi se lahko v domače okolje vrnejo nekaj ur po posegu in okrevajo hitreje kot po obsežnih kirurških posegih (Gibson, 2006).

2.1 DNEVNA KIRURŠKA OBRAVNAVA

V zdravstvenem statističnem letopisu (2010, p. 21) je zavedeno, da pomeni dnevna obravnava zdravstvene oskrbe osebe stanje, ki traja manj kot 24 ur in ne preko noči. Ob tem se zasedejo posebne postelje (postelje, kjer si pacienti opomorejo → postelje za posebne namene; postelje, ki niso pridružene posebnim medicinskim napravam) ali redne bolniške postelje.

Zagotovitev učinkovite kirurške oskrbe temelji na visoki stopnji načrtovanja, razporejanja in aktivnega prizadevanja za zmanjševanje zamud in odpovedi kirurških operacij in postopkov (Schubneil, et al., 2008). Rezultati raziskav in spoznanj iz leta 2012 v organizaciji Haute Autorité de Santé kažejo, da je dnevna kirurgija najbolj uporabna za rutinske kirurške posege, kot so operacije sive mreže, kile, krčnih žil in lažje operacije rok. Dnevna kirurška obravnava se je dobro razvila tako v Franciji kot tudi v drugih državah. Razvila se je že tako dobro, da se izvajajo tudi bolj kompleksni posegi kot so operacije rame, ščitnice, žolčnika, gastroezofagealnega refluksa in debelosti.

Mottram (2009), v svoji raziskavi ugotavlja, da se dnevna kirurgija dobro odraža tudi z izkušnjami pacientov. Večina pacientov je s takšnim načinom dela zadovoljna, ker že nekaj ur po specifični operaciji lahko zapusti bolnišnico. Nega se nato nadaljuje v domačem okolju, kjer za pacienta poskrbijo družinski člani; včasih pa so za to skrbele posebej usposobljene medicinske sestre.

Rems, et al. (2008) navajajo, da se morajo vsi pacienti po opravljenem pregledu v ambulanti strinjati z opravljanjem posega na dnevnem oddelku. S kirurgom se dogovorijo za operativni poseg in prejmejo vse potrebne informacije o posegu. Kunčič Mandelc in Barovič (2010) razlagajo, da se kirurg ob prvem pregledu odloči, kateri pacienti so primerni za operacijo na dnevnem oddelku. V Splošni bolnišnici Jesenice (v nadaljevanju SBJ) so na dnevnem oddelku operirani *lahki pacienti*, ki po klasifikaciji ASA (American Society of Anesthesiologists) padejo v skupini ASA1 in ASA2. To so načeloma zdravi posamezniki oziroma posamezniki z nadzorovano kronično boleznijo, ki redno jemljejo zdravila in redno obiskujejo svojega zdravnika ali internista. Obolenje je pri njih v stabilni fazi. Kirurg oceni, da je operativni postopek primeren za operacijo na dnevnem oddelku (enostaven, brez tveganja) s pred-operativno oceno (Ng & Mercer Jones, 2014).

V SBJ se na dnevnem oddelku v okviru dnevne kirurške obravnave izvajajo artroskopija, manjši ginekološki posegi, operacija dimeljske kile, odstranitev osteosintetskega materiala, operacija Dupuytrenove kontrakture in drugi posegi (operacija Bankerjeve ciste, popkovne kile, lipoma, sterilizacija pri moškem, itd.) (Kunčič Mandelc & Barovič, 2010).

Segerdahl, et al. (2008) navajajo, da so operacije na dnevnem oddelku posebej primerne za otroke in mladostnike, ker se na ta način ne ločijo od staršev. Prav tako dnevni oddelek predstavlja prednost za starejše, ker ne izgubijo orientacije zaradi daljše hospitalizacije in se prej vrnejo v domače okolje. Prednosti dnevne kirurške obravnave so tudi zmanjšanje po-operativnih zapletov, nižja verjetnost prenosa bolnišničnih okužb, manjše čakalne dobe in nižji stroški zdravljenja (Yvet Meng & Vickers, 2013). Tudi Humar (2009) izpostavlja kot prednost dnevne kirurške ambulante manjšo verjetnost za bolnišnične okužbe, hitro okrevanje in krajšo hospitalizacijo.

Kazalniki kakovosti kažejo kakovost zdravstvene oskrbe in so statistične ali druge merljive enote. Posredno ali neposredno prikazujejo uspešnost delovanja oddelka in tima. Kazalniki kakovosti so opredeljeni kot merilno orodje, ki prikazuje izide obravnave pacientov in ostalih uporabnikov. Uporabljajo se za ocenjevanje, spremljanje

in izboljševanje kakovosti obravnave pacientov, kliničnih storitev ter podpornih dejavnosti. Poznamo splošne kazalnike kakovosti zdravstvene oskrbe, klinične specifične kazalnike kakovosti in kazalnike izidov pacientovega sedanjega ali prihodnjega zdravstvenega stanja (Robida, 2006). Rems, et al. (2008) navajajo, da kazalniki kakovosti niso namenjeni le primerjavi med bolnišnicami, temveč so predvsem namenjeni izboljšavi procesa v ustanovi sami. Na oddelkih bi kazalnike morali večkrat uporabljati, saj v praksi zdravstvene ustanove redko sistematično iščejo vzroke za odklone in uvajajo melioracije.

V Zakonu o pacientovih pravicah (Ur. l. 15, 2008) je opredeljeno, da ima:

- »Pacient pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe v skladu z medicinsko doktrino.
- Primerna zdravstvena oskrba je tista, ki je skladna s pacientovimi potrebami ter zmožnostmi zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji in temelji na enostavnih, preglednih in prijaznih administrativnih postopkih ter vzpostavlja s pacientom odnos sodelovanja in zaupanja.
- Kakovostna zdravstvena oskrba je tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta.
- Varna zdravstvena oskrba je tista, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi s samim zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev.«

Suhonen, et al. (2007) navajajo, da je potrebno oceniti kakovost interakcij med pacientom in medicinsko sestro z namenom zagotoviti pacientu primerno zdravstveno nego. Upoštevati je potrebno tudi pacientove izkušnje in njihov pogled na situacijo. V dnevni kirurški obravnavi zdravstvena nega predstavlja večji izziv, saj mora biti zaradi časovne omejenosti učinkovitejša, pacientu morajo biti posredovane jasne informacije (Lindič, et al., 2010). Če je pacient dovolj informiran, se lažje pripravi na kirurški poseg, saj s pridobljenim znanjem sodeluje pri zdravljenju. Prav informiranost, in

razumevanje teh informacij, odpravlja anksioznost, ki se lahko pojavi pred operacijo (Lindič, et al., 2010).

Humar (2009) pravi, da se informiranje in poučevanje pacientov navezujeta na intervencije zdravstvene nege in spadata pod kompetence medicinske sestre.

2.2 USPEŠNOST DNEVNE KIRURŠKE OBRAVNAVE V TUJINI

Rems, et al. (2008) v svoji raziskavi navajajo, da so že leta 1999 v Veliki Britaniji predvidevali, da bi bilo do leta 2000 možno opraviti polovico planiranih operacij v dnevnem oddelku, v prihodnosti pa naj bi se ta odstotek dvignil na tri četrtine. V Združenih državah Amerike je bilo ob prelomu tisočletja v dnevni bolnišnici opravljeno kar 65% programskih operacij. Sočasno s porastom deleža operacij v dnevni bolnišnicah se dvigajo tudi pričakovani kakovostni standardi.

Rezultati raziskav in spoznanj iz leta 2012 na Haute Autorité de Santé kažejo, da so države z najvišje razvitimi stopnjami dnevne kirurgije države kot Danska, Nizozemska, Švedska in Norveška. Stopnja dobrega razvoja dnevne kirurgije je posledica ideje za zmanjševanje čakalnih dob in močne volje za zmanjšanje le-teh v državah kot so Danska, Španija, Velika Britanija, Avstralija in Nova Zelandija (Ahmad, et al., 2014).

Ng in Mercer Jones (2014) navajata, da v Veliki Britaniji predstavljajo 75 % vseh kirurških posegov posegi opravljene v dnevni kirurški obravnavi. Dnevna kirurgija se zaradi stalnih izboljšav na področju kirurgije in anesteziologije širi in razvija po svetu. Zapletom po splošni anesteziji se je najlažje izogniti z uporabo regionalne in lokalne anestezije.

2.3 AMBULANTNO OPERATIVNO ZDRAVLJENJE

Zaradi mnogih prednosti, ki jih le ta prinaša, se v zadnjem času nagibamo k vse krajšim ležalnim dobam, zato se izvajajo posegi, za katere je še ne dolgo nazaj veljalo, da morajo biti pacienti hospitalizirani, v ambulantah. (Jeraj Uršič & Ostrožnik, 2006). Ahmad, et al. (2014), v svoji raziskavi navajajo, da v Kanadi letno opravijo več kot

40.000 postopkov v ambulantni kirurgiji z zelo nizkim nivojem kirurških zapletov. menijo, da to dosegajo z ustrezno akreditacijo ambulantno-kirurških oddelkov, ustrezno varnostjo pacienta v času obravnave, povezanimi standardi zdravstvene nege, s pravilnim izborom pacientov za takšne operacije in z ustrezno usposobljenimi zdravstvenimi delavci.

2.4 KLINIČNA POT

Klinična pot je orodje, ki temelji na z dokazi podprti medicini, zdravstveni negi in krajevni organizaciji, s katerim je opredeljen standardni načrt več-disciplinarne zdravstvene oskrbe tipične vrste pacientov z določenim obolenjem ali načrtovanim posegom. Uporaba kliničnih poti omogoča (Robida & Yazbeck, 2006):

- zmanjševanje števila odklonov od najboljšega načina zdravljenja,
- doseganje visokih standardov zdravstvene obravnave,
- spodbujanje skupinskega dela in sodelovanja med zdravniki, medicinskimi sestrami, farmacevti in drugimi člani več-disciplinarnega tima,
- boljše komunikacije med zaposlenimi zdravstvenimi delavci, njihovimi sodelavci in pacientom,
- izboljševanje dosedanjih rešitev.

Rems, et al. (2008) navajajo, da se zapleti med ali po operaciji in premestitev pacienta na klasični oddelek s strani odpustnega zdravnika beležijo kot odklon klinične poti. Tudi pregledi v primeru komplikacij se po odpustu pacienta z dnevne kirurgije beležijo kot odklon klinične poti.

2.5 KOORDINATOR PRIMERA

V dnevni bolnišnici operativnih strok je zaradi potrebe po boljši organizaciji uvedeno delovno mesto »case manager« oziroma koordinatorica zdravljenja. Za to delovno mesto je kvalificirana diplomirana medicinska sestra, ki celoten proces zdravljenja usmerja direktno in samostojno (Hafner, 2011).

Rems, et al. (2008), v svoji raziskavi navajajo, da se je vloga medicinske sestre z uvajanjem modela »*case management*« spremenila. Postala je koordinatorica, ki mora znati učinkovito komunicirati in koordinirati delo v multidisciplinarnem timu. Zagotavlja kakovostno zdravstveno oskrbo in kontinuiteto zdravstvene nege in oskrbe. To delo je zahtevno, pričakuje se veliko znanja in izkušenj. V praksi ves čas sodeluje z ostalimi člani tima in rešuje probleme, se pogaja, pospešuje dogajanja in seveda izpostavlja bolnikove potrebe po zdravstveni negi.

Ob pomembnem pacientovem dogodku je sestra koordinatorica njegov spremljevalec, zaupnik ter vodja po klinični poti celotnega procesa. Na ta način se aktivnost, ki jo potrebuje pacient, izvede pravočasno, hitro in brez nepotrebnega čakanja. Igra osrednjo vlogo pri koordinaciji, pri izboljšanju kakovosti in pri racionalnosti, pri vzpostavljanju standardov in okolja, ki vzpodbuja tako oskrbo. Pred in po posegu vstopa tudi v prostor primarne oskrbe, saj se komunikacija prične in zaključi prav tam (Mira, et al., 2015).

Koordinator spremlja pacienta že doma, ga pripravlja na poseg in skrbi, da je ob odhodu domov optimalno pripravljen. Načrtuje in usklajuje program. Spremlja izvajanje, spremlja odklone, beleži odpadle in prenaročene paciente. Sočasno je del tima na oddelku. Tam sodeluje pri načrtovanju odpusta. S koordinacijo poskrbi, da je ležalna doba kratka, da je pacientov prehod od doma do bolnišnice in nazaj domov čim mehkejši (Mulalič & Rems, 2016).

Dva tedna pred predvideno operacijo se koordinatorica primera s pacientom dogovori o podrobnostih sprejema in odpusta. V dnevni kirurški ambulanti morajo biti operativni posegi končani pred 15. uro, da so potem pacienti z navodili in popolno dokumentacijo med 19. in 20. uro zvečer odpuščeni domov. Koordinatorica dva dni po odpustu pacienta preveri po telefonu, vpraša ga po počutju in o zdravstvenem stanju; povpraša po bolečinah in ali so se pojavili morebitni zapleti. V primeru težav koordinatorica po lastni presoji naroči pacienta na kontrolni pregled k operaterju ali osebnemu zdravniku (Rems, et al., 2008).

2.6 ANESTEZIOLOŠKI PREGLED IN PREISKAVE PRED OPERACIJO

Brdnik (2009) razlaga, da v anesteziološki ambulanti anesteziolog opravi klinični predoperativni pregled, posebno anesteziološko anamnezo in laboratorijske ter druge instrumentalne preiskave. Pacientu mora anesteziolog pojasniti anestezijsko tehniko in direktno elementarno pripravo na anestezijo ter mu glede na predhodno ocenjeno duševno stanje predpisati pomirjevala in uspavala.

Intravenski anestetiki, ki se uporabljajo pri dnevni obravnavi v kirurgiji so midazolam, propofol, ketamin, etomidat, opioidni analgetiki, sufentanil, fentanil, remifentanil in alfentanil. Za lokalno anestezijo se uporabljajo lidokain, bupivakain, ropivakain in levobupivakain (Maldini & Ajkholt, 2012).

2.7 INFORMIRANJE PACIENTA V DNEVNI OBRAVNAVI KIRURGIJE

V klinični praksi je pomembno odkrivanje in zmanjševanje vrzeli med izvajanjem zdravstvene oskrbe in zdravstvene nege ter pričakovanji in izkušnjami pacientov. Izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave je mogoče le z vrednotenjem izvajanja le-te. Ključni elementi za zagotavljanje zadovoljstva pacientov z zdravstveno nego so izboljšanje komunikacijskih sposobnosti, informiranje, poučevanje, zagotavljanje zasebnosti ter usmerjenosti zdravstvene nege v pacienta (Humar, et al., 2011).

Pacienti pogosto pridobijo informacije od prijateljev ali družine ali pa na spletu, ne pa neposredno od zdravnika-operaterja. To lahko vodi do napačnih predstav o posegu in načinu zdravljenja, zato je boljše, da se pacienti ne poslužujejo pridobivanja informacij od prijateljev, natančna navodila, ki naj jim pacienti prisluhnejo, dobijo le in izključno pri zdravniku-operaterju (Fraval, et al., 2015).

Mitchell (2014), je v svoji raziskavi prišel do zaključka, da pomanjkanje informacij po operaciji lahko škoduje pacientu, saj ob pojavu po-operativne bolečine ali anksioznosti lahko v domačem okolju ravna nasprotno, kot bi moral. Zato meni, da je kakovostno informiranje in komuniciranje med osebjem in pacientom v času obravnave ključno in zelo pomembno za nemoteno okrevanje doma. Zaradi vse večje zahtevnosti in zaradi

razvoja dnevne kirurgije bo imela komunikacija s pacientom v času obravnave in tudi doma ključno vlogo za uspešno prakso.

Raziskave kažejo, da prihaja do nezadostnega informiranja pacientov o po-operativnih zapletih tudi zato, ker imajo zdravstvene organizacije omejeno število pripomočkov za izobraževanje, zdravstveno osebje ima premalo časa za izvajanje le-tega. Na izobraževanje pacientov lahko vplivajo tudi jezikovne prepreke. (Kar-ye & Winnie, 2008).

2.8 POTEK DELA IN AKTIVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V DNEVNI KIRURŠKI OBRAVNAVI

V bolnišnicah so potrebni inovativni modeli zdravstvene nege s hotenimi izidi, usmerjenimi k potrebam in pričakovanju pacientov, spremembi položaja zdravstvene nege, rezultatov, uspešnejši rabi virov in prikazu merljivega napredka v zadovoljstvu pacientov in kakovosti izidov (Kimball & Joynt, 2007).

Aktivnosti medicinske sestre, ki jih izvaja v dnevni kirurški obravnavi, ima Splošna bolnišnica Slovenj Gradec (2007, str. 24 – 26). Opisane v naslednjem seznamu:

- *»Higienska oskrba pacienta in preoblačenje:* poteka v kopalnici; tu se pacient preobleče. Po končani higieni oskrbi se pacienta namesti v bolniško sobo.
- *Meritev vitalnih funkcij:* telesna temperatura, krvni tlak, srčni utrip, frekvenca dihanja, sledi še tehtanje in merjenje telesne višine, to dokumentira v klinično pot.
- *Negovalna anamneza:* medicinska sestra-koordinatorka v pogovoru s pacientom, ki se odvija ločeno od ostalih pacientov, izpolni negovalno anamnezo in v klinično pot dokumentira zdravila, ki jih pacient jemlje, znane alergije, uporabo pripomočkov (očala, leče, proteza, bergle), morebitni prehladi.
- Po izpolnjeni negovalni anamnezi medicinska sestra koordinatorka in pacient skupaj preverita *dokumentacijo za operativni poseg*; pacienta seznanita s potekom namestitve na oddelek in z aktivnostmi v času bivanja v bolnišnici; predstavi mu klinično pot. Skupaj izpolnita prvi del klinične poti, ki zajema pripravo na operacijo. Pacienta pouči o bolečini in vodenju le-te po operativnem posegu v bolnišnici in doma.

- *Prehranjevanje in pitje*: pacient je tešč.
- *Žilni pristop in terapija*: vstavi se venozna kanila, zapiše se velikost kanile. Po zdravnikovem naročilu se aplicira infuzijska tekočina in premedikacija.
- *Priprava operativnega polja*: operacijsko mesto se obrije neposredno pred operacijo, kar zmanjša nevarnost razvoja bakterij
- *Izločanje*: pacienta se pouči o izpraznitvi mehurja pred odhodom v operacijsko sobo.
- *Izogibanje nevarnostim v okolju*: pacient odstrani nakit ter ortodontske pripomočke. Pospremi se ga v operacijsko sobo.
- *Obdobje po operaciji*: anestezijska medicinska sestra preda pacienta iz operacijske sobe medicinski sestri na oddelku dnevne bolnišnice po klinični poti; obdobje imenujemo po-operativno obdobje, ki traja do odpusta pacienta v domačo oskrbo.
- *Opazovanje pacienta*: merijo se vitalne funkcije, opazujejo se preveza operativne rane, slabost in bolečina.
- *Žilni pristop*: po izteku predpisane infuzijske tekočine se veno kanilo do odpusta pacienta zapre z obturatorjem.
- *Terapija*: po naročilu zdravnika medicinska sestra poskrbi, da pacient vzame redno terapijo, ostalo terapijo aplicira po zdravnikovem naročilu.
- *Izogibanje nevarnostim v okolju*: klicno napravo namestimo v doseg rok.
- *Prehranjevanje in pitje*: po lokalni anesteziji lahko pacient takoj po posegu prične uživati tekočino, pri tem ga sestra vzpodbuja; hrano lahko začne uživati uro po posegu.
- *Izločanje*: kontrolira se uriniranje. Zabeleži se prvo uriniranje.
- *Gibanje in ustrezna lega*: pacienta se namesti v položaj, ki mu najbolj ustreza. Spodbuja se ga k razgibavanju v postelji, ob prvem posedanju in vstajanju ima spremstvo medicinske sestre.
- *Vodenje bolečine po lestvici VAS*: bolečino pacient oceni takoj po prihodu iz operacijske sobe, nato vsaki dve uri, v predelke klinične poti se dokumentira stopnja bolečine ter se po navodilu zdravnika apliciran analgetik.
- V odpustnem delu, ki ga po klinični poti imenujemo „ocena stanja pacienta ob odpustu“ v predelke klinične poti zapišemo:

- klinične meritve pred odpustom - meritev vitalnih funkcij.
 - žilni pristop: odstranimo še vensko kanilo, ocenimo vbodno mesto.
 - gibanje: oceni se, ali je pacient sposoben hoditi.
 - komunikacija: oceni se, ali je stanje zavesti enako kot ob sprejemu.
 - opazovanje operativne rane: zapiše se stanje operativne rane in morebitno prekrvavitev, prevez rane in pregled rane odpustnega zdravnika.
 - svetovanje: pacient mora pred odhodom domov dobiti ustna in pisna navodila v zvezi z bolečino, prehrano, telesno temperaturo, opazovanjem operativne rane in po-operativno kontrolo, kar se potrdi s podpisom medicinske sestre v predelek klinične poti. To pomeni, da je pacient informacije dobil in razumel.
- *Po-operativna kontrola:* v predelek klinične poti se zapiše, kje naj pacient opravi prvi pregled po operaciji: pri osebnem zdravniku ali v kirurški ambulanti. Medicinska sestra napiše poročilo zdravstvene nege ob odpustu in pripravi odpustno dokumentacijo. Ko zdravnik odredi, lahko pacient zapusti bolnišnico, običajno okoli 18. ure zvečer; na koncu se zabeleži čas odhoda pacienta domov, podpis medicinske sestre in odpustnega zdravnika.«

Ng in Mercer Jones (2014) navajata, da so kriteriji za odpust pacienta po operaciji v dnevni kirurški obravnavi ustrezno nadzorovana bolečina, skoraj nični učinki protibolečinskih zdravil po operaciji, vitalna stabilnost pacientov, brez po-operativnih zapletov. Pri sladkornih bolnikih mora biti nivo glukoze v krvi stabilen. Vsak pacient po operativnem posegu mora urinirati pred odpustom.

2.8.1 Vloga zdravstvene nege v dnevni kirurški obravnavi

Dnevna obravnava je način obravnave pacienta, kjer so terapevtske, diagnostične, rehabilitacijske in negovalne zdravstvene storitve izvedene na sekundarni ravni. Pacient ne biva v bolnišnici in postopek obravnave ne traja preko noči oziroma tako kot ureja Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. 15, 2008). Berg, et al. (2013) razlagajo, da je vloga zdravstvene nege pri dnevni kirurški obravnavi izrednega pomena, saj mora medicinska sestra pacientu pri dnevni obravnavi predstaviti po-operativne bolečine in

mu povedati, kako postopati, če doma dobi takšne bolečine. Navaja, da je zelo pomembno, da medicinska sestra pacienta dan po odpustitvi z dnevne kirurške obravnave pokliče, preveri njegovo stanje in predlaga ukrepe ob morebitnih zapletih.

2.9 POOPERATIVNI ZAPLETI V DNEVNI KIRURŠKI OBRAVNAVI

Rezultati spoznanj iz organizacije Haute Autorité de Santé iz leta 2012, nam povejo, da zapleti med in po operaciji lahko vplivajo na podaljšanje bivanja ali na ponovni sprejem pacienta in s tem zmanjšujejo zadovoljstvo pacientov samih. Zdravstveni tim, ki sodeluje na dnevni kirurški obravnavi, mora zato takšne težave predvideti že v naprej in jih poizkušati omejiti, v kolikor je to mogoče.

Rems, et al. (2008), v svoji raziskavi navajajo, da je najpogostejši po-operativni zaplet bolečina, ki jo občuti skoraj tretjina pacientov. Navajajo tudi, da ta sicer ni razlog za ponovni sprejem, je pa prvi vzrok za obisk osebnega zdravnika. Menijo, da ta podatek nakazuje na potrebo po intenzivnejšem informiranju pacientov in svojcev tudi o po-operativnem poteku. Ob odpustu iz dnevne kirurške enote so pacient in njegovi družinski člani lahko zaskrbljeni, kako bo nadaljnje okrevanje potekalo doma. Raziskave so pokazale, da okrevanje lahko ovirajo nepričakovani zapleti, ki lahko pacientu povzročajo anksioznost (Motram, 2009).

2.10 PREMESTITEV IZ DNEVNEGA NA KLASIČNI ODDELEK IN PONOVNI SPREJEM

Rems, et al. (2008), v svoji raziskavi navajajo, da so najpogostejši vzroki za premestitev anesteziološki, nato kirurški, medicinski in ostali. Navajajo tudi, da je dejavnik tveganja za premestitve ali ponovne sprejeme lahko tudi zdravnik-anesteziolog. V njihovi analizi se kaže potreba po še boljši standardizaciji anestezioloških postopkov. Pacientovi želji o izboru anestezije je potrebno dodati bolj podrobno informacijo o možnih posledicah in po-operativni analgeziji. Slaba kontrola analgezije oslabi dobre učinke dnevne obravnave. Verjetnejši vzrok za povečan delež sprejemov in ponovnih sprejemov je tudi nenatančen izbor pacientov in slabša kirurgova presoja o tem, kateri poseg je primeren za zdravljenje v dnevnem oddelku.

Raziskave organizacije Haute de Autorite de Sante iz leta 2012 so v Franciji pokazale, da so najpogostejši vzroki za premestitev ali ponovni sprejem pacienta bolečina, retenca urina, infekcija ali tromboembolični zapleti. Ministrstvo za zdravje (2015) v svoji raziskavi ugotavlja, da smo v Sloveniji po oceni optimizacije zdravstvene oskrbe nekoliko slabši pri zagotavljanju kontinuitete (sledljivost gibanja pacienta v zdravstvenem sistemu) in celovitosti obravnave, kar lahko privede do ponovnih hospitalizacij in dodatnih potreb zdravstvene oskrbe; ovire za te probleme pa so:

- pomanjkanja časa za celostno obravnavo pacienta (najpogosteje naveden izziv),
- nejasno definirane vloge in odgovornosti različnih profilov zdravstvene oskrbe,
- pomanjkljiva kontinuiteta oskrbe v primarnem zdravstvu, med primarno in sekundarno ravniyo,
- premalo možnosti za skupno sprejemanje odločitev med primarno in sekundarno ravniyo,
- ni povezanosti na relaciji informacijska tehnika - tehnologija ter izmenjave podatkov,
- premajhna samostojnost patronažne sestre (izvajanje del po naročilu zdravnika),
- pomanjkanje standardizirane odpustne dokumentacije in postopkov, ki bi omogočili izmenjavo odpustne dokumentacije med družinskim zdravnikom in ali med patronažno sestro ali domovi za ostarele.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati uspešnost organizacije dela v dnevni kirurški obravnavi, uspešnost informiranja pacientov, pojav po-operativnih zapletov v domačem okolju in ukrepanje pacientov ob pojavu le-teh ter splošno in organizacijsko zadovoljstvo pacientov s takšnim načinom zdravljenja.

V diplomskem delu smo postavili naslednje cilje:

- C1:** ugotoviti mnenje pacientov o dolžini trajanja hospitalizacije po posegu,
- C2:** ugotoviti informiranost pacientov v času zdravljenja v dnevni obravnavi kirurgije in način informiranja,
- C3:** ugotoviti zaplete, ki jih pacient doživlja prvi ali drugi dan po odpustu in ukrepe ob pojavu le-teh,
- C4:** ugotoviti zadovoljstvo pacientov z organiziranostjo zdravstvene nege in zdravstvenim osebjem v dnevni obravnavi kirurgije.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- R1:** Kakšno je mnenje pacientov o dolžini trajanja hospitalizacije po posegu?
- R2:** Koliko informacij pridobijo pacienti v času zdravljenja v dnevni obravnavi kirurgije in kdo jih posreduje?
- R3:** Kakšne težave so imeli pacienti prvi ali drugi dan po odpustu in kako so ob njih ukrepali?
- R4:** Kakšno je zadovoljstvo pacientov z organizacijo zdravstvene nege in zdravstvenim osebjem v dnevni obravnavi kirurgije?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V diplomskem delu smo uporabili deskriptivno metodo empiričnega kvantitativnega raziskovanja. V teoretičnem delu smo opisali to metodo na podlagi pregleda virov in literature preučevane tematike. Za iskanje gradiva smo uporabili gradiva tujih in domačih avtorjev. Pri iskanju člankov smo se omejili od leta 2006 do 2018, omejitvev smo upoštevali v celotnem diplomskem delu. Literaturo smo iskali preko spletne virtualne knjižnice Cobiss in knjižnice Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Za iskanje tujih in domačih člankov smo uporabili strokovne podatkovne baze kot so Dkum, Pubmed, Cinahl in Proquest. Nekateri znanstveni članki so bili recenzirani. Za iskanje slovenske literature smo uporabili ključne besede: zdravstvena nega, kirurgija, ambulantno zdravljenje, dnevna obravnava, po-operativni zaplet. Za iskanje tuje literature pa: ambulatory surgery, day surgery, outpatient department, health care, postoperative care.

V empiričnem delu diplomskega dela je bil uporabljen kvantitativni raziskovalni pristop. Podatke smo zbrali s tehniko anketiranja na podlagi lastnega strukturiranega vprašalnika, ki je bil izdelan v namen raziskave. Anketirali smo paciente Splošne bolnišnice Jesenice, podatke smo kvantitativno obdelali.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Raziskavo smo izvedli s pomočjo vprašalnika, ki vsebuje 10 vprašanj. Vprašalnik je bil sestavljen na podlagi pregleda literature. Vprašalnik smo povzeli po vprašalniku iz diplomskega dela Hafnerjeve (2009) in po spoznanjih raziskave Humarjeve in sodelavcev (2011). Prvi del je sestavljen iz demografskih podatkov (spol, starost, izobrazba), v nadaljevanju je razdeljen na vsebinske sklope in vsebuje trditve s področja zdravstvene nege v dnevni obravnavi kirurgije, s področja informiranosti pacientov, mnenja pacientov o uspehu organiziranosti zdravstvene nege na oddelku in pojava po-operativnih zapletov in ukrepanja ob njihovem pojavu. Največ vprašanj je zaprtega tipa, vsebuje tudi vprašanja po Likertovi lestvici s trditvami od 1 do 5 (1 - popolnoma se ne

strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - sem neopredeljen, 4 - se strinjam, 5 - se popolnoma strinjam).

Zanesljivost vprašalnika smo preverili pri zadnjem vprašanju s trditvami, in sicer s Cronbachovim koeficientom zanesljivosti (Cencič, 2009). Zanesljivost vprašalnika je bila v našem primeru visoka ($\alpha = 0,824$).

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili namenski, priložnostni vzorec pacientov, ki so bili obravnavani v dnevni obravnavi kirurgije. V raziskavo je bilo zajetih 100 pacientov. Anketo so izpolnili doma, po že opravljenem zdravljenju v dnevni obravnavi kirurgije. Ankete jim je razdelila medicinska sestra ob odpustu z dnevnega oddelka. Realizacija vzorca je bila 100 %.

Tabela 1 prikazuje demografske podatke anketiranih. Kot je razvidno, je bilo anketiranih 57 (57 %) moških in 43 (43 %) žensk. Več kot polovica anketiranih ($n = 56$, 56 %) ima srednješolsko izobrazbo. V povprečju so anketirani stari 57,19 let ($SO = 13,253$) in so povprečno čakali 5,84 mesecev na poseg ($SO = 3,994$).

Tabela 1: Demografski podatki anketiranih

		n	%
Spol	Moški	57	57
	Ženski	43	43
	Skupaj	100	100
Stopnja izobrazbe	Osnovna šola	22	22
	Srednja šola	56	56
	Višja	14	14
	Visoko strokovna	3	3
	Univerzitetna in več	5	5
	Skupaj	100	100
Starost	PV	57,19	
	SO	13,253	
Doba čakanja na poseg v mesecih	PV	5,84	
	SO	3,994	

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež, PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala jeseni 2017, ko smo pridobili soglasje Komisije za znanstveno-raziskovalno in razvojno dejavnost Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in soglasje Splošne bolnišnice Jesenice za izvedbo anketiranja. Vprašalnik so pacienti prejeli ob odpustu in so ga poslali na priloženi naslov poleg vprašalnika. Vsa primerna navodila za reševanje vprašalnika so bila dodana pri vprašanjih. Anketiranim je bila zagotovljena anonimnost pri oddaji izpolnjenih vprašalnikov. Za obdelavo podatkov smo uporabili program za obdelavo podatkov Microsoft Excel in SPSS. Demografske podatke smo obdelali z deskriptivno metodo dela, statistične podatke pa smo ugotavljali s T-testom, Pearsonovo korelacijo in Hi kvadrat testom. Podatke, ki smo jih pridobili, pa smo prikazali s pomočjo grafov in tabel.

3.4 REZULTATI

Rezultate bomo predstavili po raziskovalnih vprašanjih.

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšno je mnenje pacientov o dolžini trajanja hospitalizacije po posegu?

Tabela 2 prikazuje mnenja anketiranih glede trajanja hospitalizacije po posegu. V povprečju se tako moški (PV = 2,28, SO = 1,424) kot ženske (PV = 1,17, SO = 1,215) ne strinjajo, da so bili po posegu iz oddelka odpuščeni prezgodaj in da bi potrebovali prenočitev na oddelku. Do pomembnih statističnih razlik med spoloma ne prihaja, zato lahko ničelno hipotezo potrdimo ($p = 0,101$).

Tabela 2: Trajanje hospitalizacije pacientov

	Spol	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Menim, da sem bil/a po posegu iz oddelka odpuščen/a prezgodaj, potreboval/a bi prenočitev na oddelku.	Moški	57	2,28	1,424	2,743	0,101
	Ženski	43	1,17	1,215		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzore ; p = statistična značilnost ($p < 0,05$); Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

V tabeli 3 je prikazana povezanost med trajanjem hospitalizacije in starostjo. Prihaja do statistično pomembne povezanosti med spremenljivkama ($p = 0,049$), zato ničelno hipotezo zavrnamo in sprejmemo nasprotno – starejši anketirani so bolj kot mlajši mnenja, da so bili po posegu z oddelka odpuščeni prezgodaj in bi potrebovali prenočitev na oddelku.

Tabela 3: Povezanost med trajanjem hospitalizacije in starostjo

		Vrednost	Stopnja prostostnih stopenj	p
Trajanje hospitalizacije	Hi kvadrat test (a)	17,687	11	0,049
Starost				

Legenda: p = statistična značilnost ($p < 0,05$)

Raziskovalno vprašanje 2: Koliko informacij pridobijo pacienti v času zdravljenja v dnevni obravnavi kirurgije in kdo jih posreduje?

Tabela 4 prikazuje, kdo pacientom poda informacije o namestitvi na oddelk in informacijo o okrevanju v domačem okolju ob odpustu. Največkrat pacientom informacije o namestitvi na oddelk posreduje medicinska sestra na dnevnem oddelku ($n = 61, 61\%$). Prav tako medicinska sestra največkrat posreduje informacij o okrevanju v domačem okolju ob odpustu ($n = 62, 62\%$).

Tabela 4: Informacije o zdravljenju v dnevni obravnavi kirurgije

		n
Posredovanje informacij o namestitvi na oddelk	Kirurg	11
	Administrator v bolnišnici	17
	Medicinska sestra na dnevnem oddelku	61
	Medicinska sestra v kirurški ambulanti	2
	Medicinska sestra-koordinator dela v dnevni obravnavi kirurgije	9
	Skupaj	100
Posredovanje informacij o okrevanju v domačem okolju ob odpustu	Medicinska sestra	62
	Zdravnik	34
	Administrator	4
	Skupaj	100

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Tabela 5 prikazuje informacije glede na izobrazbo pacientov. Anketirani se v povprečju popolnoma strinjajo, da jim je zdravnik anesteziolog posredoval vse potrebne informacije (trajanje anestezije, možnost po-operativnih zapletov, protibolečinsko terapijo) (PV = 4,38, SO = 0,763), da so ob odpustu prejeli vse potrebne informacije, kot so navodila za terapijo doma, možnost pojava po-operativnih zapletov (PV = 4,86, SO = 0,427) in da so prejeli informacije, kako ukrepati ob pojavu po-operativnih zapletov (PV = 4,72, SO = 0,683). Do statistično pomembne povezave med informacijami in izobrazbo pacientov ne prihaja, zato ničelno hipotezo zopet sprejmemo ($p = 0,947$).

Tabela 5: Informacije glede na izobrazbo pacientov

	n	PV	SO	Izobrazba
				Statistična značilnost (2-stranska) hi-kvadrat (p)
Zdravnik anesteziolog mi je posredoval vse potrebne informacije (trajanje anestezije, možnost po-operativnih zapletov, protibolečinsko terapijo).	100	4,38	0,763	0,947
Ob odpustu sem prejel/a vse potrebne informacije, kot so navodila za terapijo doma, možnost pojava po-operativnih zapletov.	100	4,86	0,427	
Prejel/a sem tudi informacije, kako ob pojavu po operativnih zapletih ukrepati.	100	4,72	0,683	

Legenda: n = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; p = statistična značilnost ($p < 0,05$)

Raziskovalno vprašanje 3: Kakšne težave so imeli pacienti prvi ali drugi dan po posegu in kako so ob njih ukrepali?

Tabela 6 prikazuje prejem klica 2. ali 3. dan po operaciji s strani medicinske sestre. Večina pacientov ($n = 91, 91\%$) je klic prejela.

Tabela 6: Prejem klica 2. ali 3. dan po operaciji s strani medicinske sestre

	n	
Ali ste 2. ali 3. dan po operaciji prejeli klic na dom od medicinske sestre?	Da	91
	Ne	9
	Skupaj	100

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

V tabeli 7 so prikazane težave, ki so pri pacientih pojavile 1. ali 2. dan po odpustu, v domačem okolju. Nekaj več kot polovico pacientov ($n = 61$, 61 %) je občutilo bolečino. Slabo je bilo 6 pacientom (6 %), krvaveli so 3 pacienti (3 %), največ pacientov pa je imelo na operativnem mestu oteklino ($n = 65$, 65 %). Pacientov brez težav je bilo 38 % ($n = 38$).

Tabela 7: Težave, ki so se pojavile 1. ali 2. dan po odpustu, v domačem okolju

		n
Težave, ki so se pojavile 1. ali 2. dan po odpustu, v domačem okolju	Slabost	6
	Bolečina	61
	Krvavitev	3
	Oteklina	65
	Ni bilo težav	38

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Tabela 8 prikazuje ukrepe pacientov ob pojavu zapletov po operaciji. Večina pacientov ($n = 80$, 80 %), ki so imeli težave 1. ali 2. dan po odpustu, v domačem okolju ni ukrepala, saj se jim ni zdelo potrebno. Zdravniško pomoč je poiskal 1 pacient (1 %). Ukrepe na spletu je poiskalo 5 % pacientov ($n = 5$), za nasvet so družino ali prijatelje vprašali 3 pacienti (3 %).

Tabela 8: Ukrepi ob pojavu zapletov po operaciji

		n
Ukrepi ob pojavu zapletov po operaciji	Nisem ukrepal/a saj se mi ni zdelo potrebno	80
	Poiskal/a sem zdravniško pomoč	1
	Ukrepe sem poiskal/a na spletu	5
	Za nasvet sem vprašal/a družino ali prijatelje	3

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

V tabeli 9 je prikazana povezava med informiranostjo pacientov in ukrepi ob pojavu zapletov po operaciji. Statistično šibka pozitivna povezava je med informiranostjo pacientov in izvedenimi ukrepi ob pojavu zapletov po operaciji ($r = 0,171$, $p = 0,045$).

Povezava je pozitivna, zato sklepamo, da so anketirani, ki so višje izobraženi, bolje informirani glede ukrepov ob pojavu zapletov po operaciji.

Tabela 9: Povezava med informiranostjo pacientov in ukrepi ob pojavu zapletov po operaciji

		Informiranost pacientov
Informiranost pacientov	Pearsonova korelacija	1
	p-vrednost	
	n	100
Ukrepi ob pojavu zapletov po operaciji	Pearsonova korelacija	0,171*
	p-vrednost	0,045
	n	100

Legenda: p = statistična značilnost, **korelacija je statistično pomembna na nivoju $p < 0,01$; *korelacija je statistično pomembna na nivoju $p < 0,05$; n = velikost vzorca

Raziskovalno vprašanje 4: Kakšno je zadovoljstvo pacientov z organizacijo zdravstvene nege in zdravstvenim osebjem v dnevni obravnavi kirurgije?

Tabela 10 prikazuje zadovoljstvo pacientov z organizacijo zdravstvene nege in zdravstvenim osebjem v kirurški dnevni obravnavi. V povprečju se pacienti popolnoma strinjajo, da so bili v času zdravljenja zadovoljni z izvedbo zdravstvene nege in je bilo osebje prijazno in strokovno (PV = 4,69, SO = 0,465), da so v času zdravljenja imeli občutek, da osebje deluje povezano/timsko in so imeli dober pretok informacij o pacientih in so med seboj dobro sodelovali (PV = 4,74, SO = 0,525); da si je osebje vzelo potreben čas, saj so bili pacienti deležni celotne obravnave, in so bili vključeni v načrtovanje zdravstvene nege glede na njihove potrebe (PV = 4,73, SO = 0,468); da so se jim medicinske sestre zdele dobro usposobljene za izvajanje zdravstvene nege, da je bila vidna dobra organiziranost zdravstvene nege, strokovno znanje osebja ter empatija do pacienta (PV = 4,79, SO = 0,409), da bi se sedaj ponovno odločili za dnevno kirurško obravnavo, če bi imeli pred sabo isti poseg kot so ga opravili (PV = 4,60, SO = 0,682) in da bi poseg v dnevni kirurški obravnavi svetovali svojcem in prijateljem (PV = 4,60, SO = 0,667). Anketirani se v povprečju strinjajo, da je prehrana na oddelku

dobra, kvalitetna oz. primerna (PV = 3,95, SO = 1,048) in da je bolniška soba primerna. Imeli so občutek varnosti, udobja in zasebnosti (PV = 4,20, SO = 0,876). Anketirani se v povprečju ne strinjajo s trditvijo, da je bila vožnja domov naporna in boleča in da bi bilo boljše, če bi prenočili na oddelku (PV = 2,18, SO = 1,480).

Tabela 10: Zadovoljstvo pacientov z organizacijo zdravstvene nege in zdravstvenim osebjem v dnevni obravnavi kirurgije

	n	PV	SO	MIN	MAX
Klic medicinske sestre na dom po odpustu je pripomogel k mojemu hitrejšemu okrevanju po posegu.	100	4,04	1,370	1	5
Vožnja domov je bila naporna in boleča, boljše bi bilo, če bi prenočil/a na oddelku.	100	2,18	1,480	1	5
V času zdravljenja sem bil zadovoljen/a z izvedbo zdravstvene nege. Osebjem je bilo prijazno in strokovno.	100	4,69	0,465	4	5
V času zdravljenja sem imel/a občutek, da osebjem deluje povezano-timsko, imajo dober pretok informacij o nas pacientih in med seboj dobro sodeluje.	100	4,74	0,525	2	5
Osebjem si je zame vzelo potreben čas, da sem bil/a deležna celotne obravnave, bil/a sem vključen/a v načrtovanje zdravstvene nege glede na svoje potrebe.	100	4,73	0,468	3	5
Medicinske sestre so se mi zdele dobro usposobljene za izvajanje zdravstvene nege, vidna je dobra organiziranost zdravstvene nege, strokovnega znanja osebjem, empatije do pacienta.	100	4,79	0,409	4	5
Prehrana na oddelku se mi je zdela dobra, kvalitetna oz. primerna.	100	3,95	1,048	1	5
Bolniška soba se mi je zdela primerna, imel/a sem občutek varnosti, udobja in zasebnosti.	100	4,20	0,876	1	5
Če bi imeli pred sabo isti poseg, kot ste ga opravili sedaj, ali bi se ponovno odločili za dnevno kirurško obravnavo	100	4,60	0,682	2	5
Poseg v dnevni kirurški obravnavi bi svetoval/a svojcem in prijateljem.	100	4,60	0,667	2	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = najnižja vrednost odgovora; MAX = najvišja vrednost odgovora; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 11 prikazuje zadovoljstvo pacientov z organizacijo zdravstvene nege in zdravstvenim osebjem v dnevni obravnavi kirurgije glede na spol. Do statistično pomembnih razlik med ženskim in moškim spolom prihaja pri naslednjih trditvah: V času zdravljenja sem bil zadovoljen/a z izvedbo zdravstvene nege. Osebjem je bilo prijazno in strokovno ($t = 23,455$, $p = 0,001$). Osebjem si je zame vzelo potreben čas, da sem bil/a deležen/a celotne obravnave, bil/a sem vključen/a v načrtovanje zdravstvene nege glede na moje potrebe ($t = 6,693$, $p = 0,011$) in medicinske sestre so se mi zdele dobro usposobljene za izvajanje zdravstvene nege, vidna je dobra organiziranost

zdravstvene nege, strokovnega znanja osebja, empatije do pacienta ($t = 48,076$, $p = 0,001$). Ničelno hipotezo zavrnemo in trdimo, da se pri navedenih trditvah moški bolj strinjajo s trditvijo kot ženske.

Tabela 11: Zadovoljstvo pacientov z organizacijo zdravstvene nege in zdravstvenim osebjem v dnevni obravnavi kirurgije glede na spol

	Spol	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Klic medicinske sestre na dom, po odpustu je pripomogel k mojemu hitrejšemu okrevanju po posegu.	Moški	57	4,05	1,216	3,888	0,051
	Ženski	43	4,00	1,577		
Vožnja domov je bila naporna in boleča, boljše bi bilo, če bi prenočil/a na oddelku.	Moški	57	2,42	1,487	0,839	0,362
	Ženski	43	1,88	1,435		
V času zdravljenja sem bil/a zadovoljen/a z izvedbo zdravstvene nege. Osebje je bilo prijazno in strokovno.	Moški	57	4,81	0,495	23,455	0,001
	Ženski	43	4,60	0,397		
V času zdravljenja sem imel/a občutek, da osebje deluje povezovalno, imajo dober pretok informacij o nas pacientih in med seboj dobro sodeluje.	Moški	57	4,68	0,506	2,873	0,093
	Ženski	43	4,81	0,552		
Osebje si je zame vzelo potreben čas, da sem bil/a deležen/a celotne obravnave, bil/a sem vključen/a v načrtovanje zdravstvene nege glede na svoje potrebe.	Moški	57	4,81	0,476	6,693	0,011
	Ženski	43	4,67	0,455		
Medicinske sestre so se mi zdele dobro usposobljene za izvajanje zdravstvene nege, vidna je dobra organiziranost zdravstvene nege, strokovnega znanja osebja, empatije do pacienta.	Moški	57	4,93	0,462	48,076	0,001
	Ženski	43	4,70	0,261		
Prehrana na oddelku se mi je zdela dobra, kvalitetna oz. primerna.	Moški	57	4,14	0,934	0,215	0,644
	Ženski	43	3,74	1,127		
Bolniška soba se mi je zdela primerna, imel/a sem občutek varnosti, udobja in zasebnosti.	Moški	57	4,23	0,907	0,422	0,518
	Ženski	43	4,21	0,782		
Če bi imeli pred sabo isti poseg kot ste ga opravili sedaj, ali bi se ponovno odločili za dnevno kirurško obravnavo?	Moški	57	4,58	0,653	0,172	0,679
	Ženski	43	4,64	0,727		
Poseg v dnevni kirurški obravnavi bi svetoval/a svojcem in prijateljem.	Moški	57	4,58	0,653	0,197	0,658
	Ženski	43	4,64	0,692		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzore ; p = statistična značilnost ($p < 0,05$); Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 12 prikazuje povezanost med zadovoljstvom pacientov z organizacijo zdravstvene nege in zdravstvenim osebjem v dnevni obravnavi kirurgije ter stopnjo izobrazbe. Do statistično pomembne povezave prihaja med stopnjo izobrazbe in zavzetosti osebja do pacienta ($r = 0,282$, $p = 0,005$). Povezava je pozitivna in šibka, zato lahko trdimo, da višje izobraženi bolj kot nižje izobraženi menijo, da si je osebje za njih vzelo potreben čas, da so bili deležni celotne obravnave in so bili vključeni v načrtovanje zdravstvene nege glede na njihove potrebe.

Tabela 12: Povezanost med zadovoljstvom pacientov z organizacijo zdravstvene nege in zdravstvenim osebjem v dnevni obravnavi kirurgije ter stopnjo izobrazbe

		Stopnja izobrazbe
Stopnja izobrazbe	Pearsonova korelacija	1
	p-vrednost	
	n	100
Klic medicinske sestre na dom, po odpustu je pripomogel k mojemu hitrejšemu okrevanju po posegu.	Pearsonova korelacija	0,102
	p-vrednost	0,311
	n	100
Vožnja domov je bila naporna in boleča, boljše bi bilo, če bi prenočil/a na oddelku.	Pearsonova korelacija	-0,143
	p-vrednost	0,157
	n	100
V času zdravljenja sem bil zadovoljen/a z izvedbo zdravstvene nege. Osebje je bilo prijazno in strokovno.	Pearsonova korelacija	0,139
	p-vrednost	0,167
	n	100
V času zdravljenja sem imel/a občutek, da osebje deluje povezano - timsko, imajo dober pretok informacij o nas pacientih in med seboj dobro sodeluje.	Pearsonova korelacija	-0,039
	p-vrednost	0,700
	n	100
Osebje si je zame vzelo potreben čas, da sem bil/a deležna celotne obravnave, bil/a sem vključena v načrtovanje zdravstvene nege glede na svoje potrebe.	Pearsonova korelacija	0,282**
	p-vrednost	0,005
	n	100
Medicinske sestre so se mi zdele dobro usposobljene za izvajanje zdravstvene nege, vidna je dobra organiziranost zdravstvene nege, strokovnega znanja osebja, empatije do pacienta.	Pearsonova korelacija	0,099
	p-vrednost	0,329
	n	100
Prehrana na oddelku se mi je zdela dobra, kvalitetna oz. primerna.	Pearsonova korelacija	-0,049
	p-vrednost	0,630
	n	100
Bolniška soba se mi je zdela primerna, imel/a sem občutek varnosti, udobja in zasebnosti.	Pearsonova korelacija	0,078
	p-vrednost	0,442
	n	100
Če bi imeli pred sabo isti poseg kot ste ga opravili sedaj, ali bi se ponovno odločili za dnevno kirurško obravnavo?	Pearsonova korelacija	0,045
	p-vrednost	0,541
	n	100
Poseg v dnevni kirurški obravnavi bi svetoval/a svojcem in prijateljem.	Pearsonova korelacija	0,015
	p-vrednost	0,885
	n	100

Legenda: p = statistična značilnost, **korelacija je statistično pomembna na nivoju $p < 0,01$; *korelacija je statistično pomembna na nivoju $p < 0,05$; n = velikost vzorca

3.5 RAZPRAVA

Ekonomska učinkovitost in sodobne smernice zdravljenja narekujejo čim krajšo dobo hospitalizacije. Kakovost dnevne kirurške obravnave in zdravstvene oskrbe v celoti se meri z izkušnjami pacientov ter njihovim zadovoljstvom ali nezadovoljstvom z zdravstveno nego (Humar, et al., 2011). McCloy in McCutcheon (2016) opozarjata, da je pomembno upoštevati pacienta in ali je ta vrsta storitve tisto, kar si želi, čeprav pa zdravstvena politika ugotavlja, da je dnevna kirurgija najboljša storitev za paciente, ki so podvrženi kirurškemu posegu. Te informacije se lahko pridobijo z ocenjevanjem storitve z rezultati, ki se uporabljajo za obveščanje o odločitvah, spremembah pri zagotavljanju oskrbe in izboljšave pri oskrbi pacientov. V diplomskem delu smo z izvedeno raziskavo ugotovili uspešnost organizacije dela in zdravstvene nege v dnevni kirurški obravnavi, uspešnost informiranja pacientov, pojav po-operativnih zapletov v domačem okolju in ukrepanje pacientov ob pojavu le-teh in splošno ter organizacijsko zadovoljstvo pacientov z takšnim načinom zdravljenja.

Prvo raziskovalno vprašanje smo si postavili, da bi ugotovili mnenje pacientov o dolžini trajanja hospitalizacije po posegu. Na podlagi naše raziskave smo ugotovili, da anketirani v povprečju ne menijo, da so bili po posegu z oddelka odpuščeni prezgodaj in da bi potrebovali prenočitev na oddelku. Tudi pacienti iz Zrničove raziskave (2016) so bili enakega mnenja. Humar, et al. (2011) razlagajo, da je s primerno zdravstveno nego moč delno olajšati neuspešno obvladovanje procesa okrevanja, v to pa je vključena priprava pacienta na odpust in po-operativno okrevanje. Ugotovili smo, da prihaja do statistično pomembne povezanosti med trajanjem hospitalizacije in starostjo, torej starejši anketirani bolj kot mlajši menijo, da so po posegu iz oddelka odpuščeni prezgodaj in bi potrebovali prenočitev na oddelku. Rosen, et al. (2010) navajajo, da je v svetu od vseh načrtovanih kirurških posegov več kot 70 % dnevnih kirurških obravnav. Tako je odgovornost za po-operativno okrevanje naložena na pacienta in na svojce. To pa je običajno razlog, da pacienti dalj časa tožijo o simptomih operativnega posega,

največkrat sta to utrujenost in bolečina. V raziskavi so Dahlberg, et al. (2017) predstavili aplikacijo za pametne telefone, preko katere pacienti po odpustu iz bolnišnice lahko vodijo po-operativno dogajanje doma. Večina operacij se opravi na osnovi dnevnega bivanja, zato so aplikacijo tudi razvili, na podlagi tega naj bi se znižali tudi stroški zdravstvene oskrbe. Kot je navedel Keough (2013) je sodelovanje med zdravstvenim osebjem in pacienti nujno potrebno za zagotavljanje visoko kakovostnih zdravstvenih storitev, ki so varne, učinkovite in ki se držijo dogovorjenih ali sprejemljivih vrednosti.

Na podlagi drugega raziskovalnega vprašanja smo želeli izvedeti, koliko informacij pridobijo pacienti v času zdravljenja v dnevni obravnavi kirurgije in kdo jih posreduje. Najpogosteje pacientom informacije o namestitvi na oddelek posreduje medicinska sestra na dnevnem oddelku. Prav tako medicinska sestra ob odpustu največkrat posreduje informacije o okrevanju v domačem okolju. Rezultate lahko povežemo z raziskavo Humarjeve, et al. (2011), kjer so pacienti največ informacij prav tako prejeli od medicinskih sester. Ugotovili smo, da je zdravnik anesteziolog anketiranim posredoval vse potrebne informacije, da so anketirani ob odpustu prejeli vse potrebne informacije, kot so navodila za terapijo doma, možnost pojava po-operativnih zapletov in da so prejeli informacije, kako ukrepati ob pojavu po-operativnih zapletov. Tudi v raziskavi, ki sta jo izvedla McCloy in McCutcheon (2016) so medicinske sestre v večini podale informacije pacientom ob sprejemu na oddelek. Mitchell (2010) razlaga, da bodo morale medicinske sestre prevzeti vedno bolj aktivno vlogo pri informiranju in učenju pacientov o dnevnem kirurškem posegu in odpustu iz bolnišnice ter okrevanju v domačem okolju. Verma, et al. (2011) opozarjajo, da bi morali pacienti dobiti informacije o posegu v pisni obliki ob sprejemu na oddelek. Informacije bi morale vključevati opis poteka operacije vključno z navodili, kako ukrepati v primeru zapletov. Pisne informacije zagotavljajo, da se pacienti popolnoma seznanijo s postopkom in s tem zagotovijo uspešnejše po-operativno okrevanje.

S tretjim raziskovalnim vprašanjem smo želeli ugotoviti težave, ki so jih imeli pacienti prvi ali drugi dan po posegu in kako so v primeru teh težav ukrepali. V naši raziskavi je večina pacientov prejela klic drugi (2.) ali tretji (3.) dan po operaciji s strani medicinske

sestre, le 9 % anketiranih klica ni prejelo. McCloy in McCutcheon (2016) v njuni raziskavi navajata, da le 4 % pacientov s strani medicinske sestre ni prejelo po odpustu klica na dom. Ugotovili smo, da sta težavi, ki sta se pacientom po odpustu največkrat pojavili, oteklina in bolečina. Dobra tretjina težav ni imela, nekaj pa jih je krvavelo in so imeli občutek slabosti. V raziskavah, ki so jih izvedli Zrnić (2016) ter Akohn in Rana (2012) je bilo ugotovljeno, da starejši pacienti občutijo nižjo po-operativno bolečino oziroma jo v primerjavi z mlajšimi pacienti lažje prenašajo, obenem pa Akohn in Rana (2012) v raziskavi navajata, da za operacijo pacienta na dnevnem oddelku starost ni kontraindikacija. Večina pacientov, ki je imela težave 1. ali 2. dan po odpustu v domačem okolju, ni ukrepala, saj se jim ni zdelo potrebno. Hales Reynolds (2009) navaja, da se s sodobnimi smernicami in znanjem po-operativno bolečino uspešno obvladuje, vendar se le-ta v mnogih primerih neprimerno obravnava. Težave se največkrat pojavijo po odpustu pacientov v domačem okolju, kjer pacienti kljub bolečini ne poiščejo ustrezne pomoči. Kot vzroke navaja nepoznavanje zdravil, pomanjkljivo znanje o obravnavi bolečine in tudi neprimerno samooceno bolečine. V naši raziskavi so anketirani pri pojavu zapletov po operaciji v manjšini poiskali pomoč zdravnika, ukrepe poiskali na spletu ali za nasvet vprašali družino in prijatelje. Toni (2012) razlaga, da je izredno pomembno, da pacient ve, kaj je potrebno storiti ob pojavu bolečine in da se mora zavedati, da je pri obvladovanju po-operativne bolečine najpomembnejši člen pacient sam. Koordinatorica naj bi paciente informirala o po-operativni bolečini in kako jo lajšati. Zato mora koordinatorica imeti obilico znanja in izkušenj (Fletcher, et al., 2008). Rešetič (2012) opozarja, da se po-operativni kronični bolečini pacienti lahko izognejo z ažurnim zdravljenjem akutne po-operativne bolečine in da je uporaba predpisanih protibolečinskih zdravil po operaciji smiselna. V naši raziskavi smo ugotovili statistično šibko povezavo med informiranostjo pacientov in ukrepi pri po-operativnih zapletih. Sklepamo, da so anketirani, ki so višje izobraženi, bolj informirani glede po-operativnih ukrepov. Nasprotno je dokazal Zrnić (2016) v svoji raziskavi, kjer je ovrgel predpostavke, da anketirani z višjo izobrazbo bolje razumejo dane direktive glede ustreznega jemanja protibolečinskih zdravil, lažje obvladujejo stranske učinke in lažje prenašajo po-operativno bolečino. Faganeli (2012) razlaga, da po-operativno bolečino uvrščamo med akutno bolečino. Je posledica kirurškega posega in je fiziološka reakcija na poškodbo. Po-operativna bolečina je za

pacienta neznosna, kljub temu, da je pričakovana in neizogibna. Nastane zaradi poškodbe tkiv med operacijo, v kar so vključene mišice, koža, tetive, kosti, ligamenti in viscelarni organi. Akutno bolečino lahko spremlja nevropatska, viscelarna bolečina in vnetja. Rešetič (2012) razlaga, da je cilj protibolečinske terapije čim manj bolečine, ko je pacient v mirovanju ali gibanju. Po-operativna bolečina se lahko lajša na več načinov; na kirurških oddelki se bolečina beleži. V dokumentacijo se vnesejo meritve bolečine ter predpisani in aplicirani analgetiki. Bolečina je bolj obvladljiva, če z lajšanjem začnemo zgodaj (je lažje obvladljiva in možnosti zapletov so manjše).

S četrtem raziskovalnim vprašanjem smo poizvedovali o zadovoljstvu pacientov z organizacijo zdravstvene nege in zdravstvenim osebjem v dnevni obravnavi kirurgije. V povprečju so bili anketirani zadovoljni z organizacijo zdravstvene nege in zdravstvenim osebjem v dnevni obravnavi kirurgije. Popolnoma se strinjajo, da so bili v času zdravljenja zadovoljni z izvedbo zdravstvene nege in je bilo osebje prijazno in strokovno, da si je osebje vzelo potreben čas, da so bili deležni celotne obravnave, hkrati pa so bili vključeni v načrtovanje zdravstvene nege glede na njihove potrebe. Medicinske sestre so se jim zdele dobro usposobljene za izvajanje zdravstvene nege, vidna je dobra organiziranost zdravstvene nege, strokovno znanje osebja ter empatija do pacienta. Ponovno bi se odločili za dnevno kirurško obravnavo, v kolikor bi bilo potrebno, če bi imeli pred sabo isti poseg, kot so ga že opravili. Poseg v dnevni kirurški obravnavi bi svetovali svojcem in prijateljem. Tudi v raziskavah, ki jo je leta 2016 izvedel Zrnčić in leta 2011 Humarjeva, et al., so bili anketirani v povprečju zadovoljni z obravnavo, ki so je bili deležni v ustanovi. Berg, et al. (2013) pa opozarjajo, da pacienti lahko poseg v dnevni kirurški obravnavi jemljejo kot enostaven poseg in pričakujejo vrnitev v normalno življenje dan ali dva po opravljenem posegu, kar v večini primerov ni mogoče, saj je po-operativna rehabilitacija daljša. Neposredno po odpustu iz bolnišnice imajo lahko pacienti doma težave pri osebni higieni in ostalih vsakodnevnih opravilih, kar jih lahko zmede in povzroči anksioznost. Anketiranim iz naše raziskave se vožnja domov ni zdela naporna in boleča in niso mnenja, da bi bilo boljše, če bi prenočili na oddelku.

V raziskavi smo ugotovili statistično pomembne razlike zadovoljstva pacientov z organizacijo zdravstvene nege in zdravstvenim osebjem v dnevni obravnavi kirurgije glede na spol. Moški bolj kot ženske menijo, da so bili v času zdravljenja zadovoljni z izvedbo zdravstvene nege, da je bilo osebje prijazno in strokovno, da si je osebje za njih vzelo potreben čas, da so bili deležni celotne obravnave, so bili vključeni v načrtovanje zdravstvene nege glede na njihove potrebe in da so se jim zdele medicinske sestre dobro usposobljene za izvajanje zdravstvene nege. Opazi se dobra organiziranost zdravstvene nege, strokovnega znanja osebja, empatije do pacienta. Tudi Lemos, et al. (2009) so prikazali rezultate raziskave, kjer so prikazali statistično pomembno povezavo med zadovoljstvom dnevne kirurške obravnave in spolom, pri čemer so bili moški bolj zadovoljni kot ženske. V naši raziskavi prihaja do statistično pomembne povezave med stopnjo izobrazbe in zavzetosti osebja do pacienta. Povezava je pozitivna in šibka, zato lahko trdimo, da višje izobraženi bolj kot nižje izobraženi menijo, da si je osebje za njih vzelo potreben čas, da so bili deležni celotne obravnave in so bili vključeni v načrtovanje zdravstvene nege glede na njihove potrebe. Ritzer (2008) je v svoji raziskavi navedel, da so pri vsem zdravstvenem procesu dnevne kirurgije pacienti največkrat nezadovoljni zaradi čakalnih dob na poseg.

Na podlagi raziskave smo ugotovili, da so pacienti v SBJ zadovoljni z dolžino trajanja hospitalizacije po posegu. Sicer so informirani o času zdravljenja v dnevni obravnavi kirurgije, vendar bi se informiranje pacientov s strani medicinskih sester v SBJ o zdravstveni negi moralo izboljšati. Tretjina anketiranih pacientov ni prejela informacij o hospitalizaciji s strani medicinskih sester, so pa jih dobili od zdravnika ali administratorja. Pomembno je, da pacient prejme informacije in da koordinatorke vsakega pacienta obravnavajo posamezno in mu natanko razložijo kdaj bo operacija in kakšni so po-operativni ukrepi, če se pojavi bolečina. Več kot polovica anketiranih je po posegu občutila bolečino, ki se je večini anketiranih zdela zanemarljiva. Vsaka bolečina bi morala biti zaznana in zabeležena. Če bi bili pacienti zadosti informirani, bi jo sami znali primerno obvladovati. Kljub temu, da je premalo edukacije za bolečino, so pacienti zadovoljni. Za okrevanje pacienta je nujno tudi, da ga medicinska sestra pokliče na dom drugi ali tretji dan po operaciji in preveri njegovo stanje. Klic je pomemben v primeru, če pacient ne zna sam pravilno presoditi zapletov po operaciji,

medicinska sestra pa ga po pogovoru pravilno napoti na kontrolni pregled. Na splošno so pacienti zadovoljni z organiziranostjo zdravstvene nege v dnevni obravnavi kirurgije in bi zopet ponovili poseg na isti način, če bi ga morali. Za dnevno kirurško obravnavo se odloča vse več pacientov. Dolžnost zdravstvenih ustanov je, da se medicinskim sestram omogoči izobraževanje. Na izobraževanju bi se morale podučiti, kako paciente informirati o dnevnem kirurškem postopku in na kakšen način se bolečina obvladuje. Zdravstvene ustanove bi morale organizirati razna izobraževanja za medicinske sestre, s vse naj bi znale znale pravilno postopati ob tovrstnih posegih; vse naj bi znale pacientom pravilno predstaviti dnevni kirurški poseg, tako da se ne bi se pacienti ob tem nelagodno počutili. Gledano v celoti, bi se organiziranost zdravstvene nege v dnevni obravnavi kirurgije lahko še izboljšala, čeprav kirurgija v SBJ že danes deluje izvrstno. Vsak proces v delovanju stremi k odličnosti, zato morajo stremeti tudi pri organiziranosti zdravstvene nege v dnevi obravnavi kirurgije popolnoma enako.

Omejitve raziskave

Omejitve, s katerimi smo se srečali pri raziskovanju, so majhen reprezentativen vzorec in majhen razpon v starosti. Da bi dobili še bolj natančne rezultate, bi morali narediti vseslovensko raziskavo, v katero bi morali vključiti vse starostne skupine, tudi otroke.

4 ZAKLJUČEK

Dnevna kirurška obravnava v sodobnem svetu predstavlja veliko prednost, saj se pacienti lahko še isti dan vrnejo v domače okolje, kar pomeni nižje stroške za bolnišnico, manjše možnosti za bolnišnične okužbe in manjše možnosti za zaplete. Za zdravstveno osebje je dnevna kirurška obravnava pacienta zahtevnejša, ne-le, da morajo biti sami dobro izobraženi in podučeni, poučiti in informirati morajo še vse paciente iz dnevne kirurške obravnave. Vse to morajo storiti zelo efektivno v zelo kratkem času.

Zelo pomembno je, da se vse medicinske sestre, še posebej koordinatorke v dnevni kirurški obravnavi, stalno izobražujejo o protibolečinskih sredstvih, ukrepih, stranskih učinkih analgetikov ter informacije predajajo pacientom iz dnevne kirurške obravnave. Seveda ni dovolj, da informacijo zgolj predajo, pomembno je, da pacienta pripeljejo do razumevanja omenjenih stvari, saj se na ta način izognejo anksioznosti pacientov. Ob odpustu mora biti koordinatorka tista, ki pacientu zopet ponudi informacije o obvladovanju bolečine doma in ga podučiti o ukrepih, ki jih izvede ob morebitnih zapletih, seveda pa mora vsak pacient prebrati pisne informacije. Nujno je, da koordinatorke preverijo po-operativno stanje prvi ali drugi dan po odpustu vseh pacientov s telefonskim klicem na dom. Odklon pri po-operativnih klicev zagotovo ni sprejemljiv.

S podajanjem pravih informacij in znanja pacientom, ki se odločijo za operacijo v dnevni kirurški obravnavi, se lahko reducirajo odkloni klinične poti. Seveda vedno obstajajo dejavniki, ki lahko povzročijo odklone, vendar je v znanju moč in pacienti, ki so podučeni o operativni situaciji, znajo pravilneje ukrepati ob pojavu po-operativne bolečine. Informacije so v kratkem procesu ključnega pomena, saj pacienti niso hospitalizirani, doma pa strokovno usposobljenega osebja, ki bi ob morebitnih zapletih priskočilo na pomoč, nimajo na voljo.

Na obravnavano temo so priporočljiva nadaljnja raziskovanja. Priporočamo pregled literature, saj je bilo že kar nekaj študij izvedenih na temo dnevne kirurške obravnave. Za natančno preučitev področja bi bila priporočljiva kombinacija kvalitativnega in

kvantitativnega načina raziskovanja, z le-to pa bi raziskovano področje popolnoma preučili.

5 LITERATURA

Ahmad, J., A Ho, O., Carman, W., Thoma, A., Lalonde, D. & Lista, F., 2014. Assessing patient safety in Canadian ambulatory facilities: A national survey. *Plastic surgery*, 22(1), pp. 34-38.

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

Berg, K., Arestedt, K. & Kjellgren, K., 2013. 'Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A phenomenographic study'. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), pp. 1630-1638.

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

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo, pp. 168-179.

Dahlberg, K., Philipsson, A., Hagberg, L., Jaensson, M., Halleberg-Nyman, M. & Nilsson, U., 2017. Cost-effectiveness of a systematic e-assessed follow-up of postoperative recovery after day surgery: a multicentre randomized trial. *British Journal of Anaesthesia*, 119(5), pp. 1039-1046.

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

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

Fletcher, D., Fermanian, C., Mardaye, A. & Aegerter, P., 2008. A patient based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistent challenges. *Pain*, 137(2), pp. 441-451.

Gibson, C.E., 2006. The patient facing surgery. In: F.M. Alexander, N.J. Fawcett & J.P. Ruciman, eds. *Nursing practice hospital and home: the adult*. 3rd ed. *Churchill Livingstone Edinburgh*, pp. 901-939.

Hafner, G., 2011. *Enodnevna obravnava bolnika pri operaciji dimeljske kile v lokalni anesteziji in pomen informiranja širše javnosti: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

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

Haute Autorite de Sante, 2012. *Day surgery: an overview*. Francija: Appui sante & medico- social.

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

Humar, L., Blažica, J., Simčič, A., Malič V., Piško L. & Plazar N., 2011. Izkušnje pacientov z dnevno kirurško obravnavo: primerjalna študija. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 273–281.

Jeraj Uršič, H. & Ostrožnik, V., 2006. Zdravstvena nega bolnika na onkološkem kirurškem zdravljenju ob odpustu iz bolnišnice in pri ambulantni obravnavi. In: M. Logonder, K. Lokar & B. Skela Savič, eds. *Med bolnišnico in domom*. Rogla: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 20-23.

Kar-ye, T. & Winnie, K.S., 2008. Nurses perception of preoperative teaching for ambulatory surgical patients. *Journal compilation*, 63(6), pp. 619-625.

Keough, B., 2013. *Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England: overview report*. London: NHS.

Kimball, B. & Joynt, I., 2007. The quest for new innovative care delivery models. *Journal of nursing administration*, 37, pp. 392-398.

Kunčič Mandelc, J., & Barovič, V., 2010. Dnevna bolnišnica, Pregledni članek, *Medicinski razgledi*, 44(2), pp. 185-203.

Lemos, P., Pinto, A., Gustavo, M., Pereira, J., Loureiro, R., Teixeira, S. & Nunes, C.S., 2009. Patient satisfaction following day surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, 21(3), pp. 200-205.

Lindič, H., Kramar, Z. & Rems, M., 2010. Klinična pot in koordinator primera. In: Z. Kramar, ed. *Strokovni seminar, Dan Angele Boškin*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, p. 41.

Maldini, B. & Ajkholt, S., 2012. Farmakologija anestetika, analgetika i nišičnih relaksana. In: V. Nesek Adam, ed. *Specifičnosti anestezije u dnevnoj kirurgiji*. Osijek: Katedra za anesteziologiju i reanimatologiju.

McCloy, O. & McCutcheon, K., 2016. The day surgery experience from the perspective of service users. *British Journal of Nursing*, 25(13), pp. 736-739.

Mira, J.J, Nuño-Solinís, R., Fernández-Cano, P., Contel, J.C., Guilabert-Mora, M. & SolasGaspar, O., 2015. Readiness to tackle chronicity in Spanish health care organisations: a twoyear experience with the Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad/ Assessment of Readiness for Chronicity in Health Care Organisations instrument. *International Journal of Integrated Care*, 23(15), pp. 43-48.

Ministrstvo za zdravje, 2015 Optimizacija zdravstvene oskrbe. [online] Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/ppt/DS5-_Vesna_Petric-3-11-15.pdf [Accessed 29 December 2017].

Mitchell, M., 2010. A patient-centred approach to day surgery nursing. *Nursing Standards*, 24(44), pp. 40-46.

Mitchell, M., 2014. Home recovery following day surgery: a patient perspective. *Journal of clinical nursing*, 24, pp. 415-427.

Mottram, A., 2009. Therapeutic relationships in day surgery: a grounded theory study. *Journal of clinical nursing*, 18, pp. 2830-2837.

Mulalič, S. & Rems, M., 2016. Vloga koordinatorja zdravstvene oskrbe pri celostni obravnavi pacienta. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Mednarodna znanstvena konferenca. Novo mesto, 10. november 2016*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, p. 376.

Ng, L. & Mercer Jones, M., 2014. Day case surgery guidelines, *Surgery (Oxford)*, 32(2), pp 73-78.

Rems, M., Dolžan Lindič, H. & Kunčič Mandelc, J. 2008. Ponovni sprejem po operaciji v dnevnem oddelku kot kazalec kakovosti, *Bilten : ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu*, 24(5), pp. 173-178.

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

Ritzer, G., 2008. *The McDonaldization of Society 5*. Los Angeles: Pine Forge Press.

Robida, A., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, p. 20.

Robida, A. & Yazbeck, A. M., 2006. *Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Rosen, H.I., Bergh, I.H., Lundman, B.M. & Martensson L.B., 2010. Patients' experiences and perceived causes of persisting discomfort following day surgery. *BMC Nursing*, 9(16), pp. 41-47.

Segerdahl, M., Warren Stomberg, M., Rawal, N., Brattwall, M. & Jakobsson, J. M., 2008. Clinical practice and routines for day surgery in Sweden. *Implications for improvement in nursing interventions, journal of perianesthesia nursing*, 22(5), pp. 311-320.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, 2007. *Navodila bolnikom pred operativnim posegom v dnevni bolnišnici*. Slovenj Gradec: Ministrstvo za zdravje, pp. 24-26.

Schunbell, T., Meuer, L. & Bengston, R. 2008. Improving surgical services performance through changing work culture. *Aorn journal*, 87(3), pp. 575-583.

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

Yvet Meng, A. & Vickers, A., 2013. Postoperative analgesia and discharge criteria for day surgery. *Anaesthesia and intensive care medicine*, 14(3), pp. 110-113.

Verma R., Alladi R., Jackson I., Johnston, I., Kumar, C., Page, R., Smith, I., Stocker, M., Tickner, C., S. Williams, S. & Young, R., 2011. 'Day case and short stay surgery: 2'. *Anaesthesia*, 66(5), pp. 417-434.

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

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

Zrnić, G., 2016. *Vodenje protibolečinske terapije po operaciji v dnevni bolnišnici: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Ime mi je Anja Rozman in sem bivša študentka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin Jesenice, kjer še pišem diplomsko delo z naslovom Organiziranost zdravstvene nege v dnevni obravnavi kirurgije, pod mentorstvom mag. Mirana Remsa, dr. med., viš. pred.. V diplomskem delu želim raziskati, kakšno je zadovoljstvo pacientov z organizacijo zdravstvene nege v dnevni obravnavi kirurgije in s tem ugotoviti kakšna je uspešnost organizacije dela tega oddelka.

Spodaj obkrožite trditve, s katerimi se strinjate. Anketa je anonimna, za izpolnjevanje boste potrebovali približno 5 minut časa. Zbrani podatki bodo obravnavani strogo zaupno in analizirani na splošno (ne na ravni odgovorov posameznika). Uporabljeni bodo izključno za pripravo te diplomske naloge.

Ko izpolnite ta vprašalnik, vas vljudno prosim, da ga pošljete nazaj na naslov, ki vam je ob vprašalniku priložen v kuverti.

Zahvaljujem se Vam za sodelovanje.

Anja Rozman

1. Spol?

1. Moški
2. Ženski

2. Starost: _____ let

3. Stopnja izobrazbe?

1. osnovna šola

2. srednja šola
3. višja
4. visoko strokovna
5. univerzitetna in več

4. Koliko časa ste čakali na poseg: _____ mesecev

5. Kdo vam je posredoval informacije o namestitvi na oddelek?

1. kirurg
2. administrator v bolnišnici
3. medicinska sestra na dnevnem oddelku
4. medicinska sestra v kirurški ambulanti
5. medicinska sestra- koordinator dela v dnevni obravnavi kirurgije

6. Kdo vam je posredoval informacije za okrevanje v domačem okolju ob odpustu?

1. medicinska sestra
2. zdravnik
3. administrator
4. nisem dobil/a informacij

7. Ali ste 2. ali 3. dan po operaciji prejeli klic na dom od medicinske sestre?

1. da
2. ne

8. Kakšne težave so se pojavile 1. ali 2. dan po odpustu, ko ste bili v domačem okolju?

1. slabost

2. bruhanje
3. bolečina
4. krvavitev
5. oteklina
6. nisem imel/a težav
7. drugo: _____

9. Kako ste ukrepali ob pojavu zapletov po operaciji?

1. nisem ukrepal/a saj se mi ni zdelo potrebno
2. poiskal/a sem zdravniško pomoč
3. ukrepe sem poiskal/a na spletu
4. za nasvet sem vprašal/a družino ali prijatelje

10. Vprašalnik vsebuje tudi različne trditve o organiziranosti dela na oddelku, informiranju pacientov in zadovoljstvu pacientov na oddelku. Prosim vas, da se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kar pomeni: 1- popolnoma se ne strinjam, 2- se ne strinjam, 3- sem neopredeljen, 4- se strinjam, 5- se popolnoma strinjam. Prosim obkrožite številko, ki najbolj pokaže vaše strinjanje ali ne strinjanje.

Menim, da sem bil/a po posegu z oddelka odpuščen/a prezgodaj, potreboval/a bi prenočitev na oddelku.	1	2	3	4	5
Klic medicinske sestre na dom, po odpustu je pripomogel k mojemu hitrejšemu okrevanju po posegu.	1	2	3	4	5
Vožnja domov je bila naporna in boleča, boljše bi bilo, če bi prenočil/a na oddelku.	1	2	3	4	5

V času zdravljenja sem bil zadovoljen/a z izvedbo zdravstvene nege. Osebjem je bilo prijazno in strokovno.	1	2	3	4	5
V času zdravljenja sem imel/a občutek, da osebje deluje povezano - timsko, imajo dober pretok informacij o nas pacientih in med seboj dobro sodeluje.	1	2	3	4	5
Osebje si je zame vzelo potreben čas, da sem bil/a deležna celotne obravnave, bil/a sem vključena v načrtovanje zdravstvene nege glede na svoje potrebe.	1	2	3	4	5
Medicinske sestre so se mi zdele dobro usposobljene za izvajanje zdravstvene nege, vidna je dobra organiziranost zdravstvene nege, strokovnega znanja osebja, empatije do pacienta.	1	2	3	4	5
Zdravnik anesteziolog mi je posredoval vse potrebne informacije (trajanje anestezije, možnost po-operativnih zapletov, protibolečinsko terapijo).	1	2	3	4	5
Ob odpustu sem prejel/a vse potrebne informacije, kot so navodila za terapijo doma, možnost pojava po-operativnih zapletov.	1	2	3	4	5
Prejel/a sem tudi informacije, kako ob pojavu po-operativnih zapletov ukrepati.	1	2	3	4	5
Prehrana na oddelku se mi je zdela dobra, kvalitetna oz. primerna.	1	2	3	4	5
Bolniška soba se mi je zdela primerna, imel/a sem občutek varnosti, udobja in zasebnosti.	1	2	3	4	5
Če bi imeli pred sabo isti poseg kot ste ga opravili sedaj, ali bi se ponovno odločili za dnevno kirurško obravnavo?	1	2	3	4	5
Poseg v dnevni kirurški obravnavi bi svetoval/a svojcem in prijateljem.	1	2	3	4	5

Hvala za sodelovanje!

