



Visoka šola  
za zdravstveno nego  
Jesenice  
College  
of Nursing  
Jesenice

Magistrsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**DEJAVNIKI ODLOČANJA ZA PRIVZEM NA  
DOKAZIH PODPRTE PRAKSE VODENJA  
POOPERATIVNE BOLEČINE PRI  
MEDICINSKIH SESTRAH**

**FACTORS INFLUENCING NURSES FOR THE  
ADOPTION OF EVIDENCE-BASED  
POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT  
PRACTICES**

Mentor: izr. prof. dr. Andrej Robida      Kandidatka: Sabina Medjedović  
Somentorica: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

Jesenice, maj, 2014

## **ZAHVALA**

Iskreno se zahvaljujem svojemu mentorju izr. prof. dr. Andreju Robidi za strokovne nasvete in predloge ter usmeritve pri izdelavi magistrskega dela. Prav tako se zahvaljujem somentorici izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič.

Za pomoč pri izdelavi magistrskega dela se zahvaljujem recenzentu izr. prof. dr. Janku Kersniku.

Zahvaljujem se statistiku Damirju za statistično obdelavo in vsem zavodom ter medicinskim sestram, ki so si vzele čas in odgovorile na vprašalnik.

Zahvala je namenjena tudi mojim najbližjim, ki so me v času študija in nastajanja magistrskega dela podpirali in mi stali ob strani.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Z razpoznavo dejavnikov za izboljšanje privzema na dokazih podprte prakse vodenja pooperativne bolečine pri medicinskih sestrah lahko vplivamo na spremembe njihovega vedenja v zvezi s pooperativno bolečino.

**Cilj:** Cilj raziskave je bil ugotoviti, ali medicinske sestre uporabljajo na dokazih podprto prakso vodenja pooperativne bolečine, in razpoznati predhodne dejavnike, ki vplivajo na to.

**Metoda:** Izvedli smo terensko raziskavo z neeksperimentalnim modelom in deskriptivno metodo dela. Uporabili smo metodo anketiranja v obliki pisnega vprašalnika pri medicinskih sestrah na srednješolski, višješolski in visoki strokovni ravni na kirurških oddelkih v slovenskih bolnišnicah ( $n = 14$ ). Vprašalnike smo razdelili vsem medicinskim sestram ( $n = 1573$ ). Za statistično obdelavo je bilo primernih 41,6 % ( $n = 655$ ) vprašalnikov. Naredili smo psihometrično analizo vprašalnika, deskriptivno statistiko, t-test za neodvisne vzorce, Spearmanov korelacijski koeficient, Mann-Whitneyjev U-test in multiplo regresijsko analizo (programa SPSS 17.0 in AMOS 21).

**Rezultati:** Faktorska analiza je pokazala, da je za slovenske razmere boljši prirejen vprašalnik (4 faktorji in 26 trditev) in da je skladnost s slovenskimi podatki zadostna ( $\chi^2 = 537,726$ ;  $df = 269$ ;  $p < 0,001$ ; CFI = 0,85; RMSEA = 0,055). Zanesljivost vprašalnika je bila dobra (Cronbach alfa  $> 0,7$ ). Medicinske sestre v določeni meri podpirajo na dokazih podprto prakso obravnave pooperativne bolečine. Prepričane so, da uporabljajo na dokazih podprto prakso ocene pooperativne bolečine, vendar jo v praksi vedno izvaja 3,2 % medicinskih sester. Multipla regresijska analiza je pokazala, da dosedanja praksa ( $p < 0,001$ ), pripravljenost sprejeti novosti ( $p < 0,001$ ) in stopnja izobrazbe ( $p < 0,008$ ) pojasnijo le majhen delež variance za privzem na dokazih podprte prakse ocene pooperativne bolečine.

**Razprava:** Razvili smo prilagojen standardiziran slovenski vprašalnik za ugotavljanje predhodnih pogojev za privzem na dokazih podprte prakse obravnave pooperativne bolečine. Ugotovili smo, da predhodni dejavniki pojasnijo le majhen odstotek variance za privzem na dokazih podprte prakse ocene pooperativne bolečine. Medicinske sestre so prepričane, da uporabljajo na dokazih podprto pooperativno oceno bolečine, vendar je njeno izvajanje zelo pomanjkljivo.

**Ključne besede:** medicinske sestre, pooperativna bolečina, vodenje, na dokazih podprta praksa, predpogoji.

## SUMMARY

**Theoretical origins:** With the identification of factors for the improvement of the uptake of evidence-based postoperative pain management practices in nurses we can influence changes of their behaviour regarding the postoperative pain.

**Aim:** The aim of the research was to find out, whether nurses use evidence-based postoperative pain management practices, and identify preconditions that impact them.

**Method:** We conducted a field research with a non-experimental design and descriptive method. We used the survey method in the form of a written questionnaire among nurses at the high school, higher vocational and high professional level in surgery departments of Slovenian hospitals ( $n = 14$ ). We distributed the questionnaires among nurses ( $n = 1573$ ). 41.6 % of the filled out questionnaires ( $n = 655$ ) were suitable for the statistical analysis. We carried out a psychometrical analysis of the questionnaire, descriptive statistics, t-test for independent samples, Spearman's correlation coefficient, Man-Whitney's U-test and the multiple regression analysis (software SPSS 17.0 and AMOS 21).

**Results:** The factor analysis showed that the most suitable for Slovenian conditions is the adapted questionnaire (4 factors, 26 statements) and that the coherence with Slovenian data is sufficient ( $\chi^2 = 537.726$ ;  $df = 269$ ;  $p < 0.001$ ; CFI = 0.85; RMSEA = 0.055). The reliability of the questionnaire was good (Cronbach alpha  $> 0.7$ ). Nurses support evidence-based postoperative pain management practices to a certain extent. They are convinced that they use the evidence-based postoperative pain assessment, but in practice only 3.2 % of nurses use it on a regular basis. The multiple regression analysis showed that the actual practice ( $p < 0.001$ ), readiness to accept innovation ( $p < 0.001$ ) and the level of education ( $p < 0.008$ ) explain only a small proportion of the variance for the uptake of evidence-based postoperative pain assessment.

**Discussion:** We developed an adapted standardized Slovenian questionnaire for the identification of preconditions for the uptake of evidence-based postoperative pain management. We found out that preconditions explain only a small proportion of the variance for the uptake of evidence-based postoperative pain assessment. Nurses are convinced that they use the evidence-based postoperative pain assessment, but its realization is very insufficient.

**Keywords:** nurses, postoperative pain, management, evidence-based practice, preconditions.

# KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL.....</b>	<b>2</b>
2.1	NA DOKAZIH PODPRTA ZDRAVSTVENA NEGA.....	2
2.2	NAČELA KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENEM SISTEMU .....	11
2.3	OSREDOTOČENOST NA PACIENTE .....	12
2.4	VODENJE POOPERATIVNE BOLEČINE V BOLNIŠNICAH .....	14
2.5	PREDHODNI DEJAVNIKI SPREJETJA NA DOKAZIH PODPRTE PRAKSE.....	17
2.5.1	Dosedanja praksa z vodenjem bolečine .....	17
2.5.2	Občutene potrebe po spremembi.....	19
2.5.3	Pripravljenost sprejeti novost.....	20
2.5.4	Norme družbenega sistema .....	21
2.6	DOSEDANJE RAZISKAVE O VODENJU POOPERATIVNE BOLEČINE PRI MEDICINSKIH SESTRAH.....	22
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL .....</b>	<b>25</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	25
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE .....	25
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	26
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	26
3.3.2	Opis spremenljivk in merskega instrumenta .....	26
3.3.3	Opis vzorca.....	31
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	32
3.4	REZULTATI .....	36
3.5.1	Omejitve raziskave.....	79
3.5.2	Klinični pomen in uporabnost raziskave.....	80
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK .....</b>	<b>82</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA.....</b>	<b>84</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE .....</b>	<b>96</b>
6.1	VPRAŠALNIK .....	96
6.2	TABELE .....	108

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Opisne statistike indeksov vprašalnika VPP-S .....	29
Tabela 2: Zanesljivost merskega instrumenta po vsebinskih sklopih, Cronbachova alfa ob izbrisu spremenljivke.....	30
Tabela 3: Rotirana komponentna matrika .....	38
Tabela 4: Korelacija med komponentami.....	40
Tabela 5: Konfirmatorna faktorska analiza modela predhodnih pogojev po Carlsonovi in slovenskega modela .....	40
Tabela 6: Nestandardizirane in standardizirane regresijske uteži .....	42
Tabela 7: Kvadrirana multipla korelacija (R <sup>2</sup> ).....	44
Tabela 8: Korelacija in kovarianca med štirimi faktorji.....	45
Tabela 9: Trditve o dosedanji praksi z vodenjem bolečine .....	46
Tabela 10: Trditve o čustvih, ki prebudijo potrebo po spremembi .....	47
Tabela 11: Trditve o pripravljenosti sprejeti novosti.....	47
Tabela 12: Trditve o normah družbenega sistema.....	48
Tabela 13: Stopnja privzema na dokazih podprte prakse ocene pooperativne bolečine .....	49
Tabela 14: Stopnja podpiranja dejavnikov in uporaba na dokazih podprte prakse ocene pooperativne bolečine .....	50
Tabela 15: Standardna multipla regresija .....	52
Tabela 16: Spol in stopnja podpiranja dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine .....	53
Tabela 17: Dodatna znanja in stopnja podpiranja dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine .....	54
Tabela 18: Napredovanje na višji položaj in stopnja podpiranja dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine .....	55
Tabela 19: Korelacijska matrika med predhodnimi dejavniki privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine in starostjo, izobrazbo, številom branih strokovnih revij ter številom let dela kot medicinska sestra .....	56



Tabela 20: Korelacijska matrika med predhodnimi dejavniki privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine in stopnja na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine.....	59
Tabela 21: Spol in stopnja na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine .....	61
Tabela 22: Mann-Whitneyjev U-test za spol in stopnjo na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine .....	61
Tabela 23: Dodatna znanja in stopnja na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine .....	62
Tabela 24: Mann-Whitneyjev U-test za dodatna znanja in stopnjo na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine.....	63
Tabela 25: Napredovanje na višji položaj in stopnja na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine .....	64
Tabela 26: Mann-Whitneyjev U-test za napredovanje na višji položaj in stopnja na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine .....	64
Tabela 27: Korelacijska matrika med stopnjo na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine in starostjo, izobrazbo, številom branih strokovnih revij ter številom let dela kot medicinska sestra .....	66
Tabela 28: Povprečja in standardni odkloni spremenljivke, korelacije »Spremenljivka – skupaj« in Cronbachove alfe ob izbrisu spremenljivke	108
Tabela 29: Analiza načina ocene bolečine medicinskih sester (sklop F) .....	110
Tabela 30: Analiza načina ocene uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta (sklop G) .....	111
Tabela 31: Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini (sklop H).....	112
Tabela 32: Dosedanja praksa z vodenjem bolečine (frekvenčne porazdelitve – veljavni delež) .....	113
Tabela 33: Občutene potrebe po spremembi (frekvenčne porazdelitve – veljavni delež) .....	113
Tabela 34: Pripravljenost sprejeti novosti (frekvenčne porazdelitve – veljavni delež) .....	114
Tabela 35: Norme družbenega sistema (frekvenčne porazdelitve – veljavni delež) .....	114

## KAZALO SLIK

Slika 1: Slovenski model vprašalnika predhodnih pogojev – PP-S.....	41
Slika 2: Stopnja privzema na dokazih podprte prakse.....	51
Slika 3: Histogram (indeks »Dosedanja praksa z vodenjem bolečine«) .....	116
Slika 4: Histogram (indeks »Občutene potrebe po spremembi«).....	116
Slika 5: Histogram (indeks »Pripravljenost sprejeti novost«).....	117
Slika 6: Histogram (indeks »Načini ocene bolečine za medicinske sestre«) .....	117
Slika 7: Histogram (indeks »Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta«) .....	118
Slika 8: Histogram (indeks »Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini«).....	118
Slika 9: Histogram (indeks »Vprašalnik o praksi medicinskih sester«).....	119

## 1 UVOD

S številnimi biomedicinskimi raziskavami smo pridobili znanje za odpravo ali nadzor bolečine, s čimer se je v zdravljenju bolečine v zadnjem desetletju veliko spremenilo. Pomembno je, da je danes drugačno razumevanje bolečine, da znamo prepoznavati različna bolečinska stanja, različne vrste bolečine in da uvajamo nove načine zdravljenja, ki so lahko medicinski ali nemedicinski ter invazivni in neinvazivni ali pa gre za kombinacijo metod farmakološkega in nefarmakološkega zdravljenja (Krčevski Skvarč, 2005). Kljub novim smernicam in standardom je bolečina pogosto neustrezno obravnavana in še vedno predstavlja problem po vsem svetu. Vztrajnost in razširjenost vsakdanje prakse, ki bolečine ne zmanjšuje optimalno, sta posledici, za kateri so delno odgovorni tudi zdravstveni strokovnjaki, vključno z medicinskimi sestrami. Potrebne so temeljite spremembe glede obravnave bolečine. Vse bolj kaže, da ni univerzalnega prenosa znanja v praktično delo in ni reševanja kliničnih problemov, ki naj bi temeljili na dokazih. Posledica je neolajšana bolečina, zaradi katere posamezniki po nepotrebnem trpijo. Na dokazih podprto vodenje bolečine je celovito vodenje bolečine, ki oceni in zagotavlja intervencije pri pacientih z bolečino (Crooks, 2002). Intervencije temeljijo na najboljših raziskavah, ki vključujejo klinične izkušnje, razpoložljiva sredstva, pacientovo anamnezo in zdravstveno stanje (Polit, Beck, 2005). Potrebno je zavedanje zdravstvenih strokovnjakov o sprejetju novih vzorcev obnašanja glede vodenja bolečine in jih spodbuditi k sprejemanju inovacij ter spremljanju strokovne literature, da bi izboljšali vsakdanjo prakso obravnave bolečine na podlagi izsledkov raziskav.

Sprejetje novosti v prakso je odvisno od več predhodnih dejavnikov, ki spodbujajo ali zavirajo potrebo po zavedanju o novostih. Za zagotavljanje ustreznosti lajšanja bolečine bi morali raziskati te predpogoje, ki vplivajo na odločitve medicinske sestre, da sprejme na dokazih podprto prakso vodenja bolečine (Rogers, 2003).

## 2 TEORETIČNI DEL

Na dokazih podprta praksa je zelo razširjen pristop za usmerjanje in urejanje zdravstvene nege. Najboljši dokaz pomeni hierarhični pristop do znanja, ki vključuje druge oblike dokazov, ki so potrebni za razumevanje kompleksnosti zdravstvene nege. Medtem ko je na dokazih podprta praksa bolj odprta za vrsto različnih raziskovalnih metodologij, je še vedno v veliki meri pod vplivom hierarhije dokazov, čeprav je ta pristop k reševanju kompleksnosti zdravstvenega varstva omejen. Ena od radikalnih napadov na dokazih podprto prakso vključuje trditev, da sta tako početje in razumevanje raziskovanja socialni aktivnosti in daleč od objektivnega udejstvovanja, kar močno vpliva na socialni svet, v katerem se izvaja. Na dokazih podprta praksa ne zadostuje, da dosežemo učinek sprememb, ki so potrebne za izboljšanje. To pa zato, ker se glavni izzivi pojavijo pri uvajanju sprememb v prakso in ravno pri uvajanju sprememb v prakso moramo storiti mnogo več kot doslej (O'halloran, Porter, Blackwood, 2010).

Na dokazih podprta praksa je pridobila večjo priljubljenost od uvedbe v zadnjem delu 20. stoletja, v upanju, da bo prevladujoča tema v klinični praksi, politiki, menedžmentu in izobraževanju znotraj zdravstvenih storitev po vsem svetu (Rycroft-Malone, Harvey, Seers, 2004). Odločanje v zdravstveni negi se je dramatično spremenilo. Od medicinskih sester se pričakuje, da odločitve, ki jih sprejmejo, temeljijo na najboljših možnih dokazih, ki jih vsakodnevno pregledujejo, prav tako pa, da sproti spremljajo nove dokaze (Pearson, Field, Jordan, 2007).

### 2.1 NA DOKAZIH PODPRTA ZDRAVSTVENA NEGA

Da bi medicinske sestre uporabljale dokaze, morajo biti seznanjene in se zavedati, kako uvesti, razviti in vrednotiti na dokazih podprto prakso. Obstajajo tudi organizacijski modeli odličnosti, ki poudarjajo potrebo po pozornosti za uporabo dokazov. Tak tip modela je na primer »University of Iowa Hospitals and clinics IOWA model« (Titler et al., 2001 povz. po Wilkinson, 2010). Ti modeli zahtevajo zavezanost vodilnih na vseh ravneh znotraj organizacije, jasno vizijo in strateški načrt, s katerim zagotovimo, da te

dokaze ne uporabljajo samo posamezniki, timi, oddelki, ampak da so spremembe, ki so na dokazih podprte, v skupni rabi celotne organizacije. To lahko vključuje skupno rabo zunaj zdravstvene organizacije z lokalnimi akademskimi partnerji. Ta dvosmerni proces izmenjave vodi do znanja, ki izpolnjuje lokalne potrebe in odraža prioriteto, zdravstvenemu osebju in študentom zdravstvene nege pa nudi možnosti, da vidijo povezavo med raziskavami in prakso (Wilkinson, 2011a). »IOWA model« se osredotoča na organizacijo in sodelovanje ter vključuje ravnanje in uporabo raziskav, skupaj z drugimi vrstami dokazov (Titler, Steelman, Budreau, 2001). Zdravstvena nega kot največja skupina, ki nudi pomoč pacientom in ima največ stika z pacienti, ima priložnost, da vpliva na potek bolezni in okrevanje (Newell, Burnard, 2006).

Pravikoff, Tanner in Pierce (2005) menijo, da medicinske sestre niso naklonjene uvedbi in uporabi rezultatov raziskav v svoji klinični praksi. Ovire, ki to preprečujejo, so številne. Na splošno gre predvsem za pomanjkanje časa in pomanjkljivo usposabljanje za uvajanje ter uporabo raziskav v vsakdanji praksi. Tudi uporaba žargona v raziskovanju daje vtis, da so raziskave bolj povezane z akademskim svetom in ne predstavljajo orodja za strokovnjake. Raziskovanje je videti kot vrhunec dokazov in ne kot del na dokazih podprte prakse. Na dokazih podprta praksa je pomemben del zagotavljanja kakovostne skrbi za paciente, vendar je bilo rečeno, da zdravstveni strokovnjaki ne uporabljajo vedno celotnega obsega obstoječih dokazov za vodenje svoje prakse. Medicinske sestre poročajo, da imajo pozitiven odnos do raziskovanja, vendar ga ne uporabljajo vsakodnevno. Namesto tega znanje pridobivajo od sodelavcev in pacientov, politike, iz presojevalnih ali nadzornih poročil, iz tega, kar jim drugi povedo, ali pa sprejmejo rutino, ki jih vodi v njihovi praksi (Pravikoff et al., 2005). Pravikoff et al. (2005) so v svoji raziskavi vprašali medicinske sestre, kje poiščejo informacije, če morajo razrešiti klinični problem. 67 % anketiranih je odgovorilo, da vedno ali zelo pogosto raje vprašajo svoje sodelavce, kot da bi pregledale strokovno literaturo. V drugi raziskavi so spraševali psihiatrične medicinske sestre iz Irske, katere so ovire, ki zavirajo uporabo raziskav v njihovi praksi. Tiste, ki so sodelovale v raziskavi, so povedale, da je največja ovira pomanjkanje časa za iskanje raziskav, ki so objavljene v strokovnih revijah, da ne morejo najti raziskav v revijah, ko jih iščejo, ter da so raziskovalna poročila, ki jih najdejo, težko razumljiva. Večina psihiatričnih

medicinskih sester je povedala, da so bolj samozavestne pri iskanju informacij na internetu in manj samozavestne pri uporabi rezultatov raziskav. Ko pa si želijo izboljšati svojo prakso, ki temelji na raziskavah, so največjo podporo dobile od višjih medicinskih sester, ki so odgovorne za razvoj prakse (Yadav, Fealy, 2011).

Scott et al. (2008) poročajo, da medicinske sestre pogosto vidijo svojo vlogo v izvajanju oskrbe, ne pa iskanju in sprejemanju informacij. To je razumno stališče, ker je večina medicinskih sester zaposlenih za opravljanje nege, ki je osrednji del njihovega delovnega okolja. Kljub temu je to profesionalno okolje, ki zahteva prakso, podprto z dokazi, ter da so medicinske sestre vedno na tekočem. Različni avtorji v svojih raziskavah ugotavljajo pomanjkanje znanja o raziskovalnih procesih in pomanjkanje samozavesti (Hewitt-Taylor, Heaslip, Rowe, 2012).

Prior, Wilkinson in Nevile (2010) ter Grant, Hanson in Johnson (2012) so prav tako ugotovili, da je uporaba rezultatov raziskav odvisna od časa, ki je dan na voljo za branje in vrednotenje raziskav ali pa razvoj mehanizmov, ki zdravstvenim strokovnjakom omogočajo enostaven dostop do trdnih dokazov z osredotočanjem na prakso. Najpogostejše ovire, ki se pojavljajo pri izvajanju uporabe dokazov v praksi pri medicinskih sestrah, so pomanjkanje časa za branje rezultatov raziskav, težave pri razumevanju in dostopnosti raziskav, pomanjkanje spretnosti, potrebnih za dostop, oceno in izvajanje ugotovitve raziskav, pomanjkanje podpore s strani organizacije, prav tako pa pomanjkanje avtonomije za spremembo prakse. Medicinske sestre morajo biti za zagotavljanje dobrega zdravstvenega varstva usposobljene za pridobivanje dokazov, interpretacijo in implementacijo. Sposobne morajo biti oceniti vpliv na izvedene dokaze za zdravje in dobro počutje (Higgins et al., 2010).

Medicinske sestre na Švedskem morajo po zakonu izvajati zdravstveno nego na podlagi izsledkov raziskav. Da bi to dosegle, je na dokazih podprta praksa ključnega pomena. Večina raziskav je pokazala, da medicinske sestre z višjo izobrazbo v večji meri uporabljajo raziskovalne rezultate (Koehn, Lehman, 2008). Med glavnimi težavami so bile lastnosti organizacije: premalo časa za medicinske sestre za vključitev novih idej v prakso v 73 % študij, pomanjkanje avtoritete za spremembo procesa zdravstvene nege

pa v 49 %. Med drugimi je šlo tudi za pomanjkanje interesa vodilnih in managementa (Johannsson, Fogelberg-Dahm, Wadensten, 2010). Retsas (2000) je ugotovil, da je najpomembnejši dejavnik dojemanje organizacijske podpore, še posebej pri zagotavljanju časa za izvajanje novih idej. Zato so na Švedskem v letu 2009 naredili raziskavo s 168 glavnimi medicinskimi sestrami v dveh bolnišnicah. Podatke so zbirali s pomočjo anketnega vprašalnika. Odgovorilo je 99 medicinskih sester. Večina je poročala o pozitivnem odnosu do raziskovanja in na dokazih podprte prakse, ampak da imajo premalo časa za aktivnosti, ki so podprte na dokazih. Starejša kot je bila glavna sestra, bolj je bila pozitivna korelacija z uporabo raziskav. Izobraževanje iz raziskovalnih metod in zaznana podpora od neposredno nadrejenih sta bila statistično bistveno povezana s povečano uporabo na dokazih podprte prakse. Ta raziskava je poudarila vrednost izobrazbe raziskovalnih metod in pomembnost podpore vodstva bolnišnic (Johansson et al., 2010).

V raziskavi v singapurski bolnišnici so ugotavljali odnos, znanje, ovire, olajševalne dejavnike, izobrazbo in usposabljanje v zvezi z uporabo na dokazih podprte prakse pri medicinskih sestrah. Za pridobivanje podatkov so uporabili vprašalnik. Sodelovalo je 1114 medicinskih sester (75,4 %). Ugotovitve so pokazale, da imajo singapurske medicinske sestre pozitiven odnos do prakse, ki je na dokazih podprta, ampak pomanjkanje kompetenc in znanja za njeno izvajanje. Kot najpogostejša ovira je bil naveden čas za izvajanje na dokazih podprte prakse. Medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe so se nagibale k manj težavam z uporabo na dokazih podprte prakse, ampak so izrazile potrebo, da si želijo več usposabljanja in informiranja. Ugotovili so, da anketirane medicinske sestre niso imele nobenega formalnega usposabljanja ali tečaja na dokazih podprte prakse. Te ugotovitve zelo presenečajo, ker je 44,1 % teh medicinskih sester imelo diplomu ali so končale podiplomski program, katerega sestavni del je usposabljanje za uvedbo na dokazih podprte prakse. Možno je tudi, da ti anketiranci med izobraževanjem oz. učnim načrtom niso dobili informacij o na dokazih podprti praksi, ker se tak učni načrt ni izvajal pred toliko leti. Te medicinske sestre so imele povprečno delovno dobo 8 let. Vprašanja in dojemanje poročil medicinskih sester v Singapurju so podobna tistim z ostalimi medicinskimi sestrami po vsem svetu. Anketiranci so bili odprti do raziskovanja in na dokazih podprte prakse, ampak imajo

pomanjkanje kompetenc, znanja in prakse s področja aktivnosti, ki so povezane z na dokazih podprto prakso. Anketiranci so predlagali uvedbo ustreznega usposabljanja, razpoložljivost časa in da tiste medicinske sestre, ki imajo znanje s tega področja, to delijo, da bi bile mentorice drugim. To so bili najpogostejši naštetih dejavniki, ki bi omogočili boljše in bolj razširjeno sprejetje na dokazih podprte prakse. Te ugotovitve so logične in so skladne z odgovori dojemanja anketiranih, ker sta se zaznali neustreznost in neusposobljenost v znanju in spretnostih, povezanih z na dokazih podprto prakso in raziskovanjem (Foo et al., 2011).

Medicinske sestre v svoji vsakdanji praksi ne uporabljajo izrazov kot na primer: dokazi kažejo, »da je 50 % možnosti preživetja«, kot lahko najdemo v ostalih zdravstvenih poklicih. Medicinske sestre v praksi vsakodnevno ne uporabljajo raziskovalne terminologije, kot so teorija, hipoteze, metodologija in konceptualizacija. To so koncepti šolskega in akademskega sveta. Raziskovalni jezik med raziskovalnimi člani skupine se lahko tudi razlikuje in vodi v nesporazum med raziskovalnim timom, če izrazi niso definirani dovolj zgodaj v raziskovalnem procesu. Vključevanje v skupinsko raziskovanje povečuje znanje in izkušnje ter zagotavlja številne učne možnosti za klinične raziskovalce. Če se raziskovanja lotimo samostojno, lahko zamudimo priložnost za gradnjo kolegialnih odnosov in učenje, povezano z raziskovanjem (Johansson et al., 2010).

Larkin et al. (2009) so v raziskavi ugotovili, da 30 do 40 % pacientov ne prejema zdravstvene obravnave, ki temelji na znanstvenih dokazih. Frace (2010) v svojem članku pravi, da če imamo nove ideje o spremembi prakse, jih moramo začeti uresničevati. Začeti je treba brati strokovne revije s tistega področja, ki ga želimo spremeniti, in na tak način naredimo prvi korak v na dokazih podprtem procesu z identifikacijo problema, s postavljanjem vprašanj, pregledom literature in izvedbe raziskave. Nato moramo novost vpeljati v prakso. Pri tem potrebujemo pomoč vodje. Pogovoriti se je treba z vsemi ostalimi člani tima in jim predstaviti idejo o raziskavi. Predno novost vključimo v prakso, je treba rezultate dokumentirati. Če ne dobimo takih rezultatov, kot smo jih pričakovali, nas to ne sme odvrniti od raziskovanja, ker je tudi to del raziskovalnega procesa.



Specifična funkcija medicinskih sester na Novi Zelandiji, ki delajo v praksi, je posodobitev zdravstvenih storitev. Vse večji poudarek se daje na storitve, ki so izboljšane s pomočjo večjega klinično učinkovitega odločanja. V letu 2007 je bila izvedena raziskava, v kateri je sodelovalo 55 medicinskih sester z Nove Zelandije. Uporabili so deskriptivno metodo dela. Z uporabo anketnega vprašalnika so lahko iz dneva v dan merili uporabo dokazov v praksi ter posamezna stališča in ustrezno znanje medicinskih sester. Cilj raziskave je bil opis dojetanja medicinskih sester glede uporabe na dokazih podprte prakse, odnosa do prakse, ki je podprta z dokazi, in dojetanje svojega znanja in pridobljenih veščin, povezanih z na dokazih podprto prakso. Drugi cilj je bil tudi definirati vpliv izobraževalnih programov na prakso, odnos, znanje in spretnosti. Rezultati so pokazali, da so bili odnos medicinskih sester do prakse, ki je na dokazih podprta, znanje, spretnosti in izobraževalne priprave medicinskih sester pomembni dejavniki, ki so vplivali na učinkovito uporabo rezultatov raziskav v praksi (Prior et al., 2010).

Potreba po raziskavah v praksi je dobro dokumentirana v zdravstveni negi in ostalih zdravstvenih disciplinah. To sprejetje temelji na prepričanju, da bodo klinično uporabne raziskave informirale in izboljšale prakso zdravstvene oskrbe in dale boljše rezultate uporabnikom in njihovim družinam. Glavni izziv za delanje kliničnih raziskav izhaja iz kulture, kjer je prioriteta prakse delo medicinske sestre, ki je osnovna dejavnost, ter obstaja potreba po takojšnji obravnavi s kratkoročnimi cilji. Tu so prisotni tudi problemi, ki so povezani z uporabo raziskovalnega jezika, predvsem med medicinskimi sestrami, ki delajo v praksi. Problem je tudi v pomanjkanju podpore in sredstev za delanje raziskav in vzdrževanje zagona za raziskovalni projekt, ki prav tako predstavlja pomemben izziv. Prednosti delanja raziskav v zdravstveni negi vključujejo tudi eksperimentalno učenje, ki ima potencial, da bo privedlo do spremembe v praksi. Osnovna dejavnost kliničnih medicinskih sester je zagotavljanje oskrbe pacientov v okolju, ki vključuje hiter pretok pacientov s kompleksnimi potrebami. Sodelovanje v raziskavah dan za dnem ni prioriteta, ker je nujno spoznati potrebe pacientov in njihovih družin. Raziskovalno delo tako gradi sposobnost kritičnega razmišljanja, da lahko nekaj naredimo v praksi. To je lahko rezultat zelo uspešne izkušnje, ko je vse skupaj končano. Poleg tega lahko rezultati raziskav vodijo v spremembo prakse in ko se to zgodi, pride

do občutka, da smo nekaj dosegli, še posebej, če vidimo, da je v korist pacientu. Medicinske sestre, ki sodelujejo v raziskovanju, pomagajo natančneje definirati in razširiti naše razumevanje znanstvene podlage za zdravstveno nego (Higgs et al., 2010).

Ameriško združenje šol za zdravstveno nego (angl. *American Association of Colleges of Nursing – AACN*) in Nacionalna zdravstveno-akreditacijska komisija (angl. *National League of Nursing Accreditation Commission – NLNAC*) zahtevajo, da se dodiplomski in podiplomski programi zdravstvene nege zagotovijo v okviru učnega programa, ki jasno zariše, kako izboljševanje kakovosti, na dokazih podprte prakse in raziskovalna podpora izboljšujejo zdravstveno prakso. Učenje s sistematičnim vključevanjem izboljševanja kakovosti in na dokazih podprte prakse in raziskovanja v vsakodnevno delo s pacienti zagotavlja varnost pacientov, kakovostno nego in zelene rezultate. Glede na trenutno dinamično zdravstveno nego bodo medicinske sestre z razumevanjem teh principov bolje pripravljene na prehod od začetnikov do strokovnega delavca. Vključevanje medicinskih sester v klinično prakso in znanstveno povpraševanje je bistvena komponenta profesionalne zdravstvene nege – odvisno od njihovega predhodnega znanja in treninga. Medicinske sestre sodelujejo v različnih raziskovalnih dejavnostih, da se zagotovi varnost in učinkovito zdravstveno nego (Shirey et al., 2011).

Pomanjkanje privzema dokazov v prakso je raziskala Eizenberg (2011) glede osebnostnih, profesionalnih lastnosti in značilnosti medicinskih sester ter njihovega vnosa dokazov v klinično prakso. Ugotovitve so pokazale, da medicinske sestre potrebujejo enostaven dostop do orodij in uporabe dokazov, kot so dobro opremljene knjižnice in računalniki. Eizenberg (2011) je prav tako ugotovila, da je izpostavljenost profesionalnim revijam, kot je *Journal of Advanced Nursing*, pomembna za medicinske sestre. Avtorica je mnenja, da strokovne revije igrajo pomembno vlogo v pospeševanju širjenja dokazov in informacij.

Razvoj zdravstvenih delavcev ni potreben samo zato, da se zagotovi kakovost, ampak tudi kot spodbuda in obogatitev za zdravstveno nego kot profesionalno disciplino. To je primer izobraževalne strategije, ki jo je mogoče prilagoditi tako, da služi akademski ravni kot tudi bolnišnični ravni. Ugotovitve so tudi pokazale, da tiste medicinske sestre,

ki so se izobraževale s področja raziskovanja in na dokazih podprte prakse, kažejo večjo samozavest, ker imajo zavest za kritično mišljenje. Postanejo bolj samozavestne, kar dokažejo s svojo sposobnostjo branja, razumevanja in vključitve raziskovalnih ugotovitev v prakso. Postanejo tudi bolj sproščene pri komunikaciji s pacientom, zdravniki in ostalimi zdravstvenimi strokovnjaki (Staffileno, Carlson, 2009). Tudi raziskava, ki so jo opravili med magistrskimi študenti zdravstvene nege, kjer so intervjuvali 10 medicinskih sester iz Nemčije in 9 iz Velike Britanije, je pokazala podobne rezultate. Podatke so zbirali od avgusta 2006 do februarja 2007. Ugotovili so, da ima magisterij iz zdravstvene nege pozitivne učinke na samozavest, kognitivno delovanje, razvijanje na dokazih podprte prakse in večjo strokovnost in zmožnost kariernega napredovanja. Ugotovili so tudi, da sta status in poklic medicinske sestre napredna in s tem se tudi zdravniška dominanca spreminja pri vsakdanjem delu. Očitno je, da so pozitivne koristi za medicinske sestre, ki nadaljujejo podiplomski študij zdravstvene nege na magistrski stopnji, povezane s poklicnimi in značajskimi lastnostmi, ki lahko zagotavljajo neposredne koristi za paciente (Watkins, 2011).

Cotterill-Walker (2011) je naredila pregled literature, kjer je ugotovila, da je malo raziskav in zadostnih dokazov, ki bi lahko neposredno vplivali na pacientove rezultate. V literaturi je bilo prav tako poudarjeno pomanjkanje evalvacij rezultatov tistih medicinskih sester, ki imajo magistrsko izobrazbo v povezavi z mnenjem pacientov in njihovimi izkušnjami. Samo 3 raziskave so se osredotočile na pacientove rezultate v povezavi z izobrazbo medicinskih sester. Zadnja raziskava, ki so jo naredili v 9 evropskih državah, je pokazala, da če je v timu 60 % univerzitetnih diplomiranih medicinskih sester, ki v povprečju skrbijo za 6 pacientov, je smrtnost pacientov za tretjino nižja v primerjavi s tistimi timi, kjer je tako univerzitetno izobraženih medicinskih sester za polovico manj in v povprečju skrbijo za 8 pacientov (Akien et al., 2014). Zavedati se moramo tudi, da je dober izobraževalni program ključ do uspešnega vodenja in boljših pacientovih rezultatov (Liu, Edwards, Courtney, 2011).

Kanadsko združenje medicinskih sester (angl. *Canadian Nurses Association*, 2002) ugotavlja, da je na dokazih podprto odločanje bistvenega pomena za pacientove rezultate, za dokaz klinične prakse in doseg stroškovne učinkovitosti. Pomembno je tudi

za zagotavljanje odgovornosti in preglednosti pri odločanju. Istega mnenja je Mednarodni svet medicinskih sester (angl. *International Council of Nurses*) (2007), ki prav tako poudarja pomen, ki temelji na raziskovanju v praksi kot »znak strokovne nege« (Earle-Foley, 2011).

Vodilne medicinske sestre bi morale imeti ključno vlogo v vodenju in omogočanju izvajanja na dokazih podprte prakse (Wilkinson, 2011b). V raziskavi Gerrish, Nolan in McDonnell (2012) so želeli ugotoviti, kateri dejavniki vplivajo na vodilne medicinske sestre in njihovo zmožnost za spodbujanje uporabe na dokazih podprte prakse med medicinskimi sestrami, ki so v vsakdanjem stiku s pacienti. Ugotovili so štiri skupine dejavnikov, ki pri vodilnih medicinskih sestrah pospešujejo ali ovirajo spodbujanje medicinskih sester za uporabo na dokazih podprte prakse. To so osebne lastnosti, odnos z interesnimi skupinami, vloga vodilne medicinske sestre in organizacijski okvir. Univerzitetna izobrazba veliko prispeva k razvoju medicinskih sester. Vodilne medicinske sestre z magistrsko izobrazbo imajo večjo verjetnost, da so pristojne za izvajanje smernic, določanje standardov, ki temeljijo na dokazih, opredelitev potrebe po spremembah, izvajanje in vrednotenje sprememb na podlagi dokazov, od tistih z nižjo izobrazbo (Gerrish, 2011). V tej raziskavi je bila izpostavljena pomembnost izobrazbe vodilnih medicinskih sester, poleg znanja o na dokazih podprti praksi morajo razvijati osebne lastnosti in vodenje strokovnega znanja, vključno z vodenjem sprememb, ter vplivati na pogajanja in motivacijske spretnosti za vodenje dinamične klinične prakse (Gerrish et al., 2012).

Izboljševanje kakovosti v zdravstveni negi vključuje glavne komponente razvoja na podlagi dokazov kulture z zagotavljanjem strateške usmeritve za razvoj, uporabo in ocenjevanje znanja v praksi in odločanje ter določanje procesa razvoja zdravstvene nege diplomantov, ki bi lahko bili sposobni sodelovati za proizvodnjo aktivnih dokazov (Hahid, Hasheesh, Momani, 2011). Gibanje v smeri na dokazih podprte prakse je izrecno potrebno za dostop do sedanjih najboljših dokazov za izboljšanje zdravstvenega sistema. Prednost elektronske tehnologije je omogočila, da je več informacij na voljo, vendar ne vplivajo na razpoložljivost stopnje uporabe dokazov v praksi (McGowan, 2010). Zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege ni opcija. Je standard, ki ga moramo

vključiti v našo prakso zdravstvene nege. To zahteva novo sporočilo, da praksa zdravstvene nege temelji na raziskavah in raziskovalnem delu (Elliot, 2011).

## 2.2 NAČELA KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENEM SISTEMU

Zdravstveno varstvo je kompleksen sistem, ki poteka vsakodnevno in vse dni v letu. Gre za aktivno in neprekinjeno dejavnost, pri kateri je bistvo vodenja sistematično izboljševanje znanja vseh zaposlenih, organiziranost procesa zdravstvene obravnave, delovnega okolja in vodenja. Kaže se v dvigu uspešnosti zdravljenja, povečani dostopnosti zdravljenja, predvsem pa v večji varnosti. Sistem vodenja kakovosti in varnosti mora biti usklajeno na vseh ravneh izvajanja zdravstvene oskrbe (Kiauta et al., 2010). »Kakovost zdravstvene obravnave je nenehno prizadevanje vsakogar, ki je vključen v zdravstveni sistem, da naredi spremembe, ki bodo privedle do boljših zdravstvenih izidov za paciente, večje uspešnosti delovanja sistema in boljšega razvoja strokovnjakov« (Bataleden, Davidoff, 2007 cit. po Robida, 2009, str.16). Vsi udeleženci v zdravstvenem varstvu morajo tesno in trajno sodelovati pri vzpostavljanju ter vzdrževanju sistemov izboljševanja kakovosti oskrbe in varnosti pacientov, saj so ključni za uspeh izboljševanja kakovosti. Zagotavljanje kakovosti v zdravstvu namreč temelji prav na sodelovanju multidisciplinarnih znanj, spodbujanju timskega dela in povezovanju zdravstvenih delavcev s pacienti ter njihovimi težavami (Kiauta et al., 2010). Kersnik (2010) navaja, da izboljševanje kakovosti ne zahteva samo spremembe sistema zdravstvenega varstva, ampak da so pomembne tudi organizacijske spremembe in spremembe v miselnosti vsakega posameznika. »Izboljševanje kakovosti nas uči, da je s sistematičnim pristopom možno izboljšati izide našega dela« (Kersnik, 2010).

Avtor knjige »Pot do odlične zdravstvene prakse« daje v knjigi poudarek na timski pristop presoje lastne zdravstvene prakse, ki pa je tudi stvar vrhnjega vodstva zdravstvenih ustanov. Robida (2009) navaja, da so največje ovire v Sloveniji slaba organizacijska kultura, slabo razmejena odgovornost posameznikov in poklicnih skupin, odsotnost formalnih pravil profesionalnega obnašanja in odsotnost odgovornosti za neprofesionalno obnašanje. Prav tako sta Skela Savič in Pagon (2007) v raziskavi o organizacijski kulturi in uvajanju sprememb v slovenskih bolnišnicah ugotovila, da

organizacijska kultura ne podpira procesov uvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. Za mikrosistem je pomembno nenehno izboljševanje kakovosti. Za to pa potrebujemo orodje oz. sisteme za merjenje uspešnosti delovanja, ker lahko samo na tak način izboljšujemo kakovost storitev uporabnikov in izvajalcev v sistemu zdravstvenega varstva (Robida, 2009).

»Kakovost v zdravstvu je dosledno ustvarjanje izidov zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami ob upoštevanju šest načel kakovosti: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakost in osredotočenje na paciente« (Ministrstvo za zdravje, 2006).

Vse večji poudarek je na zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe, v katero so vključene tudi medicinske sestre. Z aktivnim sodelovanjem prispevajo k izboljšanju zdravstvenega varstva in večji koristi za paciente. V zadnjih nekaj letih je nastalo veliko poročil, kjer so opisane težave s kakovostjo v zdravstvenem sistemu. Napake zdravstvenega varstva se še vedno pojavljajo z zaskrbljujočo hitrostjo, s približno 3 do 4 % hospitaliziranih pacientov (Thomas et al., 2000) in kar 1 smrtnim izidom od 200 hospitaliziranih pacientov zaradi nezaželenega dogodka (Baker et al., 2004). Po podatkih Evropske komisije (European Commission, 2006) je bilo v raziskavi ugotovljeno, da je 23 % anketirancev navedlo, da so bili prav oni ali njihova družina žrtev napak, ki se dogajajo v bolnišnici ali pa pri predpisovanju zdravil. Varnost in kakovost oskrbe se pospešujeta z izboljševanjem kakovosti zdravstvene storitve in sta povezani z organizacijsko kulturo, izobraževanjem, usposabljanjem in s spremembo obnašanja (Ministrstvo za zdravje, 2006). Robida idr. (2006) ugotavljajo, da lahko visoko kakovost in varno zdravstveno obravnavo dosežemo le, če postaneta neločljiv del vsakdanje rutinske zdravstvene prakse.

### **2.3 OSREDOTOČENOST NA PACIENTE**

Obstaja zelo obširen skupek literature, ki zagovarja k pacientu usmerjen pristop v zdravstveni oskrbi. Tak pristop je glavni trend v zdravstvu, kljub temu pa še vedno obstajajo nesoglasja glede vsebine ali definicije k pacientu usmerjene oskrbe. Kakršna

koli je razlaga k pacientu usmerjenega pristopa, je zdravstvena oskrba nepopolna, če tega koncepta ne upoštevamo vsakodnevno in se ne zavedamo, da je to tudi bistvo zdravstvene nege (Chia-Huei, 2012).

Osredotočenje na pacienta in na njegovo družino v zdravstveni oskrbi ni nov koncept. Gre za inovativen pristop k načrtovanju, izvedbi in oceni zdravstvenega varstva, ki temelji na vzajemno koristnem partnerstvu med izvajalci zdravstvenih storitev pacientov in njihovih družin. Medicinske sestre pogosto igrajo ključno vlogo v prizadevanjih za spremembe v organizacijski kulturi, saj imajo dobro mesto v zdravstveni oskrbi, kjer so osredotočene na paciente in njihove družine v okviru svojih oddelkov in organizacij. Potrebujejo pa podporo svojih sodelavcev in ostalih članov v negovalnem timu (Abraham, Ginn Moretz, 2012). Zdravstvena oskrba, ki je osredotočena na pacienta, je sinonim za izvajalce, ki delajo v sodelovanju s pacientom, kar zahteva, da ima zdravstveno osebje dobro razvite medsebojne in komunikacijske sposobnosti. To pa zahteva odnos, ki temelji na spoštovanju posameznikov in sprejemanju njihovih raznolikosti v celoti (Gill, Griffin, 2010).

Od zdravstvenih strokovnjakov se pričakuje, da so usposobljeni in izobraženi, kar jim omogoča zagotavljanje varne in učinkovite oskrbe, ki je osredotočena na pacienta, in s tem lahko dokažejo ustrezne poklicne vrednote in stališča (Roskell, White, Bonner, 2012).

Osredotočenost na pacienta pomeni, da spoštujemo pacientove vrednote in potrebe ter da mu damo možnost izbire, da ima omogočeno koordinacijo in integracijo zdravstvene obravnave, da je obveščen o svojem zdravstvenem stanju, da se mu zagotovi dobro fizično počutje v bolnišničnem okolju, predvsem pa pri ravnanju z bolečino. Pomembno je nudenje čustvene podpore, zmanjševanje strahu in zaskrbljenosti. Omogočimo mu sodelovanje svojcev in prijateljev, predvsem pa nepretrgano zdravstveno obravnavo z razlago nadaljnjega načrta zdravljenja in dostopnost do nadaljnje oskrbe (Ministrstvo za zdravje, 2006).



Obravnava, ki je osredotočena na pacienta, mora temeljiti na partnerstvu s pacienti in z njihovimi svojci ter zdravstvenimi delavci. Gre za odnos, pri katerem pacienta obravnavamo celostno in pri tem upoštevamo štiri načela: dostojanstvo in spoštovanje, informacije in obveščanje, sodelovanje in udeležbo. Gre za pristop k načrtovanju, izvajanju in ocenjevanju zdravstvene oskrbe. Da lahko govorimo o obravnavi, osredotočeni na pacienta, moramo v prihodnosti zagotoviti zdravstveno oskrbo, ki bo temeljila na nepretrganem odnosu in bo osnovana glede na pacientove potrebe in vrednote. Da bo zdravstveni sistem upošteval pacientovo izbiro in mu omogočil dostopnost do zdravstvenih informacij. Vse odločitve bodo morale temeljiti na izsledkih zdravstvene prakse, da bodo zagotovljeni varnost, preglednost in sodelovanje med različnimi zdravstvenimi strokovnjaki. Zdravstveni sistem bo moral poskrbeti za zmanjšanje razsipnosti pri zdravstvenem osebju, pacientih in ostalih virih. Da dosežemo spremembe v zdravstvu, je potreben stalen nadzor za doseg izboljševanja zdravstvene obravnave, ki je osredotočena na pacienta. Gre za dolgoročno zavzetost vseh, ki so vključeni v zdravstveni sistem (Robida, 2009).

## **2.4 VODENJE POOPERATIVNE BOLEČINE V BOLNIŠNICAH**

V zadnjih 30 letih se je izkazalo, da je pooperativna bolečina nezadostno lajšana. Medicinske sestre bi morale uporabljati na dokazih podprto prakso obravnave pooperativne bolečine. Pacienti navajajo pomanjkanje informacij v zvezi z ukrepi za nadzor in neučinkovito kontrolo bolečine (Manias, Bucknall, Botti, 2005). Podatki iz leta 2008 kažejo, da 56 (29 %) od 192 držav, ki so članice WHO, vsako leto izvede 234,2 (95 %, 187,2–281,2) milijona operativnih posegov po vsem svetu. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja je bilo leta 2010 v Sloveniji opravljenih 2.539.989 operativnih posegov in je zato obravnava pooperativne bolečine pomembna dejavnost in je lahko zaskrbljujoča, če bolečina ni obvladana, saj negativno vpliva na pacientovo okrevanje (Dunwoody et al., 2008). Prav tako tudi Fletcher et al. (2008) navajajo, da se je pooperativna bolečina izkazala za neustrezno v mnogih državah na nacionalni in mednarodni ravni.



Na dokazih podprto vodenje bolečine je trenutno dostopno preko kliničnih smernic, ki omogočajo nadzor ali možnost odprave akutne pooperativne bolečine. Klinične smernice obsegajo kombinacijo metod za ocenjevanje in intervencije, ki imajo potencial za odpravljanje ali obvladanje bolečin po operaciji na ravni, ki bo sprejemljiva (Carlson, 2010).

Bolečina obsega kombinacijo fizičnih, psihičnih, socialnih, kulturnih in okoljskih dejavnikov. Gre za osebno izkušnjo ter komunikacijo o bolečini med pacienti in zdravstvenimi delavci. V raziskavi (Manias et al., 2005), ki se je izvajala na dveh kirurških oddelkih v Avstraliji, je sodelovalo 52 medicinskih sester. V opazovanem obdobju so proučili 316 primerov. Ugotovitve poudarjajo kritično naravo komunikacije med zdravniki in pacienti ter med zdravniki samimi. Raziskava je prav tako pokazala vpliv časa na strategije vodenja bolečine in relativni pomen nefarmakoloških ukrepov v praksi.

Kljub temu da je akutno bolečino največkrat »enostavno« lajšati, se ji posveča premalo pozornosti. Največkrat gre za bolečino, ki nastane kot posledica poškodb, akutnih obolenj, lahko pa je tudi posledica večjih operacij, zlasti v zadnjem primeru je tudi predvidljiva. Mnogo večji družbeni problem kot akutna je sicer kronična bolečina, vendar ne smemo prezreti dejstva, da je ravno slabo lajšana akutna bolečina vzrok, ki privede do kronične bolečine, ta pa postaja vse večje breme za družbo. Največ podatkov o tem, kako dobro lajšamo akutno bolečino, imamo s področja akutne pooperativske bolečine. Tuje raziskave iz zadnjih let kažejo, da se stanje sicer izboljšuje, a je napredek v smislu kakovostnejšega lajšanja (pre)počasen. Podobno stanje je tudi v Sloveniji. Spodbudno je, da ima večina slovenskih bolnišnic organizirano primerno lajšanje bolečine po operacijah. O izboljšanju lahko govorimo takrat, ko bodo podatki pokazali, da se incidenca kronične bolečine po operacijah in poškodbah znižuje (Požlep, 2011).

V Sloveniji imamo 16 protibolečinskih ambulant. Protibolečinska dejavnost za zdravljenje kronične bolečine je organizirana v okviru oddelkov za anestezijo. Stanje v Sloveniji se je izboljšalo tudi zaradi delovanja Slovenskega združenja za zdravljenje bolečine, ki je bilo leta 1996 ustanovljeno v Ljubljani (SZZB). Gre za združenja zdravnikov raznih specialnosti, ki se zavedajo problema bolečine in si prizadevajo, da bi

jo pravilno in dobro zdravili. SZZB skrbi za strokovni razvoj protibolečinske medicine v Sloveniji. V slovenski prostor prinaša novosti in njegovi člani aktivno sodelujejo na mednarodnih domačih in tujih kongresih, simpozijih, seminarjih in v okviru Slovenskega zdravniškega društva pripravljajo predavanja s področja bolečine po vsej Sloveniji. SZZB je član mednarodnih strokovnih združenj IASP (angl. *International Association for Pain Therapy*) in EFIC (angl. *European Federation of IASP Chapters*). Vsako leto pripravijo seminar o terapiji bolečine z različnimi izbranimi temami in mednarodno udeležbo, vzporedno pa so tudi organizirani seminarji za medicinske sestre. V primerjavi z Evropo so raziskave pokazale, da je terapija kronične bolečine v Sloveniji vendarle dokaj dobra; če ne bi bilo tako, bi se razvilo več kroničnih, dolgotrajnih bolečin, ki so težje za zdravljenje. Protibolečinska dejavnost na področju Slovenije je na dokaj visoki ravni, če pomislimo, da začetki zdravljenja kronične bolečine segajo dobra tri desetletja v preteklost, ko se je ta dejavnost začela (Komar-Cesar, 2009).

Bolečina je pomemben zdravstveni problem, zato jo moramo prepoznati in obravnavati kot peti vitalni znak. Če bi bila obravnavana z enako prioriteto kot krvni tlak, srčni utrip, dihanje in temperatura, bi preprečili veliko nepotrebnega trpljenja. V letih 2010 in 2011 je Evropska federacija nacionalnih združenj za zdravljenje bolečine (EFIC) v Bruslju v Evropskem parlamentu organizirala simpozij z namenom zagotavljanja možnosti povezovanja evropskih vodilnih predstavnikov na področju zdravstva. Potrdili so, da je bolečina premalo obravnavana in zdravljena v zdravstvenih sistemih številnih evropskih držav. Zato je EFIC skupaj z drugimi inštitucijami izdelala načrt za zmanjšanje negativnih vplivov bolečine na družbo. Poudarek je bil predvsem na boljšem prepoznavanju (raziskovalne, klinične in epidemiološke raziskave, ozaveščanje pacientov, akutni bolečinski servisi v bolnišnicah, bolečina – 5. vitalni znak) in bolj učinkovitem zdravljenju, ki temelji na preventivi (Lahajnar Čavlovič, 2011).

Vlahovič (2007) navaja, da se zdi, da je bolečina vedno nekoliko podcenjena in da se analgetikom izogiba, največkrat zaradi slabo utemeljenih predsodkov o njihovih učinkih. Poškodovanci upravičeno pričakujejo, da bo za njih poskrbljeno v sprejemljivo kratkem času in da bodo dobili dovolj velik odmerek, da jih ne bo bolelo. Povprečen čas, v katerem je 458 pacientov, vključenih v raziskavo, pričakovalo, da bodo dobili

analgetik, je znašal 23 minut. Povprečen čas, v katerem so analgetik v resnici dobili, je znašal 78 minut. Ob tem je treba reči, da je povprečna bolečina, izmerjena ob sprejemu, znašala 69 (na 100 mm vizualni analogni lestvici – VAL). Študenti zdravstvene nege morajo namreč že od začetka študija spoznati, razumeti in upoštevati, da je bolečina ena izmed najbolj neprijetnih spremljevalcev bolezni in jo je treba lajšati povsod, kjer se z njo srečamo. Povezati je torej treba predklinično znanje in klinične podatke o bolečini pri različnih boleznih in stanjih ter to uporabiti pri praktičnem delu.

## **2.5 PREDHODNI DEJAVNIKI SPREJETJA NA DOKAZIH PODPRTE PRAKSE**

Sprejetje novosti v prakso je odvisno od več predhodnih dejavnikov, ki spodbujajo ali zavirajo potrebo po zavedanju o novostih. Ti predpogoji vključujejo dosedanje prakso, čustva, ki prebudijo potrebo po spremembi, pripravljenost sprejeti novost in norme družbenega sistema (Rogers, 2003).

### **2.5.1 Dosedanja praksa z vodenjem bolečine**

Uporabo ugotovitev raziskav v zdravstveni negi je mogoče razumeti kot sprejetje novosti. Za boljše razumevanje sprejetja inovacij pri posameznikih je bil uporabljen Rogerjev model (Rogers, 2003), ki se pogosto uporablja v zdravstvenih raziskavah in s katerim razložimo proces sprememb in pojave, ki vplivajo na njo. Uporaben je za raziskave širjenja inovacij, ki temeljijo na dokazih, kot je vodenje prakse bolečine medicinskih sester.

Dosedanje prakse, povezane z oceno bolečine, lahko negativno vplivajo na kakovost zdravstvene nege pacienta. Med medicinskimi sestrami in pacienti je interpretacija bolečine različna. Sloman, Rosen in Rom (2005) so ugotovili statistično pomembno razliko v oceni intenzivnosti bolečine pri pacientih v mirovanju in gibanju na vizualni analogni lestvici. Medicinske sestre intenzivnost bolečine pogosto ocenjujejo nižje kot pacienti. Prav tako Niemi-Murolo et al. (2007) menijo, da pacienti še vedno prepogosto trpijo za bolečino po operacijah, ugotovljeno pa je bilo tudi neskladje med doživeto

bolečino in ocenjeno vrednostjo. Predoperativni pogovor je izrednega pomena in dobro orodje za prejemanje in dajanje informacij. Carlson (2009) je ugotovila, da manj kot 25 % anketiranih medicinskih sester dosledno upošteva pacientovo poročilo bolečine. Nekatero medicinske sestre uporabljajo opazovalne kazalnike, vedenje in vitalne znake bolj pogosto kot pacientovo poročanje o bolečini, kar pa je odvisno od pacientove starosti, spola, življenjskega sloga, etične pripadnosti, ki pogosto vplivajo na interpretacijo medicinskih sester. Zdravstveni strokovnjaki morajo biti odgovorni za svoje delo, predvsem pa verjeti pacientovim poročilom in se na njih odzivati. Raziskava (Idivall et al., 2002) je pokazala, da pacienti niso bili vprašani o oceni njihove stopnje bolečine vsaj trikrat na dan. Kljub razvoju in širjenju smernic o bolečini se še vedno pojavljata redko ocenjevanje in pomanjkljiva dokumentacija.

Naj vzamemo primer, kjer je ugotovljeno (Josh, Rawal, Kehlet, 2012), da je bolečina po operaciji kile lahko zmerna do huda in je lahko povezana s podaljšanjem hospitalizacije, nepredvidenega in ponovnega sprejema v bolnišnico po operaciji in kasnejše vrnitve v normalne vsakodnevne dejavnosti. Neustrezno zdravljena pooperativna bolečina je lahko dejavnik tveganja za kronično bolečino po operaciji. Ugotovili so, da 11 % pacientov trpi za kronično bolečino po operaciji kile in ena tretjina pacientov ima zmanjšano aktivnost pri vsakdanjih opravilih, ki je posledica kronične bolečine. Evropsko združenje je izdalo smernice za operacijo zdravljenja ingvinalne kile pri odraslih pacientih, ampak vodenje pooperativne bolečine ni bilo primerno obravnavano, razen to, da je bila uporaba lokalnih anestetikov boljša. Kot navaja Mahkovic-Hergouth (2009), so onkološke operacije povezane s pooperacijskim sistemskim vnetnim odzivom telesa na operacijski stres in z močno pooperacijsko bolečino, zato je pomembno, da lahko celotno bolečino uspešno lajšamo z dovolj velikimi odmerki analgetikov in z rednim spremljanjem bolečine.

Danes se za zdravljenje bolečine tudi vse več uporablja kombinacija farmakoloških in nefarmakoloških metod. Tracy (2010) navaja, da literatura iz zdravstvene nege pravi, da primarni razlogi za nefarmakološke metode niso pogosto uporabljeni predvsem zaradi pomanjkanja empiričnih dokazov, da bi lahko podprli njihovo učinkovitost. Tudi delovne obremenitve medicinskih sester ustvarjajo oviro in pomanjkanje časa za učenje

pacienta, medtem ko drugi viri navajajo pomanjkanje znanja za nefarmakološke metode, ki zavirajo poučevanje pacientov po operacijah. Znano je, da pacienti in njihovi svojci uporabljajo nefarmakološke metode zaradi nižjih stroškov, enostavne uporabe in skoraj brez stranskih učinkov. Zdravstvena nega se osredotoča na uporabo več pristopov, da dokaže pacientovo udobje in zadovoljstvo, zato je za zdravstveno nego smiselno, da se ustvarja več dokazov učinkovitosti nefarmakološke dopolnilne metode za zmanjšanje pacientove bolečine po operaciji (Tracy, 2010).

### 2.5.2 Občutene potrebe po spremembi

Spremembe v praksi se po navadi začnejo s prepoznavo problema ali potrebe po spremembi, ki stimulira raziskavo in razvojne dejavnosti za ustvarjanje novosti, s katero bi rešili problem ali potrebo po spremembi. Problem ali potreba po spremembi lahko postane glavna prioriteta na dnevnem redu družbenih aktivnosti. Potreba je stanje nezadovoljstva ali frustracije, ki se pojavi, ko posameznikova želja prevlada nad posameznikovim aktualnim stanjem. Posameznik lahko razvije potrebo oz. željo po spremembi, ki lahko z obstoječim znanjem o novosti ustvari motivacijo za učenje, na koncu pa tudi njeno sprejetje. Zaznane potrebe ali problemi niso popolna razlaga, zakaj posameznik začne z inovacijskim procesom odločanja. Posamezniki vedno ne prepoznajo problema (Rogers, 2003).

V raziskavi Schaufheutle, Cantrill in Noyce (2001) je 70 % vprašanih na vprašanje, kako dobro medicinske sestre lajšajo bolečine, odgovorilo, da dobro ali zelo dobro. Medicinske sestre se morajo zavedati, da pooperativna bolečina mine skozi določen čas, vendar je še vedno preslabo obravnavana in povzroča nepotrebno trpljenje. V raziskavi Manias et al. (2005) je bilo ugotovljeno, da medicinske sestre bolečino sprejemajo kot del normalnega pooperativnega okrevanja. Večinoma dajejo prednost drugim kliničnim dejavnostim in bolečino največkrat podcenjujejo. Prav tako se morajo zdravniki, ki skrbijo za paciente po operacijah, zavedati svoje odgovornosti do pacientov in njihove sposobnosti, da zagotovijo učinkovito vodenje bolečine. Liu in Wu (2007) menita, da so potrebne raziskave za ugotavljanje učinkovitosti in uspešnosti analgetične terapije kljub velikemu številu literature, ki jo imamo na voljo.

Prav tako sta Skela Savič in Pagon (2007) ugotovila, da je v slovenskih bolnišnicah treba narediti še veliko sprememb. Potrebne so izboljšave na področju vodenja posameznika, timskega dela in organizacije. Rezultati raziskave, ki je bila izvedena leta 2005 v 14 slovenskih bolnišnicah, kjer so bile vključene različne poklicne skupine (medicina, zdravstvena nega in uprava), so pokazali, da v organizacijski kulturi slovenskih bolnišnic prevladuje kultura hierarhije, premalo kulture skupine in tržno usmerjena organizacijska kultura. Hierarhični način zavira timsko delo, spodbuja individualizem in kontrolno vodenje, kar je negativno povezano z uvajanjem sprememb. Timsko delo v slovenskih bolnišnicah je malo razvito. V ospredju se kaže individualizem, hierarhija in kontrolno vodenje pa se uporabljata bistveno več kot prilagodljivo vodenje.

### 2.5.3 Pripravljenost sprejeti novost

Inovativnost je pripravljenost sprejeti nove ideje in spremembo vedenja. Sprejetje nove ideje tudi, če ima očitne prednosti, je težko. Mnogo inovacij zahteva dolgotrajno obdobje, lahko tudi več let, dokler ne postanejo na splošno sprejete. Glavni problem pri posameznikih in organizacijah je, kako pospešiti razširitev inovacije. Najbolj pomembno je, ali posameznik dojema novost kot najugodnejšo možno rešitev. Večja je zaznana relativna prednost, hitrejša bo stopnja sprejetja (Rogers, 2003).

Medicinske sestre pa na splošno niso naklonjene spremembam prakse zdravstvene nege (Carlson, 2008). Carlson (2009) je v svoji raziskavi ugotovila, da so medicinske sestre negotove glede svoje sposobnosti, da sprejmejo nove ideje in spremenijo vzorce obnašanja v praksi. Tiste medicinske sestre, ki so se zavemale za inovacije, so bile starejše, imele so daljšo delovno dobo, redno so brale strokovno literaturo o zdravstveni negi, imele so tudi višjo stopnjo izobrazbe, uporabljale so več virov za reševanje problemov v klinični praksi in imele načrte za dvig zdravstvene nege na višjo raven v prihodnosti.

Posameznik v mnogih primerih ne more sprejeti nove ideje, dokler je predhodno ne sprejme organizacija. Tudi ko organizacija sprejme odločitev za inovacijo, pa temu vedno ne sledi neposredno izvajanje. V primerjavi s posameznikom je inovacijski

proces v organizacijah veliko bolj kompleksen. Izvajanje vključuje veliko število posameznikov, morda zagovornikov in nasprotnikov nove ideje, vsak od njih pa ima pomembno vlogo v tem procesu. Izvajanje poleg tega zahteva medsebojna prilagajanja, kjer so inovativnost in spremembe organizacije velike pomena. Posledicam sprejetja inovacije se na splošno posveča zelo malo pozornosti. Velikokrat se pričakuje, da sprejetje dane novosti prinaša v glavnem pozitivne rezultate. Najbolje bi bilo, da bi imeli možnost predvideti prednosti in slabosti sprejetja novosti, predno bi jo vključili v prakso, oziroma tam, kjer bi jo izvedli. Sprejetje inovacije je odločitev, pri kateri uporabimo novo idejo kot najboljšo možnost, ki je na voljo. Večina posameznikov ne sprejme novosti brez prvega poskusa uporabnosti na svojem položaju (Rogers, 2003).

#### 2.5.4 Norme družbenega sistema

Norme družbenega sistema so določeni vzorci obnašanja članov v socialnem sistemu. Družbeni sistem je skupek medsebojno povezanih enot, ki se ukvarjajo s skupnim reševanjem problemov za doseg skupnega cilja. Tak sistem ima strukturo, definirano kot vzorčasto ureditev enot v sistemu, ki daje stabilnost in regularnost oz. pravilnost v posameznikovemu obnašanju in sistemu. Družbena in komunikacijska struktura sistema spodbujata ali ovirata prehod inovacij v sistem. En vidik družbene strukture so norme, določeni vzorci obnašanja članov v družbenem sistemu. Družbeni sistem ima tudi drugi pomemben vpliv pri sprejemanju novih idej. Inovacija je lahko sprejeta ali zavrnjena s strani posameznega člana sistema ali s strani celotnega družbenega sistema, ki se lahko odloči, da inovacijo sprejme skupinsko oz. kolektivno, odločitev pa je lahko tudi avtoritativna (Rogers, 2003).

V na dokazih podprti praksi vodenja bolečine lahko nekatere norme vključujejo napačne informacije o fizični odvisnosti in toleranci. Chang et al. (2005) so ugotovili, da zdravniki neradi predpisujejo opioide in da jih medicinske sestre nerade uporabljajo. Samo 27 % medicinskih sester, ki skrbijo za paciente s hudo bolečino zaradi rakave bolezni, je navedlo, da so pripravljene uporabiti maksimalno dozo opioida, če bi bilo treba. Ostale so povedale, da dajejo nizke doze opioidov zaradi strahu pred pacientovo odvisnostjo, vendar mnogo medicinskih sester ne ve, da je tveganje dejansko manjše kot



1 %. Ugotovili so nesodelovanje zdravnikov z medicinskimi sestrami, ko so hotele izvajati ugotovitve raziskav, in niso upoštevali njihovih predlogov za analgezijo. To pomanjkanje sodelovanja je zaskrbljujoče, kajti ocena in zdravljenje bolečine sta odvisna od sodelovanja obeh poklicnih skupin.

## **2.6 DOSEDANJE RAZISKAVE O VODENJU POOPERATIVNE BOLEČINE PRI MEDICINSKIH SESTRAH**

Za zagotavljanje optimalnega pooperativnega lajšanja bolečine bi morala zdravstvena nega temeljiti na najboljših dokazih, ki se vsakodnevno uporabljajo v praksi (Seers et al., 2004). Potrebni so novi pristopi, ki promovirajo uporabo raziskav in praktičnega znanja. Oblikujejo se lahko na primer komunikacijske delavnice za izboljšanje dialoga med zdravniki glede vodenja in strategij za nadzorovanje bolečine. Profesorji zdravstvene nege na akademski in praktični stopnji bi lahko bili bolj uspešni in učili o vodenju bolečine s poudarjanjem na dokazih podprte prakse (Carlson, 2008). Profesorji zdravstvene nege morajo spodbujati medicinske sestre, da sledijo strokovni literaturi, se udeležujejo kliničnih in raziskovalnih konferenc v zvezi z vodenjem bolečine na lokalni in nacionalni ravni in da sprejmejo na dokazih podprt način dela. Potrebne so raziskave na tem področju skozi fenomenološko povpraševanje, da bi razumeli, kako medicinske sestre mislijo in čutijo v svojih odločitvah v klinični praksi (Carlson, 2009). Za razumevanje zaskrbljenosti pacientov v zvezi s pooperativno bolečino je pomembno vedeti, da zdravstveni strokovnjaki lahko izboljšajo pooperativno zdravstveno nego. Za oceno pacientove pooperativne izkušnje in statusa vodenja akutne bolečine so v ZDA opravili nacionalno telefonsko anketo. Naključni vzorec je vseboval 250 odraslih, ki so bili operirani. Paciente so spraševali o resnosti pooperativne bolečine, zdravljenju, zadovoljstvu z analgetično terapijo, izobrazbi in dožemanju pooperativne bolečine. Približno 80 % pacientov je izkusilo akutno bolečino po operaciji, od teh pacientov pa 86 % zmerne, hude ali zelo hude bolečine po odpustu kot pred odpustom. Vse paciente v raziskavi je skrbelo doživljanje bolečine. Skoraj pri 25 % pacientov, ki so prejeli zdravila proti bolečinam, je prišlo do neželenih učinkov. Skoraj 90 % jih je bilo zadovoljnih z zdravili proti bolečinam. Približno dve tretjine pacientov sta poročali, da



so se zdravstveni strokovnjaki pogovarjali z njimi o njihovih bolečinah (Apfelbaum et al., 2003).

Odgovor na slabo zdravljenje bolečine je vprašanje javnega zdravja, je kritičnega pomena. Sodobna obravnava bolečine predstavlja mednarodno nujno in temeljno človekovo pravico (Brennan, Carr, Cousins, 2007). Bertolini et al. (2002) so v raziskavi, kjer so proučevali uporabo analgetikov pri pacientih v enotah intenzivne terapije v Italiji, uporabili prospektivno kohortno raziskavo, kjer so vključili odrasle paciente po urgentnih operacijah, ki so bili v intenzivni enoti več kot 2 dni. Raziskava se je izvajala 1 mesec na 128 intenzivnih enotah v Italiji. Ugotovili so, da je vodenje pooperativne bolečine nezadostno še posebej pri pacientih po nevrokirurških operacijah in pacientih, ki so v komi. Ugotovili so, da sta splošno pomanjkanje znanja o bolečini in napačna odrejena analgetična terapija lahko razlog teh rezultatov. Najpogostejše ovire za na dokazih podprto ravnanje z bolečino so napake pri oceni in priznavanju obstoja bolečine, zastarele predpisovalne navade, neustrezno izboljšanje kakovosti spremljanja in pomanjkanje odgovornosti za nezadovoljive rezultate zaradi slabo vodene pooperativne bolečine. Klinično povezane ovire, vključno s pomanjkanjem znanja glede ocen in načel vodenja, osebne in kulturne pristranskosti ter komunikacijske težave med pacientom in zdravstvenim osebjem znatno prispevajo k nezadostnemu lajšanju bolečine (Pasero et al., 2009). Ameriško združenje za bolečino (angl. *American Pain Society*) (Gordon et al., 2005) je za izboljšanje kakovosti izdalo smernice glede vodenja bolečine v letu 2005. Glavni cilj smernic je, da zdravstveni timi lahko zagotovijo varnost, uspešnost, osredotočenost na pacienta, pravočasno učinkovito in pravično lajšanje bolečin. Vodilni člani v timu morajo poznati edinstvene karakteristike o bolečini in razumeti ter poznati raziskave o vodenju bolečine in s tem povezane najboljše prakse (Pasero et al., 2009). Tudi pri nas obstajajo smernice, ki jih je izdalo Slovensko združenje za zdravljenje bolečine v letu 2008, temeljijo pa predvsem na obravnavi kronične bolečine. V sedmih evropskih državah je bila narejena raziskava v letih 2004–2005, ki z obsežno zbirko dokazov potrjuje, da trenutno vodenje pooperativne bolečine ostaja neoptimalno, in opredeljuje potrebe za izboljšanje na evropskih kirurških oddelkih (Benhamou et al., 2007). White in Kehlet (2007) pravita, da je čas, da zavijamo rokave in se vrnemo na delo, da začnemo delati visoko

kakovostne klinične raziskave, s katerimi bomo lahko prišli do boljših rezultatov zdravljenja pooperativne bolečine.

Carlson (2009) je med medicinskimi sestrami raziskala obravnavo pooperativne bolečine. Raziskava je bila izvedena med medicinskimi sestrami, ki skrbijo za odrasle paciente s pooperativno bolečino v dveh bolnišnicah. Medicinske sestre, ki uporabljajo več različnih virov, da dosežejo rešitev problema, ali redno sledijo eni ali dvema strokovnima revijama, bolj verjetno sprejmejo na dokazih podprto prakso. Medicinske sestre je treba spodbujati, da uporabljajo več strokovnih in profesionalnih virov v zdravstveni negi in na tak način poiščejo rešitve za probleme. Potrebni so inovativni pristopi, ki spodbujajo uporabo raziskav v izobraževanju in praksi. Pomembno je ugotoviti javno mnenje zdravstvenih strokovnjakov, ki se srečujejo s pacienti s pooperativno bolečino, saj je to pomemben vir pri premagovanju ovir. V raziskavah ni bilo najdene nobene povezave med spoloma, velikostjo bolnišnic, lokacijo in vrsto povezanosti med šolami za zdravstveno nego in privzemom na dokazih podprte prakse. Raziskava o dejavnikih odločanja za privzem na dokazih podprte prakse vodenja pooperativne bolečine pri medicinskih sestrah v Sloveniji še ni bila narejena. Raziskava Carlsonove (2010) je do sedaj edina te vrste.

Po pregledu literature smo ugotovili, da so potrebne temeljite spremembe glede obravnave bolečine. Inštitut za medicino (2001) je mnenja, da bi medicinske sestre morale uporabljati na dokazih podprto prakso obravnave bolečine z namenom, da pridemo do boljših rezultatov za paciente, kar pomeni zmanjšanje trpljenja, invalidnosti, manjše stroške za zdravstvene ustanove in večjo osebno storilnost za zdravstvene strokovnjake.

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen te raziskave je preizkusiti elemente Rogerjevega modela (Roger, 2003) inovacij z opredelitvijo dejavnikov, ki vplivajo na medicinske sestre, ki skrbijo za odrasle paciente, da sprejmejo na dokazih podprto prakso obravnave pooperativne bolečine.

Cilji raziskave so:

1. psihometrično testiranje vprašalnika predhodnih pogojev po Carlsonovi – VPP-C (Carlson's Prior Conditions Instruments, 2008);
2. ugotoviti povezavo med predhodnimi dejavniki privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine, demografskimi značilnostmi medicinskih sester in stopnjo na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine;
3. ugotoviti razlike med stopnjo podpiranja dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine in značilnostmi medicinskih sester;
4. ugotoviti razlike med stopnjo privzema na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine in demografskimi značilnostmi.

#### 3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

V okviru raziskave smo si postavili naslednje hipoteze:

- H1: Predhodni pogoji obravnave pooperativne bolečine in demografske značilnosti medicinskih sester pojasnjujejo oceno pooperativne bolečine.
- H2: Stopnja podpiranja dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine se razlikuje glede na značilnosti medicinskih sester.
- H3: Predhodni dejavniki privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine in stopnja na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine so povezani.
- H4: Stopnja privzema na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine se razlikuje glede na demografske značilnosti medicinskih sester.

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Magistrsko delo temelji na empirični kvantitativni raziskovalni metodi. Teoretični del raziskave temelji na pregledu literature, drugi del pa temelji na presečni multicentrični anketni raziskavi.

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za opredelitev teoretičnega izhodišča obravnavane teme je bila narejena analiza literature o obravnavanju bolečine. Uporabljene so bile podatkovne baze Cinahl, Medline in Cochrane. Ključne besede v slovenskem/angleškem jeziku so bile: medicinske sestre/nurses, pooperativna bolečina/postoperative pain, vodenje/management, na dokazih podprta praksa/evidence-based practices, prior conditions/predpogoji). Pri iskanju literature je bila postavljena časovna omejitev od leta 2006 do leta 2014. Število zadetkov je bilo 68.658, nato smo s posameznimi ključnimi besedami, ki so našete zgoraj, zmanjšali število zadetkov na najmanjše možno število, to je na 30 zadetkov. Informacije smo pridobili tudi s pomočjo zbornikov z recenzijo.

#### 3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili tehniko anketiranja v obliki pisnega anonimnega strukturiranega vprašalnika. Vprašalnik smo povzeli po Carlsonovi – VPP-C (Carlson's Prior Conditions Instruments – CPCIs, 2008) in po vprašalniku »Postoperative Pain Assessment Nursing Practice Questionnaire« iz raziskave Carlson (cit. po Brett's, 1986). Vsebuje 56 trditev, s katerimi smo ugotavljali dejavnike, ki vplivajo na odločitev medicinskih sester, da sprejmejo na dokazih podprto prakso vodenja bolečine. Vprašalnik VPP-C vključuje 4 individualne inštrumente, ki merijo vsakega od štirih predhodnih pogojev, ki vplivajo na odločitev medicinskih sester glede vodenja bolečine. Prvi inštrument obravnava dosedanjo prakso vodenja bolečin, dokumentacijo in evalvacijo sorodnih posegov v zdravstveni negi. Drugi inštrument obravnava občutene potrebe po spremembi medicinskih sester ter zadovoljstvo ali nezadovoljstvo s praksami lajšanja bolečin. Tretji inštrument obravnava stopnjo pripravljenost sprejeti novosti pri

medicinskih sestrah in zmožnosti začeti ali uveljaviti spremembo. Četrty inštrument obravnava norme družbenega sistema, kjer so medicinske sestre v praksi, in vključuje predstave o vedenju in pričakovanjih drugih do bolečin in njihovega vodenja. Inštrument po Carlsonovi vsebuje možnost odgovorov na 5-stopenjski Likertovi lestvici. Inštrument, ki obravnava predhodno prakso, in inštrument, ki obravnava inovativnost za proučitev pogostosti vedenja, so izbirni odgovori 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – skoraj vedno. Za inštrument, ki obravnava občutene potrebe po spremembi, in inštrument norme družbenega sistema, ki raziskuje prepričanja, bi bili možni odgovori 1 – močno se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – neodločen, 4 – se strinjam, 5 – močno se strinjam. Teoretično višje povprečje števila točk odraža predhodne pogoje, ki bi lahko pozitivno vplivali na sprejetje prakse vodenja bolečine, nižje število točk pa odraža predpogoje, ki bi lahko negativno vplivali na sprejetje prakse vodenja bolečine. Povprečno število točk od 1 do 1,49 – zelo nenaklonjene ali ne podpirajo, 1,5 do 2,49 – nekoliko naklonjene ali nekoliko podpirajo, 2,5 do 3,49 – podpirajo in ne podpirajo, 3,5 do 4,49 – nekoliko podpirajo in 4,5 do 5,0 bi pomenilo, da zelo podpirajo sprejetje prakse vodenja bolečine (Carlson, 2010). Pri nekaterih postavkah so bile trditve postavljene obrnjeno. V prvem delu prilagojenega vprašalnika predhodnih pogojev za slovenske razmere (VPP-S) smo smatrali odgovore v sklopu *Dosedanja praksa z vodenjem bolečine (B)* in *Pripravljenost sprejeti novosti (D)* »nikoli, redko in včasih« za negativne, odgovore »pogosto in skoraj vedno« pa za pozitivne. Pri sklopih *Čustva, ki prebudijo potrebo po spremembi* (»C20 = 5 je boljša praksa; C21 1 = boljša praksa; C 22 1= boljša praksa; C23 5= boljša praksa; C24 5 = boljša praksa; C25 1 = boljša praksa«) in *Norme družbenega sistema ( v sklopu E so vsa vprašanja naravnana tako, da se odgovarja z 1 ali 2, saj drugače ne bi dobili normalne vrednosti Cronbachove alfe«)*, smo odgovore »močno se ne strinjam«, »se ne strinjam« in »neodločen« šteli za negativne, »se strinjam« in »močno se strinjam« pa za pozitivne.

Drugi del vprašalnika *Vprašalnik o praksi medicinskih sester – VPMS* (angl. *Nursing practice questionnaire*) sestavljajo trije deli, ki merijo tri ravni privzema: zavedanje, prepričanje in uporabo. S vprašalnikom ugotavljamo načine ocenjevanja pacientove bolečine, oceno uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta in upoštevanje

pacientovega poročila o bolečini. Vsak del je sestavljen iz 6 vprašanj. *Zavedanje* o inovaciji se potrjuje z odgovorom »da« na eno ali več od prvih štirih vprašanj, ki so v vseh treh delih povezana z znanjem o praksi obravnavanja pooperativne bolečine. Če se na najmanj eno vprašanje odgovori z »da«, se odgovori ocenijo z 1 točko. *Prepričanje* potrjujemo z odgovorom »da« na peto vprašanje in ga ocenimo z 1 točko. *Uporabo v praksi* preverjamo s šestim vprašanjem, ali anketiranci uporabljajo na dokazih podprto prakso obravnave bolečine »včasih« ali »vedno«. Če je odgovor »včasih«, se pripiše 1 točko in 2 točki, kadar je odgovor »vedno«. Najvišja možna ocena za vsak sklop je 4 (razpon 0–4). Srednja vrednost, ki sega od 0 do 0,49, bi pomenila, da se medicinske sestre ne zavedajo pomena na dokazih podprte prakse. Vrednosti, ki segajo od 0,5 do 1,49, bi pomenile, da se medicinske sestre večinoma zavedajo pomena na dokazih podprte prakse, vendar pa je ne uporabljajo. Srednja vrednost od 1,5 do 2,49 pomeni, da so medicinske sestre na splošno prepričane, da uporabljajo na dokazih podprto prakso, ampak je ne uporabljajo. Srednja vrednost od 2,5 do 3,49 bi pomenila, da medicinske sestre na splošno uporabljajo prakso »včasih«, in vrednost od 3,5 do 4,0 bi pomenila, da medicinske sestre »vedno« uporabljajo na dokazih podprto prakso (Carlson, 2009).

Za prevedeni vprašalnik smo naredili predhodno analizo vsebinske veljavnosti z izračunom indeksa vsebinske veljavnosti (CVI). Pred začetkom raziskave smo 5 vprašalnikov razdelili naključno izbranim anesteziologom v bolnišnici 7, ki so v vprašalniku izpolnili prve štiri sklope (od B do E). Zadnje tri sklope v vprašalniku, s katerimi ugotavljamo prakso medicinskih sester (Postoperative Pain Assessment Nursing Practice Questionnaire; citirano po; Brett's 1986) (od F do H), so izpolnjevale 3 naključno izbrane medicinske sestre. Ti strokovnjaki so ocenili vprašalnik in pomembnost ter razumljivost vsake trditve oziroma vprašanja. Uporabili smo lestvico od 1 do 4, kjer 1 pomeni, da trditev ni pomembna, 2 – nekoliko pomembna, 3 – pomembna, 4 pa zelo pomembna. Ko smo dobili ocene trditve, smo izračunali indeks vsebinske veljavnosti vprašalnika za vsako trditev posebej. Vrednost strinjanja, ki je potrebna, je 70 % (0,70), 80 % pomeni »ustrezno« strinjanje in 90 % (0,90) »dobro« strinjanje (Hartmann, 1977, House, Campbell, 1981 povz. po Wynd, Schmidt, Schaefer, 2003).

Prvi del vprašalnika (od B do E), ki so ga izpolnjevali zdravniki anesteziologi, in trditve, ki se nanašajo na zdravnike, to je predvsem v sklopu E; na primer E22 – »Zdravniki pogosto neradi predpisujejo opioidne analgetike«, E34 – »Zdravniki običajno ne sodelujejo ob prošnjah za dodatni analgetik, če se to zgodi zunaj delovnega časa«, E37 – »Zdravniki običajno odredijo premajhen odmerek analgetika s predolgimi intervali« so bile ocenjene z 1 – ni potrebna trditev, s čimer je CVI za sklop E znašal 60 %. Ostali sklopi (B, C, D) v anketnem vprašalniku so se jim zdeli potrebni, razumljivi in pomembni, zato je bil CVI 100 % za vsako trditev. V drugem sklopu (od F do H), ki so ga izpolnjevale diplomirane medicinske sestre, je bil CVI pri vsaki trditvi 100 %. Tudi po pogovoru z njimi smo bili mnenja, da so se jim vprašanja zdeli razumljiva in pomembna.

Tabela 1 opisne statistike indeksov vprašalnika VPP-S za dosedanja prakso (sklop B), občutene potrebe po spremembi (sklop C), pripravljenost sprejeti novost (sklop D), norme družbenega sistema (sklop E) in indeks VPP-S za vse tri prakse skupaj.

**Tabela 1: Opisne statistike indeksov vprašalnika VPP-S**

	Dosedanja praksa z vodenjem bolečine	Občutene potrebe po spremembi	Pripravljenost sprejeti novosti	Norme družbenega sistema	Indeks VPP-S
n	654	655	655	655	654
Veljavni					
Manjkajoči	1	0	0	0	1
Povprečje	4,01	3,95	2,58	3,58	3,66
Mediana	4,11	4,00	2,50	3,71	3,65
Modus	4	4	3	4	4
Standardni odklon	0,573	0,565	0,752	0,649	0,356
Asimetrija	-0,788	-0,517	0,586	-0,325	-0,076
St. napaka asimetrije	0,096	0,095	0,095	0,095	0,096
Sploščenost	0,726	0,248	0,315	0,297	-0,064
St. napaka sploščenosti	0,191	0,191	0,191	0,191	0,191
Minimum	2	2	1	1	3
Maksimum	5	5	5	5	5

n=frekvenca



V tabeli 2 so prikazani rezultati koeficienta Cronbach alfa, ki so: 0,740 (»Dosedanja praksa z vodenjem bolečine«), 0,704 (»Občutene potrebe po spremembi«), 0,726 (»Pripravljenost sprejeti novosti«) in 0,813 (»Norme družbenega sistema«), kar v strokovni literaturi predstavlja zadovoljivo stopnjo zanesljivosti merskega instrumenta (Streiner, Norman, 2003) (tabela 28).

**Tabela 2: Zanesljivost merskega instrumenta po vsebinskih sklopih, Cronbachova alfa ob izbrisu spremenljivke**

Vsebinski sklop	Število vprašanj	Koeficient Cronbach alfa
Dosedanja praksa z vodenjem bolečine	9	0,740
Občutene potrebe po spremembi	6	0,704
Pripravljenost sprejeti novost	4	0,726
Norme družbenega sistema	7	0,813

Zanesljivost notranje skladnosti drugega dela vprašalnika – VPMS, izračunana z metodo razdelitve, je pokazala korelacijo med dvema polovicama (0,436). Spearman-Brownov koeficient je bil 0,609 in je še zadovoljiv za eksploratorno analizo.

Tabele 29, 30 in v prilogi prikazuje opisne statistike vprašalnika o praksi medicinskih sester pri obravnavi kooperativne bolečine. Tabela 29 kaže, da je literaturo, ki govori o sistematični ali rutinski oceni bolečine, prebralo 51,9 % medicinskih sester, da jih je o sistematični ali rutinski oceni bolečine na internih izobraževanjih ali drugih strokovnih konferencah slišalo 62,3 %, 64,0 % jih je odgovorilo, da uporabljajo sistematično ali rutinsko ocenjevanje bolečine, 84,4 % pa, da nimajo kakšnih drugih virov informacij o sistematičnem ali rutinskem ocenjevanju bolečine. 56,3 % jih je odgovorilo, da bi medicinske sestre morale opravljati sistematično ali rutinsko ocenjevanje bolečine pri pacientih, 41,8 % vprašanih pa izvaja načrtovano beleženje ocenjevanja bolečine v vnaprej določenih časovnih intervalih.

Iz tabele 30 je razvidno, da je literaturo, ki govori o oceni uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta, prebralo 44,9 % medicinskih sester, 56,9 % jih je že slišalo o oceni uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta na notranjih izobraževanjih ali strokovnih konferencah, 45,6 % jih je odgovorilo, da medicinske sestre v njihovi enoti



ocenjujejo uporabo protibolečinske črpalke s strani pacienta, 85,2 % pa, da nimajo drugih virov informacij o oceni uporabe protibolečinske črpalke s strani pacientov. 48,5 % se jih strinja, da bi morale medicinske sestre oceniti uporabo protibolečinske črpalke s strani pacienta, 36,2 % pa jih je odgovorilo, da ocenjujejo uporabo protibolečinske črpalke s strani pacienta. Tabela 31 kaže, da je literaturo, ki daje prednost upoštevanju pacientovega poročila o bolečini nad njegovim vedenjem in vitalnimi znaki, prebralo 40,9 % medicinskih sester, večina (59,4 %) pa na internih izobraževanjih ali drugih strokovnih konferencah še ni slišala o dajanju prednosti upoštevanja pacientovega poročila nad njegovim vedenjem in vitalnimi znaki. 47,9 % jih pacientovo poročilo bolečine upošteva bolj kot njegovo vedenje in vitalne znake. 91,1 % jih nima kakšnih drugih virov informacij o upoštevanju pacientovega poročila o bolečini. 30,5 % jih je odgovorilo, da bi morali pacientovo poročilo o bolečini bolj upoštevati kot vedenje pacienta ali vitalne znake, 43,4 % pa, da pacientovo poročilo o bolečini upoštevajo bolj kot vedenje pacienta ali vitalne znake.

### 3.3.3 Opis vzorca

Vzorčni okvir, na osnovi katerega je potekalo vzorčenje iz populacije, predstavlja seznam vseh bolnišnic v Sloveniji (Ministrstvo za zdravje, 2011). S seznama 27 sekundarnih in terciarnih zdravstvenih ustanov smo dobili informacije, da je 15 ustanov takih, ki imajo kirurške enote. Za sodelovanje smo zaprosili vseh 15, na sodelovanje pa jih je pristalo 14.

Vzorčenje je potekalo tako, da smo vprašalnike razdelili vsem medicinskim sestram (cenzus), ki so delale v izbranih kirurških enotah. Statistično množico so predstavljale medicinske sestre na srednješolski, višješolski in visoki strokovni ravni, ki skrbijo za odrasle paciente po operacijah in so zaposlene na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenih ustanov Republike Slovenije v vseh treh izmenah. Razdeljenih je bilo 1573 anket, skupno število vrnjenih pa je bilo 676. Neveljavnih anket je bilo 21. Izločili smo jih zato, ker niso bile v celoti izpolnjene. Izpolnjena sta bila samo en ali dva sklopa v vprašalniku ali pa anketirani niso izpolnili nobenih demografskih podatkov v sklopu A.

Zaradi tega smo za statistično obdelavo upoštevali 655 (41,6 %) veljavnih vprašalnikov.

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Dogovori o poteku raziskave so v prvi fazi potekali z direktorji bolnišnic, pri neposredni izvedbi raziskave so direktorji v posameznih bolnišnicah določili koordinatorje raziskave, ki so bili po funkciji na prvi ali drugi ravni vodenja. Vprašalnike smo s pomočjo vodilnih medicinskih sester kirurških sektorjev razdelili v dopoldanski in popoldanski izmeni na naključno izbrani dan po oddelkih bolnišnice. Vodilne medicinske sestre so o izpolnjevanju vprašalnikov obvestile tudi ostale medicinske sestre, ki so bile v nočni izmeni. Anketiranci so imeli 10 dni časa, da so vprašalnik vrnili v zbirno mapo na oddelku. Po tem roku smo tistim medicinskim sestram, ki do takrat še niso izpolnile vprašalnika, ponovno razdelili vprašalnik s spremnim pismom, v katerem smo poudarili pomen bolečine in namen raziskave. Raziskava je potekala od septembra 2012 do januarja 2013. Za analizo podatkov smo uporabili statistična programa SPSS 17.0 in AMOS 21.

Z opisno statistiko smo prikazali demografske podatke z odstotki za kategorične spremenljivke in s srednjimi vrednostmi ter standardnimi odkloni za numerične spremenljivke. Predhodna univariantna analiza podatkov je vključevala pregled frekvenčne porazdelitve s srednjimi vrednostmi in standardnimi odkloni, izračun sploščenosti, asimetrije, prikaz odstotkov za Likertovo lestvico in dihotomne spremenljivke. Spremenljivke, ki predstavljajo posamezno dimenzijo vprašalnika predhodnih pogojev, primerne za slovenske podatke – VPP-S, smo uporabili za izračun indeksov, s čimer smo zmanjšali obseg spremenljivk v analizi in omogočili lažjo in bolj pravilno interpretacijo. Indekse smo izračunali kot povprečje spremenljivk, ki merijo isto dimenzijo, izračunali pa smo tudi skupni indeks vprašalnika VPP-S kot povprečje vseh spremenljivk v vprašalniku. Spremenljivke, ki merijo dimenzijo »Občutene potrebe po spremembi«, smo kodirali tako, da višja vrednost pomeni boljšo prakso, tako kot pri ostalih dimenzijah.

Prvi del vprašalnika VPP-C, ki ugotavlja dejavnike, ki vplivajo na privzem na dokazih podprte prakse vodenja pooperativne bolečine pri medicinskih sestrah, smo psihometrično analizirali z eksploratorno in konfirmatorno faktorsko analizo. Ker eksploratorne in potrditvene faktorske analize ni priporočeno izvajati na istih podatkih (Brown, Cudeck, 1993), smo vzorec slučajnostno razdelili na dva dela.

Najprej smo na prvi polovici vzorca ( $n = 326$ ) izvedli eksploratorno faktorsko analizo. Uporabili smo metodo glavnih komponent s pravokotno rotacijo (varimax). Adekvatnost vzorca smo izračunali s Kaiser-Meyer-Olkinovim merilom, ki se giblje med 0 in 1. Vrednosti bližje 1 so boljše. Najmanjša sprejemljiva vrednost je 0,6 (Tabachnick, Fidell, 2007). Faktorabilnost korelacijske matrice smo ugotavljali z Bartletovim testom sferičnosti. Ta test mora biti statistično pomemben ( $p < 0,05$ ), da lahko analizo smatramo kot primerno (Tabachnick, Fidell, 2007). Število komponent (faktorjev) smo določili na podlagi »scree diagrama« in »eigenvalue« v kombinaciji s paralelno analizo in korelacijo med postavko in komponento (nalaganjem postavk), večjo od 0,3.

Analizo zanesljivosti smo preverjali s Cronbachovim koeficientom alfa. Zanesljiv je tisti instrument, če nam iste osebe pri ponovnem zbiranju podatkov z istim instrumentom odgovorijo enako kot pri prvem zbiranju podatkov. Zanesljivost je pomembna, saj se nanaša na stabilnost, trdnost in doslednost podatkov, da se lahko na njih zanesemo. Če je Cronbachov koeficient alfa čim bližje 1, tem boljša je zanesljivost (Ferligoj, 2010).

Korelacija med spremenljivkami od 0,2 in nižje od 0,7 je v primeru analiziranja konceptov, ki jih težko merimo (kot npr. v našem primeru vprašalnik predhodnih pogojev), še zadovoljiva, saj se pričakuje, da so korelacije v takem primeru nekoliko nižje (Shortell, 2001). Spremenljivke, ki imajo standardni odklon višji od 0,6, se zadržijo (Ware, Gandek, 1998). Izločijo pa se spremenljivke, ki imajo popravljene korelacije nižje od 0,3 (Nunnally, Berstein, 1994), ter spremenljivke, pri katerih se je koeficient zanesljivosti (Cronbach alfa) ob njihovi izločitvi povišal za 0,1 ali več (Ferketich, 1991).

Sledila je konfirmatorna faktorska analiza na drugi polovici vzorca ( $n = 329$ ) z namenom testiranja faktorske strukture originalnega modela po Carlsonovi (PP-C) s slovensko strukturo (PP-S), ki smo jo dobili s CFA, ali z drugimi besedami – analiza tega, kako dobra je skladnost modela PP-C in PP-S z opazovanimi podatki. Uporabili smo diagrame poti, kjer so latentne spremenljivke predstavljene z elipso in opazovane s pravokotnikom. Enosmerne puščice kažejo na enosmerno povezanost, dvoglave puščice pa pomenijo korelacijo. Skladnost modelov smo preverjali z naslednjimi indeksi skladnosti:  $\chi^2$ , primerjalni indeks (CFI) in približek indeksa celotne napake (RMSEA).  $\chi^2$  je občutljiv za velikost vzorca in je pri velikih vzorcih signifikanten, kar bi pomenilo zavrnitev modela (Jöreskog, 1969). CFI  $> 0,90$  pomeni sprejemljivo skladnost,  $> 0,95$  pa dobro skladnost, RMSEA  $< 0,05$ / $< 0,08$  pa pomeni dobro/sprejemljivo skladnost (Hu, Bentler, 1999).

Izračunali smo tudi skupni indeks za vse tri sklope vprašalnika o praksi medicinskih sester (»Načini ocene bolečine za medicinske sestre«, »Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta«, »Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini«).

Zanesljivost notranje skladnosti drugega dela vprašalnika – VPMS, ki ugotavlja 3 na dokazih podprte prakse za oceno pooperativne bolečine, smo preverjali z metodo razpolovitve (angl. *split-half*). Test smo razdelili na dva dela in primerjali posamezne vrednosti obeh polovic. Najprej smo izračunali korelacijski koeficient med obema polovicama. Spearman-Brownov koeficient zanesljivosti smo uporabili za oceno zanesljivosti celotnega testa z metodo razpolovitve. Test je sprejemljiv, če je rezultat  $> 0,80$ . Za eksploratorno analizo zadostuje vrednost  $> 0,60$ . Za določitev Spearman-Brownovega koeficienta zanesljivosti smo manjkajoče podatke nadomestili z mediano sosednjih vrednosti (Spearman, 1910 povz. po Pallant, 2010).

Stopnjo podpiranja dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine in značilnosti medicinskih sester smo izračunali s t-testom za neodvisne vzorce, Spearmanovim korelacijskim koeficientom in z Mann-Whitneyjevim U-testom, kjer ni bilo normalne porazdelitve. Pri Mann-Whitneyjevem U-testu smo vrednost kvadrirane

ete izračunali tako, da smo uporabili  $Z$ -vrednost. Uporabili smo Cohenove kriterije, kjer 0,1 pomeni majhen, 0,3 zmeren in 0,5 velik učinek (Pallant, 2010).

Relativno velikost med povprečji odvisne in neodvisne spremenljivke smo izračunali z delnim kvadriranim eta koeficientom ( $r$ ). Kvadrirani koeficient eta pove relativno razliko med povprečji ali količino totalne variance odvisne spremenljivke, ki jo napove neodvisna spremenljivka. Za neodvisne vzorce pri  $t$ -testu smo za kvadrirano eto kot majhen učinek interpretirali 0,01, zmerni učinek 0,06 in velik učinek 0,14 (Pallant, 2010).

Predhodne dejavnike privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine in stopnjo na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine smo izračunali s Spearmanovim korelacijskim koeficientom. Koliko variance si delijo spremenljivke, smo izračunali s determinacijskim koeficientom.

Z multiplo regresijo smo ugotavljali, koliko variance pojasnjujejo naslednje demografske spremenljivke: spol, starost, stopnja izobrazbe, leta v poklicu, dodatna znanja, pridobljena s podiplomskim izobraževanjem, redno branje strokovnih revij s področja zdravstvene nege ter dosedanja praksa z vodenjem bolečine, občutene potrebe po spremembi, pripravljenost sprejeti novosti in norme družbenega sistema za način ocene bolečine medicinskih sester, ocene uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta, upoštevanje pacientovega poročila o bolečini in za vse tri ocene skupaj.

### 3.4 REZULTATI

Največ vprašalnikov je bilo posredovanih bolnišnici 1, in sicer 688 (43,7 %), nato bolnišnici 2 – 260 (16,5 %), bolnišnici 3 – 100 (6,4 %), bolnišnici 4 – 98 (6,2 %), bolnišnici 5 – 69 (4,4 %), bolnišnici 6 – 70 (4,4 %), bolnišnici 7 – 58 (3,7 %), bolnišnici 8 – 56 (3,7 %), bolnišnici 9 – 48 (3,0 %), bolnišnici 10 – 42 (2,7 %), bolnišnici 11 – 32 (2,0 %), bolnišnica 12 – 22 (1,4 %), bolnišnici 13 – 20 (1,3 %), bolnišnici 14 – 10 (0,6 %). Najboljša odzivnost (v odstotkih) glede na število razdeljenih vprašalnikov po posamezni bolnišnici je bila pri bolnišnici 12 – 21 anket (95,4 %), po številu sledi bolnišnica 4 s 73 (74,4 %) izpolnjenimi anketami. Iz bolnišnice 13 smo dobili 14 anket (70 %), iz bolnišnice 7 33 (56,8 %), iz bolnišnice 9 26 (54,1 %), iz bolnišnice 2 131 (50,4 %), iz bolnišnice 3 50 (50 %), iz bolnišnice 14 5 anket (50 %). Iz bolnišnice 6 smo prejeli 24 anket (34,3 %), sledijo bolnišnica 1 z 234 anketami (34 %), bolnišnica 5 z 19 (27,5 %), bolnišnica 8 z 14 (25 %), bolnišnica 11 s 7 (21,9 %) in bolnišnica 10 s 4 anketami (9,5 %).

Povprečna starost anketirancev je bila nekaj manj kot 37 let, najmlajši ima 19 let, najstarejši pa 60 (12 oseb na vprašanje ni odgovorilo). Manj kot 30 let ima 27,2 % anketirancev, 30 do 39 let je starih 31,1 % anketirancev, od 40 do 49 let ima 26,7 % anketirancev, 13,1 % anketirancev pa je starih 50 let in več. Velika večina anketirancev je ženskega spola – 584 (89,2 %), anketo je izpolnilo le 71 oseb moškega spola (10,8 %). Kar 56,2 % anketiranih je tehnikov zdravstvene nege oz. srednjih medicinskih sester, 30,4 % je diplomiranih medicinskih sester (višje medicinske sestre), 13 % pa je diplomiranih medicinskih sester z univerzitetno izobrazbo. Dve osebi v vzorcu imata magisterij (v zdravstveni negi), ena oseba pa na vprašanje ni odgovorila.

Anketiranci poklic medicinske sestre v povprečju opravljajo 15,2 leta, najmanj 1 leto in največ 39 let, 4 osebe pa na vprašanje niso odgovorile. 18,8 % jih dela manj kot 5 let, 19,2 % jih dela od 5 do 9 let, 25,7 % od 10 do 19 let, kar 35,7 % pa že 20 let ali več. Dodatna znanja s področja zdravstvene nege, pridobljena s podiplomskim izobraževanjem, ima 9,5 % vprašanih. Na to vprašanje so odgovorili vsi anketirani.

Večina (56,8 %) jih redno bere 1 strokovno revijo s področja zdravstvene nege, 15,9 % jih redno bere 2 reviji, 3,2 % pa 3 revije ali več. Nobene revije s področja zdravstvene nege ne bere skoraj četrtina vprašanih.

Najpogostejši vir za reševanje problemov v klinični praksi so medicinske sestre v njihovem delovnem okolju (81,4 %), vodilne medicinske sestre v njihovem delovnem okolju (77,3 %), drugo osebje (zdravniki, farmacevti) za 62,7 % vprašanih, internet pa za nekaj manj kot polovico (47,5 %). Ostali viri so precej manj pogosti – od ostalih so še najbolj pogosti učbeniki (16,6 %) in medicinske sestre iz drugih organizacij (16 %), medtem ko npr. raziskovalne konference oz. glasila kot vir reševanja problemov v klinični praksi uporablja le 10 oz. 9 anketirancev. Napredovanje na višji položaj v prihodnosti načrtuje nekaj manj kot tretjina vprašanih (30,2 %), 69 % napredovanja na višji položaj v prihodnosti ne načrtuje, 5 pa jih na vprašanje ni želelo odgovoriti.

Psihometrično testiranje vprašalnika predhodnih pogojev po Carlsonovi (2008) (VPP-C) je pokazalo, da imamo opravka s prirejenim instrumentom, ki vsebuje 4 komponente s 26 postavkami, poimenovali pa smo ga »Slovenski vprašalnik predhodnih pogojev – VPP-S«.

### **Eksploratorna faktorska analiza vprašalnika predhodnih pogojev po Carlsonovi – VPP-C**

Eksploratorna faktorska analiza je pokazala, da je interkorelacija med mnogimi postavkami  $> 0,3$ . Kaiser-Meyer-Olkinov koeficient je bil 0,772, kar pomeni, da so imele postavke skupno varianco. Korelacija med postavkami je bila zadovoljiva (Bartlettov test,  $\chi^2 = 2164,8$ ;  $df = 325$ ;  $p < 0,0005$ ). »Scree diagram« je pokazal prelom pri četrtem faktorju, »eigenvalue«, večje od 1 v kombinaciji s paralelno analizo pa je tudi pokazala štiri komponente. Izrazitega križnega nalaganja nismo opazili, vrednosti rotiranih faktorskih uteži na faktor, na katerega se spremenljivke najbolj močno nalagajo, pa so pri vseh ohranjenih spremenljivkah višje od 0,4. Komunalitete naslednjih postavk so bile nižje od 0,3, zato smo jih izločili:

- B11. Ko pacient poroča o nezadostnem lajšanju bolečine, zdravnika ne kličem, ampak počakam, da pride na vizito.
- B18. Raje počakam, da pacient sam pove, da ga boli, ali da sam zahteva analgetik, kot da ga vprašam, ali potrebuje dodatna zdravila proti bolečini.
- D30. Nerad/-a preizkušam nekaj novega, če nisem videl/-a, da se nekaj podobnega v praksi že izvaja. (rekodirano)
- D31. Potrebujem spodbudo drugih, predno začnem delati nekaj novega.

Z modelom smo razložili 43,5 % skupne variance. E »Norme družbenega sistema« je razložil 15,7 %, B »Dosedanja praksa vodenja bolečine« 13,3%, C »Občutene potrebe po spremembi« 7,5 %, D »Pripravljenost sprejeti novost« pa 6,9 % skupne variance. Rotirana komponentna matrika je pokazala enostavno strukturo s 4 komponentami in 26 spremenljivkami (tabela 3)

**Tabela 3: Rotirana komponentna matrika**

Komponenta = faktor	1	2	3	4
<b>Komponenta 1: Norme družbenega sistema</b>				
E38. Opioidni analgetiki se predpisujejo manj pogosto, kot je potrebno zaradi stranskih učinkov, kot so slabost in/ali obstipacija. (rekodirano)	0,747			
E37. Zdravniki običajno odredijo premajhen odmerek analgetika s predolgimi intervali. (rekodirano)	0,696			
E34. Zdravniki večkrat ne sodelujejo ob prošnjah za dodatni analgetik, če se to zgodi zunaj delovnega časa. (rekodirano)	0,677			
E32. Zdravniki pogosto neradi predpisujejo opioidne analgetike. (rekodirano)	0,561			
E36. Medicinske sestre oklevajo, da bi poklicale zdravnika, če bolečina ni bila zadostno olajšana. (rekodirano)	0,529			
E33. Medicinske sestre pogosto nerade dajejo opioidne analgetike. (rekodirano)	0,510			
E35. Ni dovolj časa za izvajanje nadzora za vodenje bolečine. (rekodirano)	0,442			
<b>Komponenta 2: Dosedanje prakse vodenja bolečine</b>				
B15. Pri presoji načrta zdravstvene nege za svojega pacienta ocenim trajanje bolečine.		0,623		



<b>Komponenta = faktor</b>	1	2	3	4
B13. Vrednotim učinkovitost intervencijskih ukrepov za lajšanje bolečine.	0,575			
B12. Pacientovo bolečino ocenim tako, da ga vprašam o stopnji bolečine.	0,526			
B17. Pacientovo lastno oceno bolečine zapisujem v njegovo zdravstveno dokumentacijo.	0,514			
B9. Ko ocenjujem bolečino, pacienta vprašam o vrsti bolečine.	0,477			
B14. Po ocenitvi pacientove bolečine pacienta vprašam, ali želi/potrebuje zdravila za lajšanje bolečine.	0,476			
B16. Ko pacientu dam oralni in/ali intravenski analgetik, se k njemu vrnem po 30–45 minutah, da ocenim stopnjo zmanjšanja bolečine.	0,465			
B10. Uporabljam numerično ali verbalno bolečinsko lestvico za oceno jakosti bolečine.	0,409			
B19. Zapisujem, koliko časa (v odstotkih) je zdravljenje bolečine učinkovito.	0,348			
<b>Komponenta 3: Občutene potrebe po spremembi</b>				
C22. Moji sodelavci podcenjujejo resnost bolečine pri pacientu.			0,619	
C24. Pacienti so deležni ustreznega lajšanja bolečin v vseh treh izmenah. (rekodirano)			0,589	
C20. Bolečino na našem oddelku na splošno dobro obvladujemo. (rekodirano)			0,555	
C25. Zdravniki in medicinske sestre se preveč zlahka sprijaznijo z nezadostno lajšano bolečino pri pacientu.			0,537	
C23. Sem bolj zavzet/-a za nadzor pacientove bolečine kot moji sodelavci.			0,482	
C21. Nezadostno lajšanje bolečine je pogosto.			0,383	
<b>Komponenta 4: Pripravljenost sprejeti novost</b>				
D29. Poskušam uvesti nove ideje v prakso, ko rezultati raziskav pokažejo svojo vrednost.				0,758
D28. Moji sodelavci me vprašajo za mnenje v zvezi z novimi idejami/prakso.				0,667
D27. Imam se za neformalnega vodjo v svojem delovnem okolju.				0,622
D26. Povezujem se z drugimi medicinskimi sestrami zunaj mojega delovnega okolja (iz drugih oddelkov/enot).				0,428

Našli smo majhno do srednje veliko korelacijo med komponentami. Visoko pozitivno korelacijo smo ugotovili med »Občutene potrebe po spremembi« in »Pripravljenost sprejeti novost« (tabela 4).

**Tabela 4: Korelacija med komponentami**

Komponente	Norme družbenega sistema	Dosedanje prakse vodenja bolečine	Občutene potrebe po spremembi	Pripravljenost sprejeti novosti
Norme družbenega sistema	0,824	0,030	-0,535	-0,183
Dosedanje prakse vodenja bolečine	-0,080	0,858	-0,229	0,452
Čustva, ki prebudijo potrebo po spremembi	0,367	-0,332	0,264	0,828
Pripravljenost sprejeti novosti	0,424	0,390	0,769	-0,277

$p < 0,001$ .

#### **Konfirmatorna faktorska analiza modela predhodnih pogojev po Carlsonovi in slovenskega modela**

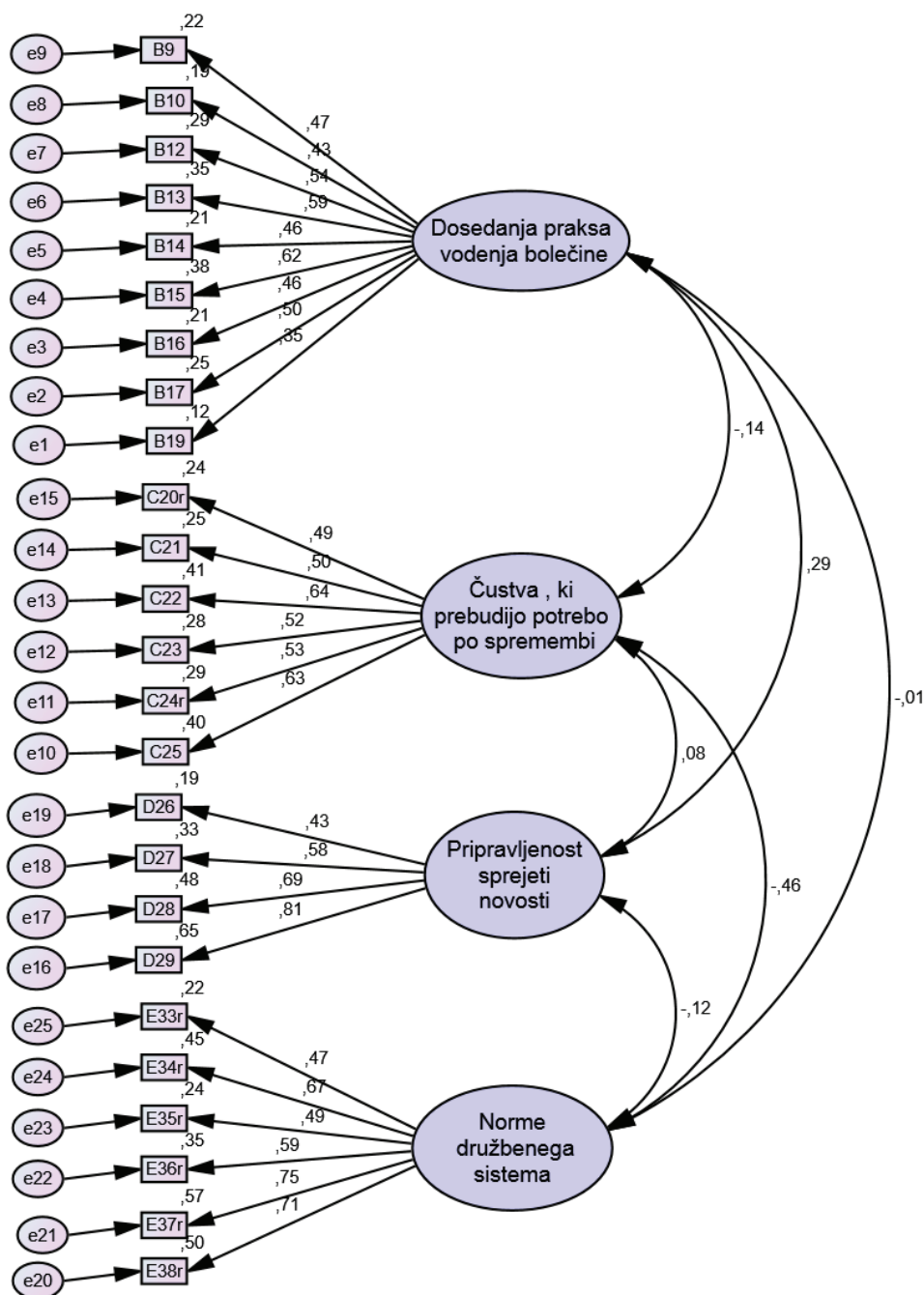
Slovenski model temelji na naši eksploratorni faktorski analizi. Uporabili smo metodo največjega verjetja, ker so bili podatki normalno razporejeni. Grafikon kvantilov ni pokazal univariatnih osamelcev. Multivariatnih osamelcev je bilo malo in smo jih zato zadržali.

Konfirmatorna faktorska analiza modela PP-C (4 komponente in 30 opazovanih spremenljivk) je pokazala, da ni zadostne skladnosti s slovenskimi podatki. Slovenski model (4 komponente, 26 spremenljivk) pa je pokazal zadovoljivo skladnost s podatki (tabela 5).

**Tabela 5: Konfirmatorna faktorska analiza modela predhodnih pogojev po Carlsonovi in slovenskega modela**

Model	$\chi^2$	CFI	RMSEA
PP-C	871,629; df = 399; $p < 0,001$	0,77	0,060
PP-S	537,726; df = 269; $p < 0,001$	0,85	0,055

PP-S = slovenski model vprašalnika predhodnih pogojev; PP-C = vprašalnik predhodnih pogojev po Carlsonovi;  $\chi^2$  = hi-kvadrat; CFI = primerjalni indeks; RMSEA = približek indeksa celotne napake.



Slika 1: Slovenski model vprašalnika predhodnih pogojev – PP-S

Korelacija med komponentami je prikazana nad puščicami z dvojno glavo, standardizirane regresijske uteži so vidne nad puščicami v smeri latentnih spremenljivk proti opazovanim spremenljivkam in kvadrirana multipla korelacija ( $R^2$ ) je opazna ob glavi teh puščic (slika 1).

Standardizirano nalaganje faktorjev (regresijske uteži) pomeni korelacijo med opazovano spremenljivko in skupnim faktorjem ter omogoča oceno relativnih prispevkov latentne spremenljivke za vsako opazovano spremenljivko. Standardizirane regresijske uteži za »Dosedanja praksa vodenja bolečine« so se gibale med 0,35 in 0,62. Za »Občutene potrebe po spremembi« so se gibale med 0,49 in 0,64. Standardizirane regresijske uteži za »Pripravljenost sprejeti novost« so se gibale med 0,43 in 0,81 ter za »Norme družbenega sistema« so bile med 0,47 in 0,75. Na splošno je bilo nalaganje faktorjev zmerno do močno, razen za B19.

Vsaka nestandardizirana regresijska utež (nestandardiziran regresijski koeficient) predstavlja količino spremembe v opazovani spremenljivki za vsako enoto v latentni (napovedujoči) spremenljivki. Na primer pri povečanju za 1 enoto pri »Dosedanji praksi vodenja bolečine« pride do povečanja za 1,337 pri B17 – »Pacientovo lastno oceno bolečine zapisujem v njegovo zdravstveno dokumentacijo, če se poveča dosedanja praksa vodenja bolečine za 1,00«. Nestandardizirane in standardizirane regresijske uteži prikazuje tabela 6. Kritično razmerje (KR) je povsod  $> 1,96$ , kar pomeni, da je ocena nestandardiziranih regresijskih uteži statistično pomembna.

**Tabela 6: Nestandardizirane in standardizirane regresijske uteži**

Opazovana spremenljivka	Latentni faktor	Standardizirane regresijske uteži	Nestandardizirane regresijske uteži	SN	KR	p
B19 ←	B	0,349	1,000			
B17 ←	B	0,501	1,337	0,277	4,827	***
B16 ←	B	0,463	0,876	0,186	4,703	***
B15 ←	B	0,620	1,423	0,269	5,281	***
B14 ←	B	0,458	0,663	0,146	4,556	***
B13 ←	B	0,592	1,249	0,247	5,058	***
B12 ←	B	0,542	0,926	0,195	4,737	***
B10 ←	B	0,435	1,029	0,237	4,340	***
B9 ←	B	0,470	0,877	0,187	4,700	***
C25 ←	C	0,632	1,000			
C24r ←	C	0,534	0,718	0,106	6,763	***
C23 ←	C	0,525	0,779	0,111	6,994	***
C22 ←	C	0,637	0,942	0,119	7,927	***
C21 ←	C	0,497	0,776	0,107	7,248	***
C20r ←	C	0,487	0,578	0,092	6,299	***
D29 ←	D	0,809	1,000			
D28 ←	D	0,693	0,688	0,070	9,817	***

Opazovana spremenljivka	Latentni faktor	Standardizirane regresijske uteži	Nestandardizirane regresijske uteži	SN	KR	p
D27 ←	D	0,578	0,724	0,085	8,550	***
D26 ←	D	0,432	0,517	0,079	6,572	***
E38r ←	E	0,707	1,000			
E37r ←	E	0,754	1,064	0,094	11,326	***
E36r ←	E	0,593	0,856	0,095	8,997	***
E35r ←	E	0,489	0,751	0,097	7,750	***
E34r ←	E	0,671	1,064	0,102	10,449	***
E33r ←	E	0,468	0,638	0,085	7,530	***

SN = standardna napaka; KR = kritično razmerje; \*\*\* =  $p < 0,001$ . E = »Norme družbenega sistema«, B= »Dosedanja praksa vodenja bolečine«, D = »Pripravljenost sprejeti novost«, C = »Občutene potrebe po spremembi«.

Za razlago, koliko variance opazovane spremenljivke razložimo z latentno spremenljivko, smo napravili kvadrirano multiplo korelacijo ( $R^2$ ) – tabela 7 in slika 1. Za »Norme družbenega sistema« je bila odgovarjajoča multipla korelacija od 0,219 do 0,568. Tako na primer »Norme družbenega sistema« razložijo 21,9 % variance E33 – »Medicinske sestre pogosto nerade dajejo opioidne analgetike«. Za »Dosedanja praksa vodenja bolečine« pa od 0,121 do 0,384, kar pomeni 12,1 % variance B19 – »Zapisujem, koliko časa (v odstotkih) je zdravljenje bolečine učinkovito«. Multipla korelacija za »Pripravljenost sprejeti novost« je bila 0,187 do 0,654, kar predstavlja 18,7 % variance D26 – »Povezujem se z drugimi medicinskimi sestrami zunaj mojega delovnega okolja (iz drugih oddelkov/enot)«. Za »Občutene potrebe po spremembi« pa je od 0,238 do 0,405, kar razloži 23,8 % variance C20 – »Bolečino na našem oddelku na splošno dobro obvladujemo«. Standardizirane regresijske uteži in  $R^2$  kažejo na to, kako vsaka opazovana spremenljivka meri latentni faktor. Opazovana spremenljivka (tabela 6) »Poskušam uvesti nove ideje v prakso, ko rezultati raziskav pokažejo svojo vrednost« (D29) je najboljši kazalnik »Pripravljenosti sprejeti novosti« (0,809) in v 65,4 % odraža latentno spremenljivko »Pripravljenost na sprejem novosti« (tabela 7). Ostalega dela variance nismo uspeli pojasniti.

**Tabela 7: Kvadrirana multipla korelacija (R<sup>2</sup>)**

<b>Opazovana spremenljivka</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
<b>Dosedanje prakse vodenja bolečine (R<sup>2</sup>)</b>	
B10. Uporabljam numerično ali verbalno bolečinsko lestvico za oceno jakosti bolečine.	0,189
B13. Vrednotim učinkovitost intervencijskih ukrepov za lajšanje.	0,351
B9. Ko ocenjujem bolečino, pacienta vprašam o vrsti bolečine.	0,220
B12. Pacientovo bolečino ocenim tako, da ga vprašam o stopnji bolečine.	0,294
<b>Občutene potrebe po spremembi (R<sup>2</sup>)</b>	
C22. Moji sodelavci podcenjujejo resnost bolečine pri pacientu.	0,405
C21. Nezadostno lajšanje bolečine je pogosto.	0,247
C24r. Pacienti so deležni ustreznega lajšanja bolečin v vseh treh izmenah. (rekodirano)	0,285
C20r. Bolečino na našem oddelku na splošno dobro obvladujemo. (rekodirano)	0,238
C25. Zdravniki in medicinske sestre se preveč zlahka sprijaznijo z nezadostno lajšano bolečino pri pacientu.	0,400
C23. Sem bolj zavzet/-a za nadzor pacientove bolečine kot moji sodelavci.	0,275
<b>Pripravljenost sprejeti novost (R<sup>2</sup>)</b>	
D26. Povezujem se z drugimi medicinskimi sestrami zunaj svojega delovnega okolja (iz drugih oddelkov/enot)	0,187
D27. Imam se za neformalnega vodjo v svojem delovnem okolju.	0,335
D28. Moji sodelavci me vprašajo za mnenje v zvezi z novimi idejami/prakso.	0,480
D29. Poskušam uvesti nove ideje v prakso, ko rezultati raziskav pokažejo svojo vrednost.	0,654
<b>Norme družbenega sistema (R<sup>2</sup>)</b>	
E35. Ni dovolj časa za izvajanje nadzora za vodenje bolečine. (rekodirano)	0,239
E36. Medicinske sestre oklevajo, da bi poklicale zdravnika, če bolečina ni bila zadostno olajšana. (rekodirano)	0,351
E33. Medicinske sestre pogosto nerade dajejo opioidne analgetike. (rekodirano)	0,219
E38. Opioidni analgetiki se predpisujejo manj pogosto, kot je potrebno zaradi stranskih učinkov, kot so slabost in/ali obstipacija. (rekodirano)	0,500
E37. Zdravniki običajno odredijo premajhen odmerek analgetika s predolgimi intervali. (rekodirano)	0,568
E34. Zdravniki večkrat ne sodelujejo ob prošnjah za dodatni analgetik, če se to zgodi zunaj delovnega časa. (rekodirano)	0,451

R<sup>2</sup> = kvadrirana multipla korelacija

Korelacijo in kovarianco med latentnimi faktorji kaže tabela 8. Korelacija je bila statistično pomembna samo med »Dosedanja praksa vodenja bolečine« in »Pripravljenost sprejeti novost« ( $p < 0,002$ ) in med »Dosedanja praksa vodenja bolečine« in »Občutene potrebe po spremembi« ( $p < 0,001$ ). Bila je nizka med vsemi latentnimi spremenljivkami, razen med »Občutene potrebe po spremembi« in »Pripravljenost sprejeti novosti«, kjer je srednje močna in negativna.

**Tabela 8: Korelacija in kovarianca med štirimi faktorji**

	<b>Korelacija</b>	<b>Kovarianca</b>	<b>SN</b>	<b>KR</b>	<b>p</b>
<b>B↔D</b>	0,285	0,113	0,036	3,125	0,002
<b>B↔C</b>	-0,139	-0,041	0,023	-1,770	0,077
<b>C↔E</b>	-0,460	-0,195	0,039	-5,060	***
<b>C↔D</b>	0,077	0,044	0,044	1,004	0,315
<b>B↔E</b>	-0,010	-0,003	0,021	-0,147	0,883
<b>D↔E</b>	-0,118	-0,067	0,040	-1,667	0,095

SN = standardna napaka; KR = kritično razmerje; E = »Norme družbenega sistema«; B = »Dosedanja praksa vodenja bolečine«; D = »Pripravljenost sprejeti novost«; C = »Občutene potrebe po spremembi«; p = statistična značilnost.

Tabele 9–12 kažejo opisne statistike za Slovenski model predhodnih pogojev privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine.

**Dosedanja praksa vodenja bolečine (sklop B)**

Povprečje odgovorov glede dosedanje prakse vodenja se je gibalo od 2,02 do 4,57. Frekvenčne porazdelitve – veljavni delež (%) – so prikazane v tabeli 32.

**Tabela 9: Trditve o dosedanji praksi z vodenjem bolečine**

	n		Povprečje	St. odklon
	Veljavni	Manjkajoči		
B9. Ko ocenjujem bolečino, pacienta vprašam o vrsti bolečine.	655	0	4,44	0,811
B10. Uporabljam numerično ali verbalno bolečinsko lestvico za oceno jakosti bolečine.	655	0	4,13	1,114
B11. Ko pacient poroča o nezadostnem lajšanju bolečine, ne kličem zdravnika, ampak počakam, da pride na vizito.	655	0	1,92	1,136
B12. Pacientovo bolečino ocenim tako, da ga vprašam o stopnji bolečine.	655	0	4,45	0,772
B13. Vrednotim učinkovitost intervencijskih ukrepov za lajšanje bolečine.	655	0	4,02	0,987
B14. Po ocenitvi pacientove bolečine, ga vprašam, ali želi/potrebuje zdravila za lajšanje bolečine.	655	0	4,57	0,726
B15. Pri presoji načrta zdravstvene nege za svojega pacienta ocenim trajanje bolečine.	655	0	3,85	1,031
B16. Ko pacientu dam oralni in/ali intravenski analgetik, se vrnem k njemu po 30–45 minutah, da ocenim stopnjo zmanjšanja bolečine.	654	1	4,33	0,886
B17. Pacientovo lastno oceno bolečine zapisujem v njegovo zdravstveno dokumentacijo.	654	1	4,05	1,247
B18. Raje počakam, da pacient sam pove, da ga boli, ali da sam zahteva analgetik, kot da ga vprašam, ali potrebuje dodatna zdravila proti bolečini.	655	0	2,02	1,093
B19. Zapisujem, koliko časa (v odstotkih) je zdravljenje bolečine učinkovito.	655	0	2,21	1,300

n = frekvenca



### Občutene potrebe po spremembi (sklop C)

Povprečje odgovorov glede trditvev o čustvih, ki prebudijo potrebo po spremembi, se je gibalo od 2,04 do 4,35. Frekvenčne porazdelitve – veljavni delež (%) – so prikazane v tabeli 33.

**Tabela 10: Trditve o čustvih, ki prebudijo potrebo po spremembi**

	n		Povprečje	St. odklon
	Veljavni	Manjkajoči		
C20. Bolečino na našem oddelku na splošno dobro obvladujemo.	655	0	4,26	0,741
C21. Nezadostno lajšanje bolečine je pogosto.	655	0	2,33	0,973
C22. Moji sodelavci podcenjujejo resnost bolečine pri pacientu.	655	0	2,04	0,903
C23. Sem bolj zavzet/-a za nadzor pacientove bolečine kot moji sodelavci.	655	0	2,38	0,941
C24. Pacienti so deležni ustreznega lajšanja bolečin v vseh treh izmenah.	655	0	4,35	0,801
C25. Zdravniki in medicinske sestre se preveč zlahka sprijaznijo z nezadostno lajšano bolečino pri pacientu.	655	0	2,17	0,960

n= frekvenca.

### Pripravljenost sprejeti novost (sklop D)

Povprečje odgovorov glede trditvev o pripravljenosti sprejeti novost se je gibalo od 1,80 do 3,06. Frekvenčne porazdelitve – veljavni delež (%) – so prikazane v tabeli 34.

**Tabela 11: Trditve pripravljenost sprejeti novosti**

	n		Povprečje	St. odklon
	Veljavni	Manjkajoči		
D26. Povezujem se z drugimi medicinskimi sestrami zunaj svojega delovnega okolja (iz drugih oddelkov/enot).	655	0	2,87	1,036
D27. Imam se za neformalnega vodjo v svojem delovnem okolju.	655	0	1,80	1,077
D28. Moji sodelavci me vprašajo za mnenje v zvezi z novimi idejami/prakso.	655	0	3,06	0,892

	n		Povprečje	St. odklon
	Veljavni	Manjkajoči		
D29. Poskušam uvesti nove ideje v prakso, ko rezultati raziskav pokažejo svojo vrednost.	655	0	2,57	1,045
D30. Nerad/-a preizkušam nekaj novega, če nisem videl/-a, da se nekaj podobnega že izvaja v praksi.	654	1	2,49	1,003
D31. Potrebujem spodbudo drugih, predno začnem delati nekaj novega.	655	0	2,32	0,984

n = frekvenca.

### Norme družbenega sistema (sklop E)

Povprečje odgovorov, ki so se nanašali na norme družbenega sistema, se je gibalo od 2,10 do 2,64. Frekvenčne porazdelitve – veljavni delež (%) – so prikazane v tabeli 35.

**Tabela 12: Trditve o normah družbenega sistema**

	n		Povprečje	St. odklon
	Veljavni	Manjkajoči		
E32. Zdravniki pogosto neradi predpisujejo opioidne analgetike.	655	0	2,64	1,004
E33. Medicinske sestre pogosto nerade dajejo opioidne analgetike.	655	0	2,39	0,884
E34. Zdravniki večkrat ne sodelujejo ob prošnjah za dodatni analgetik, če se to zgodi zunaj delovnega časa.	655	0	2,45	1,011
E35. Ni dovolj časa za izvajanje nadzora za vodenje bolečine.	655	0	2,39	0,981
E36. Medicinske sestre oklevajo, da bi poklicale zdravnika, če bolečina ni bila zadostno olajšana.	655	0	2,10	0,907
E37. Zdravniki običajno odredijo premajhen odmerek analgetika s predolgimi intervali.	655	0	2,43	0,897
E38. Opioidni analgetiki se predpisujejo manj pogosto, kot je potrebno zaradi stranskih učinkov, kot so slabost in/ali opstipacija.	655	0	2,57	0,931

n = frekvenca.

Iz tabele 13 je razvidno, da medicinske sestre zelo redko uporabljajo na dokazih podprte prakse: da vedno uporabljajo načine ocene bolečine v 16 %; da oceno uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta vedno uporabljajo v 10,5 %; da vedno upoštevajo pacientovo poročilo o bolečini v 11,1 % in v 3,2 % vedno uporabljajo na dokazih podprto prakso ocene pooperativne bolečine za vse tri prakse skupaj.

**Tabela 13: Stopnja privzema na dokazih podprte prakse ocene pooperativne bolečine**

		n	Delež
Načini ocene bolečine medicinskih sester	Medicinske sestre se <b>ne zavedajo</b> pomena na dokazih podprte prakse.	144	22,0 %
	Medicinske sestre se večinoma <b>zavedajo</b> pomena na dokazih podprte prakse, vendar je ne uporabljajo.	54	8,2 %
	Medicinske sestre so na splošno <b>prepričane</b> , da uporabljajo na dokazih podprto prakso, ampak ne vsakodnevno.	132	20,2 %
	Medicinske sestre <b>včasih uporabljajo na dokazih podprto prakso.</b>	220	33,6 %
	Medicinske sestre <b>vedno uporabljajo na dokazih podprto prakso.</b>	105	16,0 %
Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta	Medicinske sestre se ne zavedajo pomena na dokazih podprte prakse.	173	26,4 %
	Medicinske sestre se večinoma zavedajo pomena na dokazih podprte prakse, vendar je ne uporabljajo.	89	13,6 %
	Medicinske sestre so na splošno prepričane, da uporabljajo na dokazih podprto prakso, ampak ne vsakodnevno.	144	22,0 %
	Medicinske sestre včasih uporabljajo na dokazih podprto prakso.	180	27,5 %
	Medicinske sestre vedno uporabljajo na dokazih podprto prakso.	69	10,5 %
Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini	Medicinske sestre se ne zavedajo pomena na dokazih podprte prakse.	215	32,8 %
	Medicinske sestre se večinoma zavedajo pomena na dokazih podprte prakse, vendar je ne uporabljajo.	54	8,2 %
	Medicinske sestre so na splošno prepričane, da uporabljajo na dokazih podprto prakso, ampak ne vsakodnevno.	165	25,2 %
	Medicinske sestre včasih uporabljajo na dokazih podprto prakso.	148	22,6 %
	Medicinske sestre vedno uporabljajo na dokazih podprto prakso.	73	11,1 %
Vse tri prakse ocene pooperativne bolečine	Medicinske sestre se ne zavedajo pomena na dokazih podprte prakse.	76	11,6 %
	Medicinske sestre se večinoma zavedajo pomena na dokazih podprte prakse, vendar je ne uporabljajo.	142	21,7 %
	Medicinske sestre so na splošno prepričane, da uporabljajo na dokazih podprto prakso, ampak ne vsakodnevno.	231	35,3 %
	Medicinske sestre včasih uporabljajo na dokazih podprto prakso.	185	28,2 %
	Medicinske sestre vedno uporabljajo na dokazih podprto prakso.	21	3,2 %

n = frekvenca; % = delež.

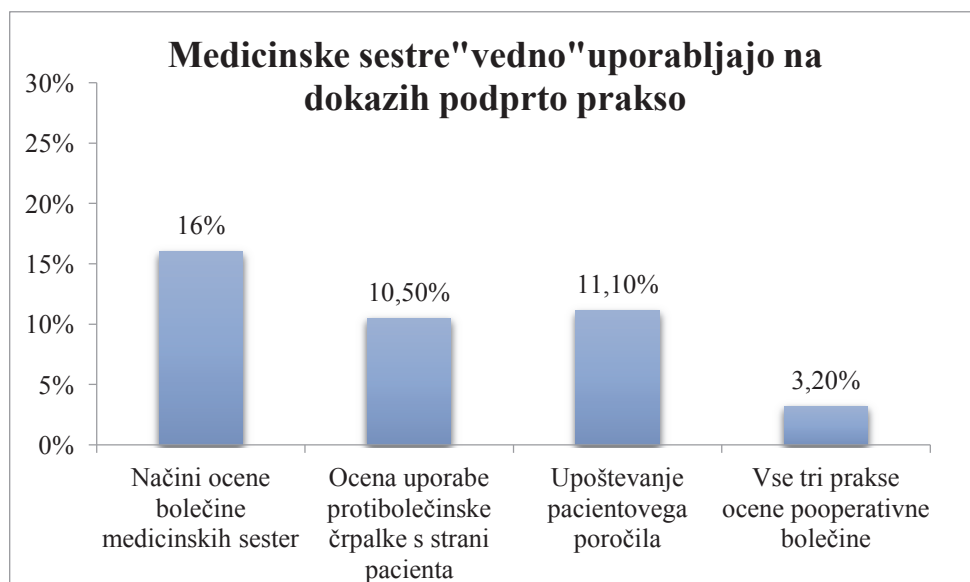
Iz tabele 14 je razvidno, da so medicinske sestre prepričane, da uporabljajo na dokazih podprto prakso ocene pooperativne bolečine, a jo vedno uporablja le 3,2 %.

**Tabela 14: Stopnja podpiranja dejavnikov in uporaba na dokazih podprte prakse ocene pooperativne bolečine**

	Se ne zavedajo n in %	Se zavedajo n in %	So prepričane n in %	Uporabljajo na dokazih podprto prakso		Točkovanje privzema  Povprečje in standardni odklon	Stopnja privzema <sup>1</sup>
				Včasih, n in %	Vedno, n in %		
Načini ocene bolečine medicinskih sester	144 22 %	54 8,2 %	132 20,2%	220 33,6 %	105 16 %	n, 655 2,13 (1,387)	Prepričane
Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta	173 26,4 %	89 13,6 %	144 22,0 %	180 27,5 %	69 10,5 %	n, 655 1,82 (1,364)	Prepričane
Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini	215 32,8 %	54 8,2 %	165 25,2 %	148 22,6 %	73 11,1 %	n, 655 1,71 (1,409)	Prepričane
Vse tri prakse ocene pooperativne bolečine	76 11,6 %	142 21,7%	231 35,3 %	185 28,2 %	21 3,2 %	n, 655 1,89 (1,013)	Prepričane

<sup>1</sup> Razpon = najvišja možna ocena za vsak sklop je 4 (razpon 0–4). Srednja vrednost, ki sega od 0 do 0,49, pomeni, da se medicinske sestre ne zavedajo pomena na dokazih podprte prakse; od 0,5 do 1,49, da se zavedajo pomena na dokazih podprte prakse, vendar je ne uporabljajo. Srednja vrednost od 1,5 do 2,49 pomeni, da so medicinske sestre na splošno prepričane, da uporabljajo na dokazih podprto prakso, ampak je ne uporabljajo. Srednja vrednost od 2,5 do 3,49 pomeni, da medicinske sestre na splošno uporabljajo prakso »včasih«, in vrednost od 3,5 do 4,0, da medicinske sestre vedno uporabljajo na dokazih podprto prakso; n = frekvenca; % = delež.

Slika 2 pokaže, da medicinske sestre le v 3,2 % vedno uporabljajo vse tri načine na dokazih podprte prakse ocene pooperativne bolečine.



**Slika 2: Stopnja privzema na dokazih podprte prakse**

### Hipoteza 1

Z rezultati analize smo hipotezo 1 »Predhodni pogoji obravnave pooperativne bolečine pojasnjujejo oceno pooperativne bolečine« delno potrdili:

S predhodnimi statističnimi izračuni so bile predpostavke za multiplo regresijsko analizo sprejemljive. Odvisno spremenljivko šibko, a statistično značilno pojasnjujejo trije prediktorji in sicer »Dosedanja praksa z vodenjem bolečine« ( $\beta = 0,179$ ,  $t = 4,198$ ,  $p < 0,001$ ), »Pripravljenost sprejeti novosti« ( $\beta = 0,151$ ,  $t = 3,638$ ,  $p < 0,001$ ) in »Stopnja izobrazbe v zdravstveni negi« ( $\beta = 0,11$ ,  $t = 2,650$ ,  $p < 0,008$ ). Pri preostalih nismo ugotovili statistično značilnega vpliva. Prediktorji skupaj pojasnijo 11,6 % variance neodvisne spremenljivke vseh treh načinov ocene pooperativne bolečine skupaj.

Prediktorji skupaj pojasnijo 9,7 % variance neodvisne spremenljivke »Načini ocene bolečine za medicinske sestre« (prilagojen  $R^2 = 0,097$ ). Odvisno spremenljivko šibko, a statistično značilno pojasnjujeta dva prediktorja, in sicer »Dosedanja praksa z vodenjem bolečine« ( $\beta = 0,208$ ,  $t = 5,196$ ,  $p < 0,001$ ) in »Pripravljenost sprejeti novosti«

( $\beta = 0,111$ ,  $t = 2,657$ ,  $p < 0,008$ ), pri preostalih pa nismo ugotovili statistično značilnega vpliva.

Prediktorji skupaj pojasnijo 8,8 % variance neodvisne spremenljivke »Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta« (prilagojen  $R^2 = 0,088$ ). Odvisno spremenljivko šibko, a statistično značilno pojasnjujejo štirje prediktorji, in sicer »Dosedanja praksa z vodenjem bolečine« ( $\beta = 0,148$ ,  $t = 3,666$ ,  $p < 0,001$ ), »Pripravljenost sprejeti novosti« ( $\beta = 0,122$ ,  $t = 2,904$ ,  $p < 0,004$ ), »Stopnja izobrazbe v zdravstveni negi« ( $\beta = 0,119$ ,  $t = 2,813$ ,  $p < 0,005$ ) in »Število strokovnih revij s področja zdravstvene nege, ki jih redno berejo« ( $\beta = 0,114$ ,  $t = 2,868$ ,  $p < 0,004$ ). Pri preostalih nismo ugotovili statistično značilnega vpliva.

Prediktorji skupaj pojasnijo 1,7 % variance neodvisne spremenljivke »Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini« (prilagojen  $R^2 = 0,017$ ). Odvisno spremenljivko šibko, a statistično značilno pojasnjuje samo en prediktor, in sicer »Pripravljenost sprejeti novosti« ( $\beta = 0,098$ ,  $t = 2,237$ ,  $p < 0,026$ ), pri preostalih pa nismo ugotovili statistično značilnega vpliva (tabela 15).

**Tabela 15: Standardna multipla regresija**

Odvisna spremenljivka	Neodvisna spremenljivka	B	Beta	p
Vsi trije načini ocene pooperativne bolečine skupaj	Stopnja izobrazbe	-0,374	0,11	0,008
	Dosedanja praksa vodenja bolečine		0,179	0,001
	Pripravljenost sprejeti novosti		0,151	0,001
	$R^2 = 0,116$			
Način ocene bolečine medicinskih sester	Dosedanja praksa vodenja bolečine	-1,460	0,208	0,001
	Pripravljenost sprejeti novosti		0,111	0,008
	$R^2 = 0,097$			
Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta	Stopnja izobrazbe	-0,586	0,119	0,005
	Št. branih strokovnih revij		0,114	0,004
	Dosedanja praksa vodenja bolečine		0,148	0,001
	Pripravljenost sprejeti novosti		0,122	0,004
	$R^2 = 0,088$			
Upoštevanje pacientovega poročila o oceni bolečine	Pripravljenost sprejeti novosti	0,922	0,098	0,026
	$R^2 = 0,017$			

B = nestandardiziran regresijski koeficient;  $\beta$  = standardiziran regresijski koeficient; t = vrednost značilnih razlik; p = statistična značilnost;  $R^2$  = determinacijski koeficient.

## Hipoteza 2

Na osnovi rezultatov analize smo delno potrdili hipotezo 2 »Stopnja podpiranja dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine se razlikuje glede na značilnosti medicinskih sester«.

Hipotezo 2 smo delno potrdili, ker pri vseh značilnostih, ki smo jih iskali, nismo našli razlik. Razlike smo iskali med sklopi od B do E in med značilnostmi medicinskih sester (spolom, stopnjo izobrazbe, dodatnimi znanji, številom branih strokovnih revij in napredovanjem na višji položaj). Višja vrednost indeksov je bila pri stopnji izobrazbe, dodatnih znanjih, številu branih strokovnih revij in napredovanju na višji položaj, med spoloma pa nismo našli razlik.

## Spol

Razlike smo izračunali s t-testom za neodvisne vzorce. Izkazalo se je, da med spoloma ni razlike v stopnji podpiranja dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine.

**Tabela 16: Spol in stopnja podpiranja dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine**

	Spol	n	Aritmetična sredina	Standardni odklon	p-vrednost
Dosedanja praksa z vodenjem bolečine	Moški	71	3,93	0,551	0,753
	Ženski	583	4,02	0,575	
Občutene potrebe po spremembi	Moški	71	3,89	0,624	0,176
	Ženski	584	3,96	0,558	
Pripravljenost sprejeti novosti	Moški	71	2,47	0,718	0,774
	Ženski	584	2,59	0,755	
Norme družbenega sistema	Moški	71	3,58	0,635	0,641
	Ženski	584	3,58	0,651	
indeks (IPP-S)	Moški	71	3,60	0,382	0,290
	Ženski	583	3,66	0,353	

n = frekvenca; p = statistična značilnost

## Dodatna znanja

Razlike smo izračunali s t-testom za neodvisne vzorce. Izkazalo se je, da imajo osebe, ki imajo dodatna znanja s področja zdravstvene nege, pridobljena s podiplomskim izobraževanjem, višjo oceno indeksov »Dosedanja praksa z vodenjem bolečine« ( $t = -2,735$ ,  $p < 0,006$ ) in »Pripravljenost sprejeti novosti« ( $t = -4,646$ ,  $p < 0,001$ ).

**Tabela 17: Dodatna znanja in stopnja podpiranja dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine**

Ali imate dodatna znanja s področja zdravstvene nege, pridobljena s podiplomskim izobraževanjem?	n	Aritmetična sredina	Standardni odklon	p-vrednost
Dosedanja praksa z vodenjem bolečine	Ne	592	3,99	0,566
	Da	62	4,20	0,606
Občutene potrebe po spremembi	Ne	593	3,96	0,552
	Da	62	3,84	0,677
Pripravljenost sprejeti novosti	Ne	593	2,53	0,734
	Da	62	2,99	0,802
Norme družbenega sistema	Ne	593	3,58	0,634
	Da	62	3,51	0,786
Indeks (IPP-S)	Ne	592	3,65	0,347
	Da	62	3,75	0,427

n=frekvenca; p = statistična značilnost

Eta koeficient je pokazal, da je razlika med povprečji »za dosedanjo prakso vodenje bolečine« majhna, izraženo v odstotkih to pomeni, da je le 1,1 % variance dosedanje prakse vodenja bolečine razložljivo z dodatnimi znanji.

Razlika med povprečji je majhna za indeks »Pripravljenost sprejeti novost«, izraženo v odstotkih to pomeni, da je le 3,4 % variance pripravljenosti sprejeti novosti razložljivo z dodatnimi znanji.



## Napredovanje na višji položaj

Razlike smo izračunali s t-testom za neodvisne vzorce. Izkazalo se je, da imajo tisti, ki v prihodnosti načrtujejo napredovanje na višji položaj, višjo vrednost indeksov »Pripravljenost sprejeti novosti« ( $t = 3,690$ ,  $p < 0,000$ ) in IPP-S ( $t = 2,934$ ,  $p < 0,003$ ).

**Tabela 18: Napredovanje na višji položaj in stopnja podpiranja dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine**

Ali v prihodnosti načrtujete napredovanje na višji položaj?		n	Aritmetična sredina	Standardni odklon	p- vrednost
Dosedanja praksa z vodenjem bolečine	Da	197	4,06	0,532	0,042
	Ne	452	3,99	0,587	
Občutene potrebe po spremembi	Da	198	4,00	0,601	0,106
	Ne	452	3,93	0,543	
Pripravljenost sprejeti novosti	Da	198	2,74	0,767	0,261
	Ne	452	2,51	0,737	
Norme družbenega sistema	Da	198	3,60	0,671	0,404
	Ne	452	3,56	0,640	
Indeks (IPP-S)	Da	197	3,72	0,344	0,424
	Ne	452	3,63	0,359	

n = frekvenca, p = statistična značilnost.

Razlika med povprečji je majhna za indeks »Pripravljenost sprejeti novosti«. Eta koeficient, izražen v odstotkih, pomeni, da je le 2,0 % variance pripravljenosti sprejeti novosti razložljivo z napredovanjem na višji položaj. Kvadrirana eta za indeks IPP-S pove, da je le 1,3 % skupnega indeksa za privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine razložljivo z napredovanjem na višji položaj.

## Starost, izobrazba, število branih strokovnih revij, število let kot medicinska sestra

Povezanost smo preverili s Spearmanovim korelacijskim koeficientom. Izkazalo se je, da imajo starejše medicinske sestre višjo vrednost indeksov »Dosedanja praksa z vodenjem bolečine« ( $r_s = 0,171$ ,  $p < 0,001$ ) in »Pripravljenost sprejeti novosti« ( $r_s = 0,108$ ,  $p < 0,006$ ). Medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe imajo statistično značilno višji indeks »Pripravljenost sprejeti novosti« ( $r_s = 0,278$ ,  $p < 0,001$ ) in skupni indeks vprašalnika IPP-S ( $r_s = 0,09$ ,  $p < 0,021$ ). Medicinske sestre, ki že dlje opravljajo

ta poklic, imajo višjo vrednost indeksov »Dosedanja praksa z vodenjem bolečine« ( $r_s = 0,192$ ,  $p < 0,001$ ) in »Pripravljenost sprejeti novosti« ( $r_s = 0,122$ ,  $p < 0,002$ ) ter nižjo vrednost indeksa »Občutene potrebe po spremembi« ( $r_s = -0,109$ ,  $p < 0,005$ ). Medicinske sestre, ki berejo več strokovnih revij s področja zdravstvene nege, imajo višjo vrednost indeksa »Dosedanja praksa z vodenjem bolečine« ( $r_s = 0,184$ ,  $p < 0,001$ ), indeksa »Pripravljenost sprejeti novosti« ( $r_s = 0,205$ ,  $p < 0,001$ ) in skupnega indeksa vprašalnika IPP-S ( $r_s = 0,160$ ,  $p < 0,001$ ). Vse vrednosti statistično značilnih korelacijskih koeficientov so nizke, tako da gre pri vseh za šibko povezanost.

**Tabela 19: Korelacijska matrika med predhodnimi dejavniki privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine in starostjo, izobrazbo, število branih strokovnih revij ter število let kot medicinska sestra**

		Starost	Katera je vaša stopnja izobrazbe v zdravstveni negi?	Koliko let delate kot medicinska sestra?	Koliko strokovnih revij s področja zdravstvene nege redno berete?
Dosedanja praksa z vodenjem bolečine	Korelacijski koeficient ( $r_s$ )	0,171**	-0,016	0,192**	0,184**
	p-vrednost (obojestranska)	0,000	0,678	0,000	0,000
	n	642	653	650	654
Občutene potrebe po spremembi	Korelacijski koeficient ( $r_s$ )	-0,129	0,008	-0,109**	0,000
	p-vrednost (obojestranska)	0,001	0,848	0,005	1,000
	n	643	654	651	655
Pripravljenost sprejeti novosti	Korelacijski koeficient ( $r_s$ )	0,108**	0,273**	0,122**	0,205**
	p-vrednost (obojestranska)	0,006	0,000	0,002	0,000
	n	643	654	651	655
Norme družbenega sistema	Korelacijski koeficient ( $r_s$ )	-0,050	0,062	-0,073	0,009
	p-vrednost (obojestranska)	0,209	0,111	0,063	0,813
	n	643	654	651	655
Indeks IPP-S	Korelacijski koeficient ( $r_s$ )	0,063	0,090*	0,074	0,160**
	p-vrednost (obojestranska)	0,113	0,021	0,059	0,000
	n	642	653	650	654

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ ; n = frekvenca

Koliko variance si delita 2 spremenljivki, nam je pokazal determinacijski koeficient. Dosedanja praksa vodenja bolečine in starost si delita 0,029 ali 2,9 % variance, kar pomeni, da starost razloži le 2,9 % variance dosedanje prakse vodenja bolečine. Število let v poklicu razloži 0,037 ali 3,7 % dosedanje prakse vodenja bolečine. Število revij s področja zdravstvene nege, ki jih redno berejo, razloži 3,4 % dosedanje prakse vodenja bolečine. Občutene potrebe po spremembi in starost si delita -1,6 % variance. Pripravljenost sprejeti novost in starost si delita 1,7 % variance. Stopnja izobrazbe v zdravstveni negi razloži 7,4 %. Število let v poklicu razloži 1,5 % in redno brane revije s področja zdravstvene nege razložijo 4,2 % variance. Indeks IPP-S in število redno branih strokovnih revij iz zdravstvene nege razložita 2,6 % variance.

### Hipoteza 3

Hipotezo 3 »Predhodni dejavniki privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine in stopnja na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine so povezani« smo delno potrdili.

Povezanost smo izračunali s Spearmanovim korelacijskim koeficientom. Izkazalo se je, da je indeks »Dosedanja praksa z vodenjem bolečine« statistično značilno pozitivno povezan z naslednjimi indeksi:

- »Načini ocene bolečine za medicinske sestre« ( $r_s = 0,26, p < 0,001$ ),
- »Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta« ( $r_s = 0,178, p < 0,001$ ) in
- »Vprašalnik o praksi medicinskih sester (angl. Nursing Practice Questionnaire)« ( $r_s = 0,23, p < 0,001$ ).

Indeks »Pripravljenost sprejeti novosti« je statistično značilno povezan z vsemi štirimi indeksi, ki merijo stopnjo na dokazih podprte prakse:

- »Načini ocene bolečine za medicinske sestre« ( $r_s = 0,187, p < 0,001$ ),
- »Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta« ( $r_s = 0,192, p < 0,001$ ),
- »Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini« ( $r_s = 0,12, p < 0,002$ ) in
- »Vprašalnik o praksi medicinskih sester (angl. Nursing Practice Questionnaire)« ( $r_s = 0,227, p < 0,001$ ).

Skupni indeks vprašalnika IPP-S je prav tako statistično značilno povezan z vsemi indeksi, ki merijo stopnjo privzetja na dokazih podprte prakse:

- »Načini ocene bolečine za medicinske sestre« ( $r_s = 0,242$ ,  $p < 0,001$ ),
- »Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta« ( $r_s = 0,197$ ,  $p < 0,001$ ),
- »Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini« ( $r_s = 0,085$ ,  $p < 0,029$ ) in
- »Vprašalnik o praksi medicinskih sester (angl. Nursing Practice Questionnaire)« ( $r_s = 0,234$ ,  $p < 0,001$ ).

Indeksa »Občutene potrebe po spremembi« in »Norme družbenega sistema« nista statistično značilno povezana z nobenim od indeksov za sprejetje na dokazih podprte prakse. Vse vrednosti statistično značilnih korelacijskih koeficientov so nizke, tako da gre pri vseh za šibko povezanost (tabela 20).

**Tabela 20: Korelacijska matrika med predhodnimi dejavniki privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine in stopnja na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine**

		Načini ocene bolečine za medicinske sestre	Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta	Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini	Vprašalnik o praksi medicinskih sester (angl. Nursing Practice Questionnaire)
Dosedanja praksa z vodenjem bolečine	Korelacijski koeficient ( $r_s$ )	0,260**	0,178**	0,070	0,230**
	p-vrednost (obojeustranska)	0,000	0,000	0,074	0,000
	n	654	654	654	654
Občutene potrebe po spremembi	Korelacijski koeficient ( $r_s$ )	0,048	0,057	0,033	0,063
	p-vrednost (obojeustranska)	0,216	0,146	0,402	0,106
	n	655	655	655	655
Pripravljenost sprejeti novosti	Korelacijski koeficient ( $r_s$ )	0,187**	0,192**	0,120**	0,227**
	p-vrednost (obojeustranska)	0,000	0,000	0,002	0,000
	n	655	655	655	655
Norme družbenega sistema	Korelacijski koeficient ( $r_s$ )	0,031	0,012	-0,006	0,014
	p-vrednost (obojeustranska)	0,424	0,751	0,884	0,716
	n	655	655	655	655
Indeks IPP-S	Korelacijski koeficient( $r_s$ )	0,242**	0,197**	0,085*	0,234**
	p-vrednost (obojeustranska)	0,000	0,000	0,029	0,000
	n	654	654	654	654

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ ; n = frekvenca.

Izračunali smo koeficient determinacije, ki nam pove, koliko variance si delita 2 spremenljivki. Predhodni dejavniki privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine razložijo 5,5 % variance prakse ocene pooperativne bolečine.

## Hipoteza 4

Delno smo potrdili hipotezo 4, ki pravi: *»Stopnja privzema na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine se razlikuje glede na demografske značilnosti medicinskih sester.«*

V hipotezi 4 smo iskali razlike za sklope od F do H in značilnostmi medicinskih sester, kot so starost, leta delovne dobe, število virov (A7). Razlike smo ugotovili pri starosti, delovni dobi in številu branih virov. Tu so bile vrednosti indeksa višje, vendar pri vseh značilnostih nismo našli razlik. Ker porazdelitev indeksov, ki merijo stopnjo privzema na dokazih podprte prakse, statistično značilno odstopa od normalne porazdelitve, kar je razvidno že iz histogramov, nenormalno porazdelitev pa dokazuje tudi Kolmogorov-Smirnov test, smo za preverjanje hipoteze uporabili neparametrične metode, ki ne predvidevajo normalne porazdelitve.

## Spol

Razlike med spoloma smo izračunali z Mann-Whitneyjevim U-testom. Izkazalo se je, da med spoloma ni razlike v stopnji privzema na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine (tabeli 21 in 22).

**Tabela 21: Spol in stopnja na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine**

	Spol	n	Aritmetična sredina	Vsota stopenj
Načini ocene bolečine za medicinske sestre	Moški	71	327,45	23249,00
	Ženski	584	328,07	191591,00
	Skupaj	655		
Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta	Moški	71	351,18	24934,00
	Ženski	584	325,18	189906,00
	Skupaj	655		
Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini	Moški	71	345,01	24495,50
	Ženski	584	325,93	190344,50
	Skupaj	655		
Vprašalnik o praksi medicinskih sester (angl. Nursing Practice Questionnaire)	Moški	71	345,51	24531,50
	Ženski	584	325,87	190308,50
	Skupaj	655		

n = frekvenca.

**Tabela 22: Mann-Whitneyjev U-test za spol in stopnjo na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine**

	Načini ocene bolečine za medicinske sestre	Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta	Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini	Vprašalnik o praksi medicinskih sester (angl. Nursing Practice Questionnaire)
Mann-Whitney U	20693,000	19086,000	19524,500	19488,500
Wilcoxon W	23249,000	189906,000	190344,500	190308,500
Z-vrednost	-0,027	-1,124	-0,829	-0,830
p-vrednost (obojeustranska)	0,979	0,261	0,407	0,406

## Dodatna znanja

Razlike smo izračunali z Mann-Whitneyjevim U-testom. Izkazalo se je, da imajo osebe, ki imajo dodatna znanja s področja zdravstvene nege, pridobljena s podiplomskim izobraževanjem, statistično značilno višje vrednosti vseh indeksov, ki merijo stopnjo na dokazih podprte prakse, in sicer (tabeli 23 in 24):

- »Načini ocene bolečine za medicinske sestre« (U = 15003,0, p < 0,014),
- »Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta« (U = 15117,5, p < 0,018),
- »Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini« (U = 14992,0, p < 0,013),
- »Vprašalnik o praksi medicinskih sester (angl. *Nursing Practice Questionnaire*)« (U = 13499,5, p < 0,001).

**Tabela 23: Dodatna znanja in stopnja na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine**

		n	Aritmetična sredina	Vsota stopenj
Načini ocene bolečine za medicinske sestre	Ne	593	322,30	191124,00
	Da	62	382,52	23716,00
	Skupaj	655		
Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta	Ne	593	322,49	191238,50
	Da	62	380,67	23601,50
	Skupaj	655		
Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini	Ne	593	322,28	191113,00
	Da	62	382,69	23727,00
	Skupaj	655		
Vprašalnik o praksi medicinskih sester (angl. <i>Nursing Practice Questionnaire</i> )	Ne	593	319,76	189620,50
	Da	62	406,77	25219,50
	Skupaj	655		

n = frekvenca.



**Tabela 24: Mann-Whitneyjev U-test za dodatna znanja in stopnjo na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine**

	Načini ocene bolečine za medicinske sestre	Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta	Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini	Vprašalnik o praksi medicinskih sester (angl. Nursing Practice Questionnaire)
Mann-Whitney U	15003,000	15117,500	14992,000	13499,500
Wilcoxon W	191124,000	191238,500	191113,000	189620,500
Z- vrednost	-2,461	-2,368	-2,473	-3,463
p-vrednost (obojeustranska)	0,014	0,018	0,013	0,001

Velikost učinka za načine ocene bolečine za medicinske sestre je  $r = 0,10$ , za oceno uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta je  $r = 0,09$ , za upoštevanje pacientovega poročila o bolečini je  $r = 0,10$ , kar pomeni statistično majhno razliko. Izračunali smo velikost učinka za vse tri prakse  $r = 0,14$ , kar pomeni majhno razliko med dodatnimi znanji in tremi praksami skupaj.

### **Napredovanje na višji položaj**

Razlike smo preverili z Mann-Whitneyjevim U-testom. Izkazalo se je, da med tistimi, ki v prihodnosti načrtujejo napredovanje na višji položaj, in tistimi, ki tega ne načrtujejo, ni statistično značilnih razlik v stopnji privzema na dokazih podprte prakse (tabela 25 in 26).

**Tabela 25: Napredovanje na višji položaj in stopnja na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine**

Ali v prihodnosti načrtujete napredovanje na višji položaj?	n	Aritmetična sredina	Vsota stopenj	
Načini ocene bolečine za medicinske sestre	Da	198	337,47	66820,00
	Ne	452	320,25	144755,00
	Skupaj	650		
Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta	Da	198	334,04	66140,00
	Ne	452	321,76	145435,00
	Skupaj	650		
Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini	Da	198	335,85	66498,00
	Ne	452	320,97	145077,00
	Skupaj	650		
Vprašalnik o praksi medicinskih sester (angl. <i>Nursing Practice Questionnaire</i> )	Da	198	341,54	67625,50
	Ne	452	318,47	143949,50
	Skupaj	650		

n = frekvenca.

**Tabela 26: Mann-Whitneyjev U-test za napredovanje na višji položaj in stopnja na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine**

	Načini ocene bolečine za medicinske sestre	Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta	Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini	Vprašalnik o praksi medicinskih sester (angl. <i>Nursing Practice Questionnaire</i> )
Mann-Whitney U	42377,000	43057,000	42699,000	41571,500
Wilcoxon W	144755,000	145435,000	145077,000	143949,500
Z- vrednost	-1,110	-0,789	-0,961	-1,449
p-vrednost (obojestranska)	0,267	0,430	0,336	0,147

### Starost, izobrazba, število branih strokovnih revij, število let kot medicinska sestra

Povezanost smo preverili s Spearmanovim korelacijskim koeficientom. Izkazalo se je, da imajo starejše medicinske sestre višjo vrednost indeksa »Načini ocene bolečine za medicinske sestre« ( $r_s = 0,126$ ,  $p < 0,001$ ), medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi imajo statistično značilni višji indeks »Načini ocene bolečine za medicinske sestre« ( $r_s = 0,11$ ,  $p < 0,005$ ), indeks »Ocena uporabe protibolečinske

črpalke s strani pacienta« ( $r_s = 0,145$ ,  $p < 0,001$ ), indeks »Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini« ( $r_s = 0,082$ ,  $p < 0,036$ ) in tudi skupni indeks vprašalnika o praksi medicinskih sester (angl. *Nursing Practice Questionnaire*) ( $r_s = 0,155$ ,  $p < 0,001$ ). Medicinske sestre, ki ta poklic opravljajo že več let, imajo višjo vrednost indeksa »Načini ocene bolečine za medicinske sestre« ( $r_s = 0,118$ ,  $p < 0,002$ ) in skupnega indeksa vprašalnika o praksi medicinskih sester ( $r_s = 0,092$ ,  $p < 0,019$ ). Medicinske sestre, ki redno berejo več strokovnih revij s področja zdravstvene nege, imajo višji indeks »Načini ocene bolečine za medicinske sestre« ( $r_s = 0,125$ ,  $p < 0,001$ ), indeks »Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta« ( $r_s = 0,164$ ,  $p < 0,001$ ) in tudi skupni indeks vprašalnika o praksi medicinskih sester ( $r_s = 0,157$ ,  $p < 0,001$ ). Vse vrednosti statistično značilnih korelacijskih koeficientov so nizke, tako da gre pri vseh za šibko povezanost (tabeli 27).

**Tabela 27: Korelacijska matrika med stopnjo na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine in starostjo, izobrazbo, številom branih strokovnih revij ter številom let kot medicinska sestra**

		Starost	Katera je vaša stopnja izobrazbe v zdravstveni negi?	Koliko let delate kot medicinska sestra?	Koliko strokovnih revij s področja zdravstvene nege redno berete?
Načini ocene bolečine za medicinske sestre	Korelacijski koeficient ( $r_s$ )	0,126**	0,110**	0,118**	0,125**
	p-vrednost (obojestranska)	0,001	0,005	0,002	0,001
	n	643	654	651	655
Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta	Korelacijski koeficient ( $r_s$ )	0,026	0,145**	0,050	0,164**
	p-vrednost (obojestranska)	0,506	0,000	0,199	0,000
	n	643	654	651	655
Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini	Korelacijski koeficient ( $r_s$ )	0,019	0,082*	0,037	0,059
	p-vrednost (obojestranska)	0,627	0,036	0,350	0,131
	n	643	654	651	655
Vprašalnik o praksi medicinskih sester (angl. <i>Nursing Practice Questionnaire</i> )	Korelacijski koeficient ( $r_s$ )	0,076	0,155**	0,092*	0,157**
	p-vrednost (obojestranska)	0,053	0,000	0,019	0,000
	n	643	654	651	655

n = frekvenca

Determinacijski koeficient je pokazal, da si načini ocene bolečine za medicinske sestre in starost delijo 0,016 variance, kar pomeni, da starost razloži le 1,6 % variance načinov ocene bolečine. Stopnja izobrazbe v zdravstveni negi razloži 1,2 % variance, število let v poklicu razloži 1,4 % variance; redno brane strokovne revije s področja zdravstvene nege pa 1,6 % variance. Ocena uporabe protibolečinske črpalke in stopnja izobrazbe v zdravstveni negi si delita 2,1 % variance; redno brane strokovne revije s področja zdravstvene nege pa razložijo 2,7 % variance ocene uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta. Vprašalnik o praksi medicinskih sester in stopnja izobrazbe v zdravstveni negi si delita 2,4 % variance; redno brane revije s področja zdravstvene nege pa 2,7 % variance.

### 3.5 RAZPRAVA

Naša raziskava je prva raziskava v Sloveniji, ki je ugotavljala predhodne pogoje privzema na dokazih podprte obravnave pooperativne bolečine, njuno medsebojno povezanost in ugotavljanje razlik med značilnostmi medicinskih sester.

Namen in cilj raziskovalnega projekta sta bila ugotoviti, ali medicinske sestre, ki skrbijo za odrasle paciente, uporabljajo na dokazih podprto prakso vodenja pooperativne bolečine ali ne.

Za ugotavljanje predhodnih dejavnikov smo uporabili vprašalnik, ki smo ga povzeli po Carlsonovi (2008). Pred uporabo vprašalnika smo proučili njegovo vsebinsko veljavnost in ga psihometrično testirali. To je bilo potrebno za ugotavljanje primernosti vprašalnika za slovenske razmere zaradi drugačnega kulturnega okolja in prevoda v slovenščino. Ugotovili smo, da je bila vsebinska veljavnost vprašalnika tistega dela vprašalnika, ki se nanaša na medicinske sestre, dobra. Zdravniki so bili mnenja, da so trditve, ki se nanašajo na njih, to je predvsem v sklopu E, nepotrebne, kar se je tudi pokazalo z nizkim indeksom vsebinske veljavnosti (CVI = 60 %). Kljub temu mislimo, da so te trditve pomembne in so zdravniki verjetno ocenjevali možne odgovore na te trditve (*»Zdravniki pogosto neradi predpisujejo opioidne analgetike«, »Zdravniki običajno ne sodelujejo ob prošnjah za dodatni analgetik, če se to zgodi zunaj delovnega časa«, »Zdravniki običajno odredijo premajhen odmerek analgetika s predolgimi intervali«*) in nerazumljivost trditev. Vprašalnike so izpolnjevale medicinske sestre, ki lahko delo in sodelovanje zdravnikov vidijo na drugačen način. Iz pregleda literature je znano, da so prisotni problemi v timih med poklicnima skupinama (Ogbimi, Adebamowo, 2006), in te trditve v povezavi z zdravniki so prav tako pomembne kot na primer, če pacienta vprašaš o jakosti bolečine.

Eksploratorna faktorska analiza je pokazala, da je vprašalnik za slovenske razmere primeren brez 4 postavk in tako vsebuje 4 komponente s 26 postavkami za razliko od izvirnega vprašalnika VPP-C (Carlson, 2008), ki ima prav tako 4 enake komponente, a vsebuje 30 spremenljivk. V slovenskem vprašalniku so bile tako izločene 4

spremenljivke (B11, B18, D30, D31). Prilagojen slovenski merski instrument predhodnih pogojev privzetja na dokazih podprte obravnave pooperativne bolečine – VPP -S »Dosedanja praksa z vodenjem bolečine« je tako imel 9 spremenljivk (prej 11), merski instrument »Pripravljenost sprejeti novosti« pa 4 spremenljivke (prej 6). Iz preostalih 2 merskih instrumentov nismo izločili nobene spremenljivke.

Med 4 komponentami smo našli majhno do srednje veliko korelacijo. Visoko pozitivno korelacijo smo ugotovili med komponentama »Občutene potrebe po spremembi« in »Pripravljenost sprejeti novost«.

S konfirmatorno faktorsko analizo smo želeli ugotoviti, ali se teoretični slovenski model – PP-S, pridobljen z eksploratorno faktorsko analizo, sklada s slovenskimi podatki. Prav tako smo ugotavljali skladnost originalnega modela – PP-C z našimi podatki. Zadostne skladnosti nismo našli za izvorni model PP-C (4 komponente in 30 opazovanih spremenljivk). Slovenski model (4 komponente, 26 spremenljivk) je pokazal zadovoljivo skladnost. Standardizirane regresijske uteži so bile statistično pomembne in zmerne do močne, razen za spremenljivko B19 (*Zapisujem, koliko časa – v odstotkih – je zdravljenje bolečine učinkovito*). Korelacija med komponentami je bila statistično pomembna samo med »Dosedanja praksa vodenja bolečine« in »Pripravljenost sprejeti novost« in med »Dosedanja praksa vodenja bolečine« in »Občutene potrebe po spremembi« ( $p < 0,001$ ). Bila je nizka med vsemi latentnimi spremenljivkami, razen med »Občutene potrebe po spremembi« in »Pripravljenost sprejeti novost«, kjer je bila srednje močna in negativna. Zanesljivost slovenskega modela je bila dobra.

Izkazalo se je, da je prirejen slovenski model pokazal skladnost s slovenskimi podatki, izvorni model pa ne. Ugotovili smo zanesljivost notranje skladnosti vprašalnika – VPMS, ki ugotavlja 3 na dokazih podprte prakse za oceno pooperativne bolečine.

Za preverjanje hipotez smo uporabili podatke, ki smo jih dobili s prirejenim slovenskim modelom predhodnih dejavnikov za privzem na dokazih podprte prakse vodenja

pooperativne bolečine, in podatke, ki smo jih dobili z izvirnim vprašalnikom o praksi medicinskih sester pri obravnavanju pooperativne bolečine.

Prvo hipotezo smo delno potrdili, ker pri vseh značilnostih, ki smo jih iskali, nismo našli povezav. Ugotovili smo le nekaj pojasnjevalnih spremenljivk za privzem na dokazih podprte prakse ocene pooperativne bolečine. Tam, kjer smo jih našli, je šlo za majhen odstotek pojasnjene variance. Samo »Dosedanja praksa« (p < 0,001), »Pripravljenost sprejeti novost« (p < 0,001) in »Stopnja izobrazbe« (p < 0,008) so nekoliko razložile na dokazih podprto prakso ocene pooperativne bolečine.

Carlsonova (2010) je ugotovila, da »Število virov, ki jih medicinske sestre uporabljajo za reševanje kliničnih problemov v praksi«, »Dosedanja praksa vodenja bolečine« in »Pripravljenost sprejeti novosti« pojasnjujejo vse tri načine ocene pooperativne bolečine skupaj v majhnem deležu. Pojasnjevalna spremenljivka v naši raziskavi pa je bila namesto »Število virov, ki jih medicinske sestre uporabljajo za reševanje kliničnih problemov v praksi«, »Stopnja izobrazbe«.

Razlike med našimi ugotovitvami in ugotovitvami Carlsonove so bile tudi pri načinu ocene bolečine medicinskih sester, ki jih pri nas pojasnjujeta »Dosedanja praksa vodenja bolečine« in »Pripravljenost sprejeti novosti«, v raziskavi Carlsonove pa »Število virov, ki jih medicinske sestre uporabljajo za reševanje kliničnih problemov v praksi«, »Dosedanja praksa vodenja bolečine« in »Pripravljenost sprejeti novosti«. Oceno uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta pri nas pojasnjujejo »Stopnja izobrazbe«, »Število virov, ki jih medicinske sestre uporabljajo za reševanje kliničnih problemov v praksi«, »Dosedanja praksa vodenja bolečine« in »Pripravljenost sprejeti novosti«. Carlsonova pa tu ni našla nobene pojasnjevalne spremenljive. Upoštevanje pacientovega poročila o oceni bolečine pojasnjuje »Pripravljenost sprejeti novosti«, v raziskavi Carlsonove pa »Dosedanja praksa vodenja bolečine«.

Multipla regresijska analiza je pokazala, da se bo treba pri nadaljnjih raziskavah osredotočiti na velik del nerazložene variance privzetja na dokazih podprte ocene pooperativne bolečine in metode vpeljevanja novosti v vsakdanjo prakso ravnanja s pooperativno bolečino.

Skupni indeks predhodnih pogojev za privzem na dokazih podprte prakse vodenja pooperativne bolečine je pokazal, da medicinske sestre nekoliko podpirajo sprejetje na dokazih podprte prakse lajšanja bolečine predvsem pri »Dosedanji praksi«, »Občutenih potrebah po spremembi« in »Normah družbenega sistema«, niso pa pripravljene sprejeti novosti. Pozitivnih odgovorov za skupni indeks je bilo nekoliko več kot polovica, kar pomeni, da skoraj polovica medicinskih sester ne podpira sprejetja na dokazih podprte obravnave pooperativne bolečine. Naših ugotovitev za skupni indeks »Podpiranje predhodnih pogojev za privzem na dokazih podprte prakse« nismo mogli primerjati z edino raziskavo, ki smo jo našli s tega področja (Carlson, 2010), ker smo uporabili slovenski model, s katerim smo izločili 4 spremenljivke. To velja za komponenti »Dosedanje prakse vodenja bolečine« in »Pripravljenost sprejeti novosti«.

Pri »Dosedanji praksi« vodenja bolečine je raziskava pokazala, da medicinske sestre nekoliko podpirajo sprejetje na dokazih podprte prakse lajšanja bolečin. Dosedanje prakse, povezane z oceno bolečine, lahko negativno vplivajo na kakovost zdravstvene nege pacienta, če se ne izvaja vsakič in pri vsakem pacientu. Zaskrbljujoče pa je dejstvo, da le približno ena tretjina medicinskih sester vrednoti učinkovitost intervencijskih ukrepov za lajšanje bolečine in oceni trajanje bolečine pri presoji načrta zdravstvene nege. Manj kot 8,1 % jih zapisuje, koliko časa je zdravljenje bolečine učinkovito. Glede na povprečje dobljenih rezultatov bi lahko sklepali, da je dosedanja praksa obravnave bolečine v slovenskih bolnišnicah zadovoljiva, vendar gre pri upoštevanju na dokazih podprte prakse obravnave pooperativne bolečine za fenomen »vse ali nič«, kar v vsakdanji praksi pomeni, da je pri pacientih bolečina zadostno lajšana glede na znanstvene dokaze ali pa ni.

Pri drugi komponenti »Občutene potrebe po spremembi« smo ugotovili, da medicinske sestre nekoliko podpirajo sprejetje na dokazih podprte prakse lajšanja bolečine in čutijo potrebe po spremembi prakse, kar je boljše od rezultatov Carlsonove (2010), ki je ugotovila, da medicinske sestre niti podpirajo niti ne podpirajo sprejetja na dokazih podprte prakse lajšanja bolečine in čutijo potrebe po spremembi prakse. Medicinske sestre v naši raziskavi se v več kot 90 % strinjajo ali močno strinjajo, da bolečino na njihovih oddelkih na splošno dobro obvladujejo. To je primerljivo z raziskavo



Schaufheutle, Cantrill in Noyce (2001), kjer so medicinske sestre na vprašanje, kako dobro lajšajo bolečine, v 70 % odgovorile, da dobro ali zelo dobro. Močno se strinjajo, da so pacienti deležni ustreznega lajšanja bolečin v vseh treh izmenah. Niemi-Murola et al. (2007) menijo, da pacienti še vedno prepogosto trpijo za bolečino po operacijah, in prav tako je bilo ugotovljeno neskladje med doživeto bolečino in ocenjeno vrednostjo. Iz podatkov je razvidno, da slovenske medicinske sestre mislijo, da je bolečina na splošno dobro obvladana in da so pacienti deležni ustreznega lajšanja bolečin po operaciji. Tu bi bile potrebne nadaljnje raziskave s strani pacientov in ugotavljanje njihovega mnenja glede ustreznega lajšanja bolečine. Naši podatki se ne ujemajo z raziskavo Manias et al. (2005), kjer je bilo ugotovljeno, da medicinske sestre bolečino sprejemajo kot del normalnega pooperativnega okrevanja. Večinoma dajejo prednost drugim kliničnim dejavnostim in bolečino največkrat podcenjujejo. Liu in Wu (2007) menita, da so kljub velikemu številu literature, ki jo imamo na voljo, potrebne raziskave za ugotavljanje učinkovitosti in uspešnosti analgetične terapije.

Pri »Pripravljenosti sprejeti novosti« smo ugotavljali, ali so medicinske sestre pripravljene sprejeti nove ideje in spremembo vedenja. Ugotovili smo, da medicinske sestre niso niti naklonjene niti nenaklonjene na dokazih podprti praksi lajšanja bolečine. Frace (2010) pravi, da če imamo nove ideje o spremembi prakse, jih moramo začeti uresničevati. Brati je treba začeti strokovne revije s tistega področja, ki ga želimo spremeniti. Na splošno pa medicinske sestre niso naklonjene spremembam prakse zdravstvene nege (Carlson, 2008). Carlsonova (2009) je v svoji raziskavi ugotovila, da so medicinske sestre negotove glede svoje sposobnosti, da sprejmejo nove ideje in spremenijo vzorce obnašanja v praksi.

»Norme družbenega sistema« obravnavajo dojemanje medicinskih sester glede časovnih omejitev in vedenja drugih v zvezi z vodenjem bolečine. Pri tej komponenti smo ugotovili, da medicinske sestre nekoliko podpirajo sprejetje na dokazih podprte prakse lajšanja bolečine. To je primerljivo z raziskavo Carlsonove (2010), ki je prišla do enakih ugotovitev. Anketiranci so v veliki meri izrazili nestrinjanje s trditvami, kar je z vidika prakse in za paciente dobro in pozitivno. Petina medicinskih sester se je strinjala, da zdravniki neradi predpisujejo opioidne analgetike, in 12,2 %, da same nerade dajejo

opioidne analgetike. Prejšnje raziskave so pokazale drugačno sliko od naše. Chang et al. (2005) so ugotovili, da zdravniki neradi predpisujejo opioide in da jih medicinske sestre nerade uporabljajo. Samo 27 % medicinskih sester, ki skrbijo za paciente s hudo bolečino zaradi rakave bolezni, je navedlo, da so pripravljene uporabiti maksimalno dozo opioida, če bi bilo treba. Ostale so povedale, da dajejo nizke doze opioidov zaradi strahu pred pacientovo odvisnostjo, vendar mnogo medicinskih sester ne ve, da je tveganje dejansko manjše kot 1 % (Chang et al., 2005). Ugotovili so nesodelovanje zdravnikov z medicinskimi sestrami, ko so hotele izvajati ugotovitve raziskav, in niso upoštevali njihovih predlogov za analgezijo. To pomanjkanje sodelovanja je zaskrbljujoče, kajti ocena in zdravljenje bolečine sta odvisna od sodelovanja najmanj obeh poklicnih skupin.

Drugo hipotezo smo delno potrdili, ker pri vseh značilnostih, ki smo jih iskali, nismo našli razlik. Razlike smo našli pri stopnji izobrazbe, dodatnih znanjih, številu branih strokovnih revij in pri napredovanju na višji položaj, med spoloma pa nismo našli razlik. Skupni indeks predhodnih pogojev je pokazal majhno razliko med dodatnimi znanji, stopnjo izobrazbe, načrtovanjem napredovanja na višji položaj in številom strokovnih revij, ki jih berejo medicinske sestre. Carlsonova (2010) je pri skupnem indeksu ugotovila povezavo samo pri stopnji izobrazbe in številu branih strokovnih revij. Starejše medicinske sestre in medicinske sestre z dodatnimi znanji, pridobljenimi s podiplomskim izobraževanjem, so imele višji indeks za »*Dosedanja praksa vodenja bolečine*« in »*Pripravljenost sprejeti novost*«.

V raziskavi smo ugotovili, da medicinske sestre največkrat iščejo informacije pri vrstnicah v delovnem okolju, pri zdravnikih in farmacevtih. Starejše medicinske sestre in tiste z dodatnimi znanji med svojimi vrstnicami morda uživajo večji ugled in so pogosto vir informacij (Carlson 2010). V slovenskih bolnišnicah je vzrok tega, da so medicinske sestre manj usmerjene v prilagodljivost, timsko delo in inovativnost, saj je v ospredju kultura hierarhije (Skela Savič 2008). Pravikoff et al. (2005) so v svoji raziskavi spraševali medicinske sestre, kje poiščejo informacije, če morajo razrešiti klinični problem. 67 % anketiranih je odgovorilo, da vedno ali zelo pogosto raje vprašajo svoje sodelavce, kot da bi pregledali strokovno literaturo. To smo ugotovili

tudi z našo raziskavo. V drugi raziskavi so psihiatrične medicinske sestre iz Irske spraševali, katere so ovire, ki zavirajo uporabo raziskav v praksi. Tiste, ki so sodelovale v raziskavi, so povedale, da so največje ovire pomanjkanje časa za iskanje raziskav, ki so objavljene v strokovnih revijah, da ne morejo najti raziskav v revijah, ko jih iščejo, ter da so raziskovalna poročila, ki jih najdejo, težko razumljiva. Večina psihiatričnih medicinskih sester je povedala, da so bolj samozavestne pri iskanju informacij na internetu in manj samozavestne pri uporabi rezultatov raziskav. Ko pa si želijo izboljšati svojo prakso, ki temelji na raziskavah, so največjo podporo dobile od višjih medicinskih sester, ki so odgovorne za razvoj prakse (Yadav in Fealy, 2011). Tiste medicinske sestre, ki so imele višjo stopnjo izobrazbe, in tiste, ki načrtujejo napredovanje na višji položaj, so imele višjo vrednost indeksa »Pripravljenost sprejeti novost« in skupnega indeksa vprašalnika.

Raziskava je pokazala, da nekaj manj kot tretjina vprašanih v prihodnosti načrtuje napredovanje na višji položaj, kar je za zdravstveno nego zaskrbljujoče, glede na to, da je v slovenskih bolnišnicah še vedno večina zaposlenih s srednješolsko izobrazbo. Carlsonova (2009) je v svoji raziskavi ugotovila, da jih 60 % načrtuje napredovanje na višji položaj v zdravstveni negi. Roskell, White in Bonner (2012) pravijo, da se od zdravstvenih delavcev pričakuje, da so usposobljeni in izobraženi, da s tem zagotavljajo varno in učinkovito oskrbo ter tako dokažejo ustrezne poklicne vrednote.

Prav tako smo ugotovili višji indeks »Dosedanja praksa vodenja bolečine«, »Pripravljenost sprejeti novost« in skupni indeks vprašalnika pri tistih, ki berejo več strokovnih revij s področja zdravstvene nege in imajo daljšo delovno dobo. Pri osebah z daljšo delovno dobo je bila nižja vrednost indeksa »Občutene potrebe po spremembi«. Takih medicinskih sester, ki berejo tri ali več strokovnih revij, je izredno malo. Nobene revije ne bere četrtnina medicinskih sester in nekoliko več od polovice le 1. Podobne rezultate navaja tudi Carlsonova (2009), ki je ugotovila, da večina medicinskih sester ne bere nobene strokovne revije s področja zdravstvene nege, če pa že, berejo 1 revijo. Eizenberg (2011) je mnenja, da strokovne revije igrajo pomembno vlogo pri pospeševanju širjenja dokazov in informacij. Vse vrednosti statistično značilnih korelacijskih koeficientov so bile nizke, tako da gre pri vseh za šibko povezanost. Poleg

šibkih razlik so bili eta in determinacijski koeficienti nizki. To praktično pomeni, da so tudi tiste značilnosti medicinskih sester, ki so pokazale statistično značilno razliko s stopnjo podpiranja dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine, zanemarljive.

Carlsonova (2010) je ugotovila povezanost med spolom in »*Občutenimi potrebami po spremembi*« ter »*Normami družbenega sistema*«, ki je naša raziskava ni ugotovila. Povezanost je bila tudi med ravni izobrazbe in »*Pripravljenostjo sprejeti novosti*«, kar je bilo enako našim ugotovitvam. Do enakih ugotovitev smo prišli tudi pri povezanosti števila branih revij s »*Pripravljenostjo sprejeti novosti*«. Načrtovanje na višji položaj je bilo povezano z »*Občutenimi potrebami po spremembi*« in »*Pripravljenostjo sprejeti novosti*«. V naši raziskavi načrtovanje na višji položaj ni bilo povezano z »*Občutenimi potrebami po spremembi*«. Primerjave z ugotovitvami Carlsonove (2010) niso povsem natančne pri ugotovitvah značilnosti medicinskih sester in skupnem indeksu predhodnih pogojev sprejetja na dokazih podprte prakse vodenja pooperativne bolečine ter tudi ne na področju dosedanje prakse vodenja bolečine in pripravljenosti sprejeti novosti, ker smo v slovenskem modelu imeli 4 spremenljivke manj kot v izvornem modelu.

Carlsonova (2009) je pokazala, da so potrebni inovativni pristopi, ki spodbujajo uporabo raziskav v izobraževanju in praksi. Glede na čas opazovanja v slovenskih bolnišnicah smo ugotovili, da je zaposlenih z dodatnimi znanji samo 9,5 % vprašanih, kar pomeni, da smo zelo daleč od ideala. Večina anketiranih ima srednješolsko izobrazbo, sicer je večina starejše populacije z daljšo delovno dobo. Po mnenju Roskell, White in Bonner (2012) se od zdravstvenih strokovnjakov pričakuje, da so usposobljeni in izobraženi, kar jim omogoča zagotavljanje varne in učinkovite oskrbe, ki je osredotočena na pacienta, s čimer lahko dokažejo ustrezne poklicne vrednote in stališča. Medicinske sestre so poročale, da imajo pozitiven odnos do raziskovanja, vendar ga ne uporabljajo vsakodnevno. Prav tako je pokazala, da medicinske sestre z višjo izobrazbo več uporabljajo raziskovalne rezultate (Koehn in Lehman, 2008).

Pri merjenju prakse medicinskih sester pri ocenjevanju pooperativne bolečine smo uporabili drugi del prevedenega vprašalnika o praksi medicinskih sester, ki se je izkazal

za zanesljivega in ga zato nismo spreminjali. Ugotavljali smo 3 prakse ocene pooperativne bolečine: zavedanje, prepričanje in uporabo ocene pooperativne bolečine.

Za vse tri ravni privzema na dokazih podprte prakse ocene pooperativne bolečine in posamezne komponente (načine ocene bolečine za medicinske sestre, oceno uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta in upoštevanje pacientovega poročila o bolečini) so medicinske sestre prepričane, da uporabljajo na dokazih podprto prakso, ampak je v resnici ne. Stopnja privzema na dokazih podprte prakse ocene pooperativne bolečine je pokazala, da jo medicinske sestre zelo redko uporabljajo. Načine ocene bolečine vedno uporabljajo v 16 %; oceno uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta »vedno« uporabljajo v 10,5 %; pacientovo poročilo o bolečini vedno upoštevajo v 11,1 % in v 3,2 % vedno uporabljajo na dokazih podprto prakso.

Pri »Načinu ocene bolečine za medicinske sestre« smo ugotovili, da so medicinske sestre prepričane, da uporabljajo na dokazih podprto prakso, ampak je ne uporabljajo. Carlsonova (2009) je ugotovila, da jo uporabljajo včasih. Naši rezultati so pokazali, da večina anketirancev pozitivno ocenjuje posamezne dejavnike, ki vplivajo na dokazih podprt način ocene bolečine za medicinske sestre, vendar pa je upoštevanje vseh dejavnikov nizko (16 %), v raziskavi Carlsonove (2009) pa to počnejo v 24,9 %.

Pooperativna ocena bolečine vključuje primerjavo in dokumentacijo števila poskušanih zahtev s številom bolusnih aplikacij opioidne analgezije, ki jo beleži protibolečinska črpalka. Pri »Oceni uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta« smo ugotovili, da so medicinske sestre prepričane, da uporabljajo na dokazih podprto prakso, ampak je ne uporabljajo. Carlsonova (2009) pa je ugotovila, da to prakso uporabljajo včasih. Posamezne dejavnike ocene uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta so medicinske sestre dobro ocenile, razen ocene uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta, vendar vse bolnišnice, kjer je potekala raziskava, ne uporabljajo te črpalke. Carlsonova (2009) je ugotovila, da 57 % medicinskih sester dosledno uporablja to prakso, kar je veliko več kot v naši raziskavi, kjer vse dejavnike ocene »Uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta« uporablja 10,5 % medicinskih sester.

Ugotavljali smo tudi »Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini«. Medicinska sestra je dolžna upoštevati in spoštovati pacientova poročila o bolečini bolj kot vedenje pacienta in njegove vitalne znake (Carlson, 2008). Povprečna vrednost je bila 1,71 (SO = 1,40) in je bila najnižja od treh načinov prakse medicinskih sester pri ocenjevanju pooperativne bolečine, kar pomeni, da so medicinske sestre prepričane, da uporabljajo na dokazih podprto prakso, ampak je ne izvajajo. Carlsonova (2009) je ugotovila enako, sicer z višjo povprečno vrednostjo (2,46). Medicinske sestre so dobro ocenile posamezne dejavnike »Upoštevanja pacientovega poročila o bolečini«. V tretjini primerov se strinjajo, da bi morali pacientovo poročilo bolečine bolj upoštevati kot vedenje pacienta ali vitalne znake, a le 15 % jih to vedno počne. Te ugotovitve nam povedo, da večina medicinskih sester dosledno ne sprejema pacientovega poročila o bolečini bolj kot njegovega vedenja in vitalnih znakov. Carlsonova (2009) je ugotovila, da manj kot 24,7 % anketiranih medicinskih sester dosledno upošteva pacientovo poročilo bolečine, pri nas pa v 11,1 %.

Carlsonova (2009) je ugotovila, da medicinske sestre včasih uporabljajo na dokazih podprto prakso ocene pooperativne bolečine pri vseh treh praksah skupaj, pri nas pa so o tem prepričane. Pearson et al. (2007) pravijo, da se od medicinskih sester pričakuje, da odločitve, ki jih sprejmejo, temeljijo na najboljših možnih dokazih, ter da se jih vsakodnevno meri in sprotno spremlja nove. Naša raziskava je pokazala, da se mnogo medicinskih sester sploh ne zaveda na dokazih podprtih praks ocene pooperativne bolečine, petina se jih tega zaveda in tretjina je vanje prepričana. Včasih te prakse uporablja manj kot tretjina medicinskih sester, vedno pa le nekaj odstotkov.

S stališča pacienta in na dokazih podprte prakse ocene pooperativne bolečine bi morale vse medicinske sestre vedno uporabljati na dokazih podprto oceno pooperativne bolečine, a je skoraj nobena ne uporablja. Najhuje je, da so medicinske sestre prepričane, da jo uporabljajo. To onemogoča vsakršno izboljšavo, ker ne merijo svoje lastne prakse ocene pooperativne bolečine (Robida, 2009) in tako ne vedo, kako delajo. Naša raziskava je prva te vrste pri nas, ki je pokazala pravo sliko o uporabi na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine.

S tretjo hipotezo smo ugotavljali povezanost med »Predhodnimi dejavniki privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine« in »Stopnjo na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine« ter smo jo delno potrdili. Skupni indeks predhodnih dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine je bil statistično pomembno povezan z vsemi tremi posameznimi praksami in s skupno prakso na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine. Izkazalo se je, da je indeks »Dosedanja praksa z vodenjem bolečine« statistično značilno pozitivno povezan z indeksi »Načini ocene bolečine za medicinske sestre«, »Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta« in z vsemi tremi praksami skupaj. »Pripravljenost sprejeti novosti« je statistično značilno povezana z vsemi tremi indeksi in s skupnim indeksom. Indeksa »Občutene potrebe po spremembi« in »Norme družbenega sistema« nista statistično značilno povezana z nobenim od indeksov za sprejetje na dokazih podprte prakse, zato smo hipotezo delno potrdili. Vse vrednosti statistično značilnih korelacijskih koeficientov so bile relativno nizke, tako da gre tudi tu za šibko stopnjo povezanosti. Koeficient determinacije je pokazal, da predhodni dejavniki privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine razložijo le 5,5 % variance prakse ocene pooperativne bolečine. Carlsonova (2010) je prav tako ugotovila šibko korelacijo med skupnim indeksom predhodnih dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine in vsemi tremi posameznimi praksami ter skupno prakso na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine. Razlike glede na našo raziskavo pa so bile pri povezavi med posameznimi področji predhodnih dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine in posameznimi praksami na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine. Te primerjave ne morejo biti natančne, ker smo v naši raziskavi za ugotavljanje predhodnih dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine uporabili drug instrument. Za zagotavljanje optimalnega pooperativnega lajšanja bolečine bi morala zdravstvena nega temeljiti na najboljših dokazih, ki se vsakodnevno uporabljajo v praksi (Seers, Crichton, Richards, 2004). Potrebne so raziskave na tem področju skozi fenomenološko povpraševanje, da bi razumeli, kako medicinske sestre mislijo in čutijo v svojih odločitvah v klinični praksi (Carlson, 2009).



V raziskavi smo iskali tudi razlike med »Stopnjo privzema na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine« in »Demografskimi značilnostmi medicinskih sester« (četrti hipoteza). Razlike med »Načini ocene bolečine za medicinske sestre« smo ugotovili pri dodatnih znanjih, starosti, izobrazbi, delovni dobi ter številu branih revij; pri »Oceni uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta« pri dodatnih znanjih, izobrazbi in branju strokovnih revij; za »Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini« pa samo pri dodatnih znanjih in izobrazbi.

Za vse tri prakse skupaj smo našli razlike pri dodatnih znanjih, izobrazbi, delovni dobi in številu branih revij. Tudi tu je velikost učinka pri vseh razlikah zelo majhna, podobno kot pri povezavi predhodnih pogojev podpiranja dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine in značilnosti medicinskih sester. Za razliko od naše raziskave je Carlsonova (2009) našla statistično pomembno povezavo samo med vsemi tremi praksami na dokazih podprte ocene pooperativne bolečine in pri številu branih revij ter upoštevanju pacientovega poročila o bolečini. Večina raziskav je pokazala, da medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe več uporabljajo raziskovalne rezultate (Koehn in Lehman, 2008) in da tiste medicinske sestre, ki so se izobraževale s področja raziskovanja in na dokazih podprte prakse, kažejo na večjo samozavest, ker imajo zavest za kritično mišljenje (Staffileno, 2009). Watkins (2011) pravi, da je očitne pozitivne koristi za medicinske sestre to, da nadaljujejo podiplomski študij zdravstvene nege na magistrski stopnji v zvezi s poklicnimi in značajskimi lastnostmi, ki lahko zagotavljajo neposredne koristi za paciente. Še vedno pa je premalo študij. Kot je ugotovila Cotterill-Wlker (2011) po pregledu literature, je še vedno malo raziskav in zadostnih dokazov, ki bi lahko neposredno vplivali na pacientove rezultate, zato so tu potrebne nadaljnje raziskave, ki bi dokazale vpliv izobrazbe na pacientove rezultate.

Larkin et al. (2009) so ugotovili, da 30 do 40 % pacientov ne prejema zdravstvene obravnave, ki temelji na znanstvenih dokazih, ter da je, kot pravi Chia-Huei (2012), osredotočenost na pacienta bistvo zdravstvene nege. Prav tako Robida (2009) pravi, da bodo vse odločitve morale temeljiti na izsledkih zdravstvene prakse, da bodo zagotovljeni varnost, preglednost in sodelovanje med različnimi zdravstvenimi strokovnjaki. Higgs (2010) vidi problem v pomanjkanju podpore in sredstev za delanje



raziskav in vzdrževanje zagona za raziskovalni projekt, ki prav tako predstavlja pomemben izziv.

### 3.5.1 Omejitve raziskave

Stopnja odziva raziskave je bila 41,6 %, kar ne izključuje možnosti pristranskosti v vzorcu medicinskih sester, ki so se odločile, da bodo sodelovale v raziskavi. Ker so bili vprašalniki razdeljeni na kirurških oddelkih različnih bolnišnic po Sloveniji, obstaja možnost, da so bile nekatere medicinske sestre slabo obveščene oziroma niso bile seznanjene s študijo ali pa so manj naklonjene sprejetju na dokazih podprte prakse, zaradi česar so se lahko odločile, da ne sodelujejo v raziskavi. Pri 6 od 14 sodelujočih bolnišnic je bilo respondentov manj kot tretjina. Poleg tega sta lahko bila razloga za slabo odzivnost dolžina vprašalnika in pomanjkanje časa, ki ga imajo na razpolago za oskrbo pacientov ter sodelovanje na področju raziskav. Omejitve raziskave je bila tudi ta, da vprašalnika niso izpolnile vse medicinske sestre zaradi različnih odsotnosti (porodniški dopust, bolniški stalež itd.) in pri nekaterih bolnišnicah po njihovih besedah niso imeli točnega podatka o tem, koliko je dejansko zaposlenih medicinskih sester na določeni kirurški enoti. Naslednja možna razlaga je tudi ta, da medicinske sestre, ki so manj poznale na dokazih podprto oceno pooperativne bolečine, niso odgovarjale na anketo. To zlasti velja za tiste bolnišnice, kjer ne uporabljajo protibolečinske črpalke. V nekaterih bolnišnicah niso pustili, da bi jim posredovali toliko anket, kot je zaposlenih, ker bi to preveč obremenilo vse medicinske sestre na tem oddelku, čeprav smo jim razložili, zakaj je pomembno, da sodelujejo vse, ki delajo z odraslimi pacienti po operacijah. Tako slabo odzivnost lahko pripisujemo tudi vodstvu, ki ankete niso dovolj dobro promovirala, saj smo imeli velike težave pri prepričevanju vodilnih medicinskih sester v nekaterih bolnišnicah in tudi medicinske sestre pri predstavitvi poteka raziskave niso bile navdušene nad anketiranjem. Ta dejstva so povezana s slabo organizacijo in kulturo varnosti pacientov v naših bolnišnicah (Skela Savič in Robida, 2012; Robida, 2013). V naši raziskavi smo uporabili samoocenjevalni vprašalnik in nismo raziskovali interpretacije bolečine s strani pacientov, kar lahko pomeni pristranskost rezultatov (Idivall, Hamrin, Sjosstron, 2002). Druga možna pristranskost je

bila v možnosti socialno sprejemljivih odgovorov, kjer ljudje želijo odgovarjati tako, da pozitivno opišejo sebe ali svojo enoto (Tourangeau, Yan, 2007).

### 3.5.2 Klinični pomen in uporabnost raziskave

Poleg predhodnih pogojev sprejetja na dokazih podprte prakse lajšanja bolečine, ki jih medicinske sestre nekoliko podpirajo, ima vpliv na spremembo obnašanja posameznika predvsem tudi znanje (Rogers, 2003). Naša raziskava je sicer pokazala vpliv izobrazbe, dodatnih znanj in spremljanja strokovne literature na predhodne pogoje na dokazih podprte prakse lajšanja in ocene pooperativne bolečine, a je bila velikost vpliva praktično zanemarljiva. Posebno so bili slabi izsledki na področju pripravljenosti sprejeti novosti. V naši raziskavi je zelo izrazito dejstvo, da so medicinske sestre prepričane, da uporabljajo na dokazih podprto prakso vodenja pooperativne bolečine, ampak je ne uporabljajo. To lahko zavre vsakršne izobraževalne intervencije. Izobraževalne intervencije na dodiplomskem in podiplomskem izobraževanju ter v stalnem strokovnem razvoju medicinskih sester bi morale poudariti na dokazih podprte prakse ocene pooperativne bolečine, saj so bili rezultati na tem področju zelo slabi.

Pomembno je, da imajo medicinske sestre na delovnem mestu dostop do interneta in strokovnih člankov ter da se jim omogoči sodelovanje, tako aktivno kot pasivno, na raziskovalnih in strokovnih konferencah. Poudariti bi bilo treba tudi nenehno spremljanje strokovne literature in se ne večinoma zanašati na svoje vrstnike v stroki in druge strokovnjake – vodilne medicinske sestre ali druge medicinske sestre, ki jih okolje smatra za neformalne mnenjske voditelje s kompetencami na dokazih podprte prakse obravnave s sposobnostjo vplivati na druge s svojimi mnenji, znanji in zgledom.

S pomočjo naše raziskave bi lahko oblikovali standarde in opomnike za na dokazih podprto obravnavo pooperativne bolečine v vseh naših bolnišnicah s kirurško dejavnostjo.

Ugotovitve te raziskave so prav tako kot raziskava Carlsonove (2010) pokazale, da predpogoji predstavljajo majhen del variance pri sprejetju na dokazih podprte prakse

obravnave pooperativne bolečine. Oba modela vprašalnika, tako izvorni kot slovenski, vsebujeta trditve, ki se ne nanašajo samo na značilnosti medicinskih sester, ampak upoštevajo sistem dela in timsko delo, kar lahko predstavlja tudi ovire pri uporabi na dokazih podprte prakse obravnave pooperativne bolečine. Nove raziskovalne priložnosti so prav na teh področjih. Predvsem bi bilo dobro raziskati dejavnike, ki pri medicinskih sestrah vplivajo na pripravljenost sprejetja novosti pri obravnavanju na dokazih podprte prakse, in ugotoviti s čim lahko pojasnimo načine ocenjevanja bolečine ter vse 4 predhodne dejavnike, ki vplivajo na privzem na dokazih podprte prakse vodenja pooperativne bolečine pri medicinskih sestrah.

## 4 ZAKLJUČEK

Z eksploratornimi analizami smo ugotovili, da izvirnega vprašalnika, ki ga je oblikovala Carlsonova (2008, 2009), ne moremo uporabiti za slovenske razmere. Tako smo oblikovali slovenski model vprašalnika za ugotavljanje predhodnih pogojev privzema na dokazih podprte prakse vodenja pooperativne bolečine pri medicinskih sestrah. Zanesljivost notranje skladnosti vprašalnika je bila zadovoljiva. Izdelali smo standardiziran vprašalnik, ki je primeren za slovenske razmere in bo lahko služil za nadaljnje raziskave.

Skupni indeks predhodnih pogojev za privzem na dokazih podprte prakse vodenja pooperativne bolečine je pokazal, da medicinske sestre nekoliko podpirajo sprejetje na dokazih podprte prakse lajšanja bolečine predvsem pri dosedanji praksi, občutenih potrebah po spremembi in normah družbenega sistema, niso pa pripravljene sprejeti novosti. Medicinske sestre so zadovoljne z dosedanjo prakso vodenja bolečine. Več kot polovica anketiranih se je strinjala, da se bolečino po slovenskih bolnišnicah na splošno dobro obvladuje, da so pacienti deležni ustreznega lajšanja bolečin v vseh treh izmenah, zato ni bilo opaziti, da bi izrazile kakršno koli potrebo po spremembi prakse vodenja bolečine. Ugotovili smo, da se slabo povezujejo z drugimi medicinskimi sestrami zunaj delovnega okolja, da niso naklonjene sprejemanju novosti, da berejo malo strokovnih revij in se malokrat udeležujejo znanstvenih in strokovnih konferenc.

Našli smo šibko razliko med predhodnimi pogoji privzema na dokazih podprte prakse obravnave pooperativne bolečine pri stopnji izobrazbe, dodatnih znanjih, številu branih strokovnih revij in napredovanju na višji položaj, med spoloma pa nismo našli razlik. Poleg šibkih razlik je bil učinek velikosti povezanosti tako majhen, da je praktično zanemarljiv.

Pri na dokazih podprti praksi ocene pooperativne bolečine smo ugotovili, da so medicinske sestre prepričane, da uporabljajo na dokazih podprto prakso obravnave bolečine, vendar je praktično skoraj nikoli ne uporabljajo. Za vse tri prakse skupaj smo našli šibke razlike pri dodatnih znanjih, izobrazbi, delovni dobi in številu branih revij.

Tudi tu je bila velikost učinka pri vseh povezavah zelo majhna, podobno kot pri povezavi predhodnih pogojev podpiranja dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine in značilnosti medicinskih sester.

Skupni indeks predhodnih dejavnikov privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine je bil statistično pomembno povezan z vsemi tremi posameznimi praksami in s skupno prakso na dokazih podprte prakse ocenjevanja pooperativne bolečine. Koefficient determinacije je pokazal, da predhodni dejavniki privzetja na dokazih podprte prakse obravnave bolečine razložijo le zelo malo variance prakse ocene pooperativne bolečine.

Naše ugotovitve so pokazale potrebo po izobraževanju in usposabljanje medicinskih sester na področju z dokazi podprte prakse zdravstvene nege pri obravnavi pooperativne bolečine, podporo medicinskih sester mnenjskim vodjem pri vsakodnevem praktičnem uveljavljanju te prakse in potrebo po novih raziskavah za ugotavljanje dodatnih dejavnikov, ki vplivajo na na dokazih podprto prakso vodenja pooperativne bolečine, zlasti tistih, ki vplivajo na pripravljenost sprejetja novosti.

## 5 LITERATURA

Abraham M, Ginn Moretz J. Implementing Patient- and Family-Centered Care: Part I – Understanding the Challenges. *Pediatric Nursing*. 2012; 38(1): 44–47.

Aiken L, Sloane M, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Dostopno na: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-8/abstract#](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8/abstract#) (29. 3. 2014).

Apfelbaum J, Chen C, Mehta S, Gan T. Postoperative pain experience: Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to Be Undermanaged. *Anesth Analg*. 2003; 97: 534–40.

Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 2004; 170 (11): 1678–1686.

Benhamou D, Berti M, Brodner G, Andres J, Draisci G, Moreno-Azcoita M et al. Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS): A practice pattern study in 7 Central/Southern European countries. *International Association or the Study of Pain*. 2007; 136: 134–141.

Bertolini G, Minelli C, Latronico N, Cattaneo A, Mura G, Melotti R et al. The use of analgesic drugs in postoperative patients: the neglected problem of pain control in intensive care units. An observational, prospective, multicenter study in 128 Italian intensive care units. *Eur J Clin Pharmacol*. 2002; 58: 12(3):73–77.

Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. In: *Testing Structural Equation Models*. 1993. Thousand Oaks: SAGE.

Brown, W. (1910). Some experimental results in the correlation of mental abilities. *British Journal of Psychology*. 1910; 3: 296–322.

Brennan F, Carr D, Cousins M. Pain Management: A Fundamental Human Right. *Anesth Anag*. 2007; 105 (1): 205–21.

Canadian Nurses Association. Position statement. Evidence-based decision-making and nursing practice. 2002. Ottawa.

Carlson C. Development and testing of four instruments to assess prior conditions that influence nurses' adoption of evidence-based pain management practices. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 64(6): 632–643.

Carlson C. Prior conditions influencing nurses decisions to adopt evidence-based postoperative pain assessment practices. *Pain Management Nursing*. 2010; 11(4): 245–258.

Carlson C. Use of three evidence-based postoperative pain assessment practices by registered nurses. *Pain Management Nursing*. 2009;10(4): 174–187.

Chang YJ, Yun YH, Park SM, Lee SW, Park H-A, Ro Y-J et al. Nurses willingness to maximize opioid analgesia or severe cancer pain and its predictor. *Supportive Care in Cancer*. 2005; 13(9): 743–751.

Chia-Huei L, Wen-Chii T, Shang-Lin C, Li-Chi C. Clinical Outcomes: The Impact of Patient-Centered Care. *Journal of Nursing*. 2012; 59(6): 104–110.

Cotterill-Walker S. Where is the evidence that master's level nursing education makes a difference to patient care? A literature review. *Nurse Education Today*. 2012; 32: 57–64.

Crooks LK. Assessing pain and the Joint Commission pain standards. *Topics in Emergency Medicine*. 2002; 24(1): 1–9.

Dunwoody CJ, Krenzischek DA, Pasero C, Rathmell JP, Polomano RC. Assessment physiological monitoring and consequences of inadequately treated acute pain. *Pain Management Nursing*. 2008; 9(1):11–21.

Earle-Foley V. Evidence-Based practice: Issues, Paradigmas and Future pathways. *Nursing forum*. 2011; 46(1): 38–44.

Evans K, Guile D, Harris J, Allan H. Putting knowledge to work: A new approach. *Nurse Education Today*. 2010; 30: 245–251.

Eizenberg M. Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors? *Journal of Advanced Nursing*. 2011; 67: 33–42.

Elliott R. Evidence-Based Nursing practice: Is it really necessary? *Nephrology Nursing Journal*. 2011; 38(4): 309–36.

European Commission (2006). Dostopno na: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_241\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_241_en.pdf) (5. 3. 2014).

Fletcher D, Fermanian C, Mardaye A, Aegerter P. A patient-based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistent challenges. *International Association or the Study of Pain*. 2008; 137: 441–51.

Ferligoj A. *Uvod v multivariantno analizo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani. 2010.



Foo S, Majid S, Mokhtar I.A, Zhang X, Luyt B, Chang Y et al. Nurses' perception of evidence-based practice at the national university hospital of Singapore. *J Contin Educ Nurs.* 2011; 42(11): 522–528.

Frace M. Evidence-based nursing at the bedside: Are you walking the walk? *Medsurg Nursing.* 2010; 19(2): 77.

Ferketich S. Focus on psychometrics aspects of item analysis. *Research in Nursing & Health.* 1991; 14(2): 165–168.

Gerrish K, Guillaume L, Kirshbaum M. Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence-based practice among frontline nurses. *Journal of advanced Nursing.* 2011; 67: 1079–90.

Gerrish K, Nolan M, McDonnell A. Factors influencing advanced practice nurses' ability to promote evidence-based practice among frontline nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing.* 2012; 1: 30–9.

Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, McCarberg B, Todd KH, Paice JA et al. American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force. *Arch Intern Med.* 2005; 25; 165(14): 1574–80.

Grant M, Hanson J, Johnson S. Evidence-based practice or staff nurses. *J Contin Educ Nurs.* 2012; 43(3): 117–124.

Gill D, Griffin A. Good Medical Practice: what are we trying to say? Textual analysis using tag clouds. *Med Educ.* 2010. 44(3): 316–22.

Hadid L, Hasheesh M, Momani M. Validating a tool that explores factors influencing the adoption of principles of evidence-based practice. *Journal of Nursing Education.* 2011; 50(12): 681–87.

Hewitt-Taylor J, Heaslip V, Rowe NE. Applying research to practice: exploring the barriers. *British Journal of Nursing*. 2012; 21(6): 356–359.

Higgins I, Parker V, Keatinge D, Giles M, Winskill R, Guest E et al. Doing clinical research: The challenges and benefits. *Contemporary Nurse*. 2010; 35(2): 171–181.

Hu L-T, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equation Model*. 1999; 6: 1–55.

Idivall E, Hamrin E, Sjostrom B, Unosson M. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Quality and Safety in Health Care*. 2002; 11: 327–334.

Institute of medicine. *Crossing the quality chasm: A new health system or the 21<sup>st</sup> century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.

International Council of Nurses. *Nursing research*. Geneva. 2007. Switzerland.

Johansson B, Fogelberg-Dahm M, Wadensten B. Evidence-based practice: the importance of education and leadership. *Journal of Nursing management*. 2010; 18: 70–77.

Joshi GP, Rawal N, Kehlet H. Evidence-based management of postoperative pain in adults undergoing open inguinal hernia surgery. *British Journal of Surgery*. 2012; 99: 168–185

Jöreskog KG. A general approach to confirmatory factor analysis. *Psychometrika*. 1969; 34: 183–202.

Koehn ML, Lehman K. Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 62(2): 209–215.

Komar-Cesar M. 1 kongres slovenskega združenja za zdravljenje bolečine. Simpozij o klinični nevrofiziologiji bolečine. Program in zbornik prispevkov. Bled 9. in 10. oktober 2009.

Kričevski Skvarča N. Kronična bolečina – bolezen. Zbornik predavanj, Kranjska gora 14.–15. 10. VII. Fajdigovi dnevi. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. 2005: 3–5.

Kersnik J. Združenje zdravnikov družinske medicine –SZD. Zbirka PIP – Pravočasno in Pravilno. Kakovost v zdravstvu. Ljubljana. 2010: 12–13.

Kiauta M, Poldrugovac M, Rems M, Robida A, Simčič B. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Ministrstvo za zdravje Ljubljana. 2010: 7–21.

Lahajnar Čavlovič S. Vpliv bolečine na družbo. Zbornik prispevkov 21–22. oktober. Slovensko združenje za zdravljenje bolečine. 2011: 69–71.

Larkin M, Cierpial C, Vabderboom T, Anspach K, Grealish K, Ball S et al. Research ambassadors: Bringing findings to the bedside. *Nursing Management*. 2009; 40(10): 20–3.

Liu SS, Wu CL. Effect of postoperative analgesia on postoperative complications: a systematic update of the evidence. *Anesth Analg*. 2007; 104: 689–702.

Liu W, Edwards H, Courtney M. The development and descriptions of an evidence-based management educational program. *Nurse Education Today*. 2011; 31: 51–7.

Manias E, Bucknall T, Botti M. Nurses strategies or Managing Pain in the Postoperative Setting. *Pain Manag Nurs*. 2005; 6(1): 18–29.

Mahkovic-Hergouth K. Načela lajšanja pooperacijske bolečine po velikih trebušnih onkoloških operacijah. Za zdravljenje bolečine – kongres Slovenskega združenja. Simpozij o klinični nevrofiziologiji bolečine, Bled 9. in 10. oktober. 2009; 102–4.

McGowan J. Can knowledge translation tools better inform consumers about review evidence?. *Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making*. 2010; 30(5): 534–5.

Ministrstvo za zdravje. 2011. Javni zavodi, bolnišnice. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/si/mz\\_za\\_vas/strokovne\\_institucije\\_koristne\\_povezave/javni\\_zavodi\\_bolnisnice/](http://www.mz.gov.si/si/mz_za_vas/strokovne_institucije_koristne_povezave/javni_zavodi_bolnisnice/) (10. 10. 2011).

Ministrstvo za zdravje. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. 2006; 1–68. Dostopno na: <http://www.mz.gov.si> (10. 10. 2011).

Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric Theory*, 3<sup>rd</sup> ed. McGraw-Hill, New York; 1994.

Newell R, Burnard P. *Research or evidence-based practice*. Blackwell Publishing LTD 2006, Oxford. Povzeto po: Doody C, Doody O. Introducing evidence into nursing practice: using the IOWA model. *British Journal of Nursing*. 2011; 20(11): 661–64.

Niemi-Murola L, Poybia R, Onkinen K, Rben B, Makela A, Niemi T. Patient Satisfaction with postoperative pain management-effect of preoperative factors. *Pain Management Nursing*. 2007; 8(3): 122–129.

O'halloran P, Porter S, Blackwood B. Evidence based practice and its critics: what is a nurse manager to do? *Journal of Nursing Management*. 2010; 18: 90–5.

Ogbimi R, Adebamowo C. Questionnaire survey of working relationships between nurses and doctors in University Teaching Hospitals in Southern Nigeria. *Journal List. BMC Nurs* 2006; 5(2): 3–10.

Pasero C, Puntillo K, Li D, Mularski R, Grap M, Erstad B et. al. Structured Approaches to Pain Management in the ICU. American College of Chest Physicians 2009; 135: 6(6): 1665–1672.

Pearson A, Field J, Jordan Z. Evidence-based clinical practice in nursing and health care: assimilating research experience and expertise. Oxford: Blackwell Publishing; 2007.

Polit DF, Beck CT. Chapter 18: using research findings in evidence-based nursing practice. In Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization, 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; PA. 2005: 457–494.

Požlep G. Vpliv bolečine na družbo. Zbornik prispevkov 21–22. oktober. Slovensko združenje za zdravljenje bolečine. 2011: 55–6.

Pravikoff DS, Tanner AB, Pierce ST. Readiness of U.S. nurses for evidence-based practice. Am J Nurs. 2005; 105: 40–51.

Palant J. SPSS, survival manual. Maidenhead: Open University Press. 2010; 227–230.

Prior P, Wilkinson J, Neville S. Practice nurse use evidence in clinical practice: a descriptive survey. Nursing Praxis in New Zealand 2010; 26(2): 14–25.

Retsas A. Barriers to using research evidence in nursing practice. J Adv Nurs. 2000; 31(3): 599–606.

Rogers EM. Diffusion of Innovations, 5<sup>th</sup> ed. New York: Free Press; 2003.

Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana. 2009.

Robida A. Zaznavanje kulture varnosti pacientov v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah. Zdrav Vestn 2013; 82: 648–60.

Rycroft-Malone J, Bucknall T. Using theory and frameworks to facilitate the implementation of evidence into practice. *Worldviews on evidence-based nursing*. 2010; 7(2): 57–58.

Rycroft-Malone J, Harvey G, Seers K. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *J Clin Nurs*. 2004; 13(8): 913–24.

Roskell C, White D, Bonner C. Developing patient-centred care in health professionals: reflections on introducing service-learning into the curriculum. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2012; 19(8): 448.

Schaufheutle EI., Cantrill JA, Noyce PR. Why is pain management suboptimal on surgical wards? *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 33(6): 728–737.

Scott S, Plotnikoff R, Karunamuni N, Bize R, Rodgers W. Factors influencing the adoption of an innovation: An examination of the uptake of the Canadian Heart Health Kit (HHK). *Implementation Science*. 2008; 3: 41.

Seers K, Crichton N, Carroll D, Richards S, Saunders T. Evidence-based postoperative pain management in nursing: is a randomized-controlled trial the most appropriate design? *Royal College of Nursing Institute. J Nurs Manag*. 2004; 12(3): 183–93.

Skela Savič B, Pagon M. Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. *Organizacija*. 2007; 40; 63–74.

Skela Savič B, Robida A. Kakovost in varnost zdravstvene obravnave: vloga srednjega menedžmenta. *Obzor Zdrav Neg*. 2012; 46(1): 9–35.

Shirey M, Hauck SL, Embree J, Kinner T, Schaar G, Phillips L et al. Showcasing differences between quality improvement evidence-based practice and research. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2011; 42(2): 57–68.

Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. Nurses assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 52(2): 125–132.

Shortell T. *An Introduction to Data Analysis & Presentation*. 2007. Dostopno na: <http://academic.brooklyn.cuny.edu/soc/courses/712/chap18.html> (15. 1. 2012).

Staffileno B, Carlson E. Providing direct care nurses research and evidence-based practice information: an essential component of nursing leadership. *Journal of Nursing Management*. 2010; 18: 84–89.

Spearman, C. Correlation calculated from faulty data. *British Journal of Psychology*. 1910; 3: 271–295.

Stevens KR. Guest editorial: Evidence-based practice: Destination or journey? *Nursing Outlook*. 2010; 58: 273–275.

Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*, 3<sup>rd</sup> ed. New York: Oxford University Press, 2003: 64–65.

Tabachnick GB, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson Education inc. 2007: 614.

Titler M, Steelman V, Budreau G. The IOWA model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2001; 13(4): 497–509.

Tracy S. Piloting tailored teaching on nonpharmacologic enhancements or postoperative pain management in older adults. *Pain Management Nursing*. 2010; 11(3): 148–158.

Tourangeau R, Yan T. Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin*, 2007; 133 (9): 859–83.

Thomas E, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena, T, Williams E et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care*. 2000; 38(3): 261–271.

Vlahovič D. Oskrba poškodovanca s hudo poškodbo glave na Oddelku za urgentno medicino. V: Gričar M, Vajd R. *Urgentna medicina – Zbornik predavanj 11. seminar o bolečini*. Slovensko združenje za urgentno medicino. 2007: 158–162.

Watkins D. The influence of masters education on the professional lives of british and german nurses and the further professionalization of nursing. *J of Advanced nursing*. 2011; 67(12): 2605–2614.

Ware JE, Gandek B. Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: The IQOLA Project Approach. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1998; 51(11): 945–952.

White P, Kehlet H. Postoperative Pain Management and patient outcome: Time to Return to Work. *International Anesthesia Research Society*. 2007; 104: 3, march: 487–88.

Wilkinson J, Kent B, Hutchinson A. Teaching and learning about the impact of evidence-based practice implementation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2011; 3: 187–88.

Wilkinson J, Nutley S, Davies H. An exploration of the roles of nurse managers in evidence-based practice implementation. *Worldviews on evidence-based Nursing* 2011; 4: 236–246.

Warren N. Advisors in the Patient and FamilyCentered Care Model. *Medsurg Nursing*. 2012; 21(4): 233–239.



Wynd C, Schmidt B, Schaefer Atkins M. Two Quantitative Approaches for Estimating Content Validity 1. *Western Journal of Nursing Research*. 2003; 25(5): 508–518.

Yadav BL, Fealy GM. Irish psychiatric nurses' self-reported barriers, facilitators and skills or developing evidence-based practice. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing*. 2012; 19: 116–122.

## 6 PRILOGE

### 6.1 VPRAŠALNIK



Visoka šola  
za zdravstveno nego  
Jesenice  
College  
of Nursing  
Jesenice

VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVENO NEGO JESENICE

### *Raziskava med medicinskimi sestrami, ki skrbijo za paciente s pooperativno bolečino*

Vabim vas k sodelovanju v raziskavi o vodenju bolečine v zdravstveni negi. Namen raziskave je ugotoviti način obravnave pooperativne bolečine in na podlagi vaših odgovorov razpoznati dejstva, ki bi lahko pripomogla k izboljševanju zdravstvene nege v zvezi s pooperativno bolečino. Rezultati raziskave bodo uporabljeni v moji magistrski nalogi, ki jo opravljam na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. Z raziskavo bi želela opredeliti specifične predpogoje, ki jih je morda treba upoštevati, prilagoditi ali spremeniti, da bi medicinske sestre spodbudili k sprejemanju in izvajanju na dokazih podprte prakse vodenja bolečine. Vaši odgovori in pripombe se bodo uporabili za razvoj strategij in pomoč pri prizadevanju za spremembe, zato vas prosim, da skrbno odgovorite na vprašanja.

Prosim vas, da si vzamete 20 minut in izpolnite vprašalnik. Sodelovanje je prostovoljno in anonimno. Prosila vas bi, da vprašalnik izpolnite samostojno. Pridobljene podatke bom uporabila izključno za namen raziskave. Tako vam lahko zagotovim, da bom zaupnost natančno upoštevala. Z rezultati raziskave vas bom seznanila.

V primeru, da ste pripravljeni sodelovati, vas prosim, da izpolnite vsako postavko v vprašalniku in mi ga vrnete čez sedem dni. Če imate kakršno koli vprašanje, povezano z vprašalnikom, mi lahko pišete na spodaj navedeni e-poštni naslov.

Hvala za sodelovanje in lep pozdrav,

Sabina Medjedović

E-pošta: sabina\_medjedovic@hotmail.com

Ustanova

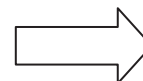
Datum vrnjenega vprašalnika

Zaporedna št. vpr.

**Sklop A**

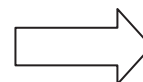
V prvem delu vprašalnika je treba navesti nekaj demografskih podatkov. Prosim, da izpolnite in označite ustrezna polja.

A1. <b>Koliko ste stari?</b>	_____ let.
A2. <b>Spol?</b>	<input type="checkbox"/> Moški. <input type="checkbox"/> Ženski.
A3. <b>Katera je vaša stopnja izobrazbe v zdravstveni negi? Možen je samo en odgovor.</b>	<input type="checkbox"/> 1 Tehnik zdravstvene nege/Srednja m. s. <input type="checkbox"/> 2 Dipl. m. s./Višja medicinska sestra. <input type="checkbox"/> 3 Dipl. m. s. z univerzitetno izobrazbo. <input type="checkbox"/> 4 Magisterij. <input type="checkbox"/> 5 Doktorat.
A4. <b>Koliko let delate kot medicinska sestra?</b>	_____ let
A5. <b>Ali imate dodatna znanja s področja zdravstvene nege, pridobljena s podiplomskim izobraževanjem ?</b>	<input type="checkbox"/> 1 Ne. <input type="checkbox"/> 2 Da – na katerem? _____
A6. <b>Koliko strokovnih revij s področja zdravstvene nege redno berete? Obkrožite samo en odgovor.</b>	<input type="checkbox"/> 1 Nobene. <input type="checkbox"/> 2 Eno. <input type="checkbox"/> 3 Dve. <input type="checkbox"/> 4 Tri ali več.

**PROSIM, POJDITE NA NASLEDNJO STRAN**

<p><b>A7. Ko imate v klinični praksi problem, katere od naslednjih virov uporabljate za njegovo reševanje? Obkrožite lahko več odgovorov.</b></p>	
<p><input type="checkbox"/>1 Medicinske sestre v vašem delovnem okolju.</p> <p><input type="checkbox"/>2 Vodilne medicinske sestre v vašem delovnem okolju.</p> <p><input type="checkbox"/>3 Mentorja v vašem delovnem okolju.</p> <p><input type="checkbox"/>4 Drugo osebje (zdravniki, farmacevti).</p> <p><input type="checkbox"/>5 Medicinske sestre iz drugih organizacij.</p> <p><input type="checkbox"/>6 Raziskovalne revije v zdravstveni negi (Obzornik zdravstvene nege).</p> <p><input type="checkbox"/>7 Klinične revije ali informativni bilteni (Utrip).</p>	<p><input type="checkbox"/>8 Splošne monografije v zdravstveni negi (Zborniki znanstvenih konferenc).</p> <p><input type="checkbox"/>9 Učbeniki.</p> <p><input type="checkbox"/>10 Fakultete za zdravstveno nego.</p> <p><input type="checkbox"/>11 Klinične konference.</p> <p><input type="checkbox"/>12 Raziskovalne konference.</p> <p><input type="checkbox"/>13 Glasila.</p> <p><input type="checkbox"/>14 Internet (razne organizacije).</p> <p><input type="checkbox"/>15 Profesionalne organizacije.</p>
<p><b>A8. Ali v prihodnosti načrtujete napredovanje na višji položaj?</b></p>	<p><input type="checkbox"/>Da.      <input type="checkbox"/>Ne.</p>

**PROSIM, POJDITE NA NASLEDNJO STRAN**

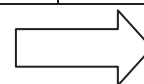


**Sklop B**

Navodila: ta del vprašalnika vsebuje trditve, ki se nanašajo na vašo prakso v zvezi z vodenjem bolečine. Tukaj ni pravih ali nepravilnih odgovorov. Prosim, opišite, kaj dejansko naredite, ne pa kaj mislite, da bi morali. Preberite vsako trditev posebej. Izberite polje za vsako trditev posebej, ki najbolje opiše pogostnost vaših dejanj.

	Nikoli ▼	Redk o ▼	Včasih ▼	Pogost o ▼	Skoraj vedno ▼
B9. Ko ocenjujem bolečino, pacienta vprašam o vrsti bolečine.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B10. Uporabljam numerično ali verbalno bolečinsko lestvico za oceno jakosti bolečine.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B11. Ko pacient poroča o nezadostnem lajšanju bolečine, ne kličem zdravnika, ampak počakam, da pride na vizito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B12. Pacientovo bolečino ocenim tako, da ga vprašam o stopnji bolečine.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B13. Vrednotim učinkovitost intervencijskih ukrepov za lajšanje bolečine.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B14. Po ocenitvi pacientove bolečine ga vprašam, ali želi/potrebuje zdravila za lajšanje bolečine.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B15. Pri presoji načrta zdravstvene nege za svojega pacienta ocenim trajanje bolečine.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B16. Ko dam pacientu oralni in/ali intravenski analgetik, se vrnem k njemu po 30–45 minutah, da ocenim stopnjo zmanjšanja bolečine.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B17. Pacientovo lastno oceno bolečine zapisujem v njegovo zdravstveno dokumentacijo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B18. Raje počakam, da pacient sam pove, da ga boli, ali da sam zahteva analgetik, kot da ga vprašam, ali potrebuje dodatna zdravila proti bolečini.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B19. Zapisujem, koliko časa (v odstotkih) je zdravljenje bolečine učinkovito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**PROSIM, POJDITE NA NASLEDNJO STRAN**

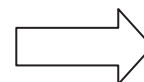


**Sklop C**

Navodila: ta del vprašalnika vsebuje trditve, ki opisujejo vaša prepričanja o bolečini in vaše dožemanje glede vodenja bolečine v klinični praksi. Ni pravih ali nepravilnih odgovorov. Opišite tako, kot je, ne pa, kot mislite, da bi moralo biti. Preberite vsako trditev posebej. Izberite odgovor, ki najbolje opisuje vašo stopnjo strinjanja z izjavo.

	Močno se ne strinjam ▼	Se ne strinjam ▼	Neodločen ▼	Se strinjam ▼	Močno se strinjam ▼
C20. Bolečino na našem oddelku na splošno dobro obvladujemo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
C21. Nezadostno lajšanje bolečine je pogosto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
C22. Moji sodelavci podcenjujejo resnost bolečine pri pacientu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
C23. Sem bolj zavzet/-a za nadzor pacientove bolečine kot moji sodelavci.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
C24. Pacienti so deležni ustreznega lajšanja bolečin v vseh treh izmenah.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
C25. Zdravniki in medicinske sestre se preveč zlahka sprijaznijo z nezadostno lajšano bolečino pri pacientu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**PROSIM, POJDITE NA NASLEDNJO STRAN**

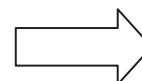


**Sklop D**

Navodila: ta del vprašalnika vključuje trditve, ki opisujejo vas. Prosim, opišite sebe, kot ste, ne pa, kot mislite, da bi morali biti. Preberite vsako trditev posebej. Izberite spodaj navedene trditve, ki najbolj opisujejo vas ali vaša dejanja.

	Nikoli ▼	Redko ▼	Včasih ▼	Pogosto ▼	Skoraj vedno ▼
D26. Povezujem se z drugimi medicinskimi sestrami zunaj mojega delovnega okolja (iz drugih oddelkov/enot).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D27. Imam se za neformalnega vodjo v svojem delovnem okolju.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D28. Moji sodelavci me vprašajo za mnenje v zvezi z novimi idejami/prakso.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D29. Poskušam uvesti nove ideje v prakso, ko rezultati raziskav pokažejo svojo vrednost.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D30. Nerad/-a preizkušam nekaj novega, če nisem videl/-a, da se nekaj podobnega v praksi že izvaja.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D31. Potrebujem spodbudo drugih, predno začnem delati nekaj novega.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**PROSIM, POJDITE NA NASLEDNJO STRAN**



**Sklop E**

Navodila: ta del vprašalnika vsebuje trditve, kako poiskati informacije o standardnih postopkih ali normah, ki se nanašajo na vodenje bolečine v praksi. Ni pravih ali nepravilnih odgovorov. Opišite tako, kot je, ne pa tako, kot bi moralo biti. Preberite vsako trditev posebej. Izberite odgovor, ki najbolj opisuje vaše delovno okolje.

	<b>Močno se ne strinjam</b> ▼	<b>Se ne strinjam</b> ▼	<b>Neodločen</b> ▼	<b>Se strinjam</b> ▼	<b>Močno se strinjam</b> ▼
E32. Zdravniki pogosto neradi predpisujejo opioidne analgetike.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E33. Medicinske sestre pogosto nerade dajejo opioidne analgetike.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E34. Zdravniki večkrat ne sodelujejo ob prošnjah za dodatni analgetik, če se to zgodi zunaj delovnega časa.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E35. Ni dovolj časa za izvajanje nadzora za vodenje bolečine.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E36. Medicinske sestre oklevajo, da bi poklicale zdravnika, če bolečina ni bila zadostno olajšana.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E37. Zdravniki običajno odredijo premajhen odmerek analgetika s predolgimi intervali.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E38. Opioidni analgetiki se predpisujejo manj pogosto, kot je potrebno zaradi stranskih učinkov, kot so slabost in/ali obstipacija.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



**Sklop F****NAČINI OCENE BOLEČINE ZA MEDICINSKE SESTRE**

Sistematična ali rutinska ocena bolečine

Pri pacientih z bolečino ali pri zdravljenju, ki je povezano z bolečino, sistematično ali rutinsko (na določena časovna obdobja in dokumentirano z objektivno ocenjevalno lestvico) ocenjevanje pacientove lastne ocene bolečine lahko privede do bolj učinkovitega nadzora nad bolečino kot pri drugih načinih spremljanja bolečine.

F39. Ali ste prebrali literaturo (kot so članki iz revij, knjig, priročnikov ali drugih virov), ki govori o sistematični ali rutinski oceni bolečine?

 1 Ne. 2 Da.

F40. Ali ste že slišali o sistematični ali rutinski oceni bolečine na internih izobraževanjih ali drugih strokovnih konferencah?

 1 Ne. 2 Da.

F41. Ali pri vas uporabljate sistematično ali rutinsko ocenjevanje bolečine?

 1 Ne. 2 Da. 3 Ne vem.

F42. Ali imate kakšne druge vire informacij o sistematičnem ali rutinskem ocenjevanju bolečine?

 1 Ne. 2 Da.

Če je odgovor da, navedite, katere vire:

---

Če ste na zgornja 4 vprašanja (39 do 42) odgovorili z »Ne« ali »Ne vem«, pojdite na Sklop G na naslednji strani. Če ste odgovorili z »Da« na katero koli vprašanje, nadaljujte z vprašanji 43 do 44.

F43. Ali bi medicinske sestre morale opravljati sistematično ali rutinsko ocenjevanje bolečine pri pacientih z bolečino?

1 Ne.

2 Da.

3 Neodločen.

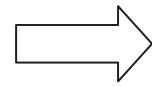
F44. Ali izvajate načrtovano beleženje ocenjevanja pacientove bolečine v vnaprej določenih časovnih obdobjih?

1 Ne, nikoli.

2 Da, včasih.

3 Da, vedno.

**PROSIM, POJDITE NA NASLEDNJO STRAN**



**Sklop G****OCENA UPORABE PROTIBOLEČINSKE ČRPALKE S STRANI PACIENTA**

Pooperativna ocena bolečine vključuje primerjavo in dokumentacijo števila poskušanih zahtev s številom bolusnih aplikacij opioidne analgezije, ki jo beleži protibolečinska črpalka

G45. Ali ste prebrali literaturo (članke, knjige, priročnike ali druge vire), ki govori o oceni uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta?

1 Ne.

2 Da.

G46. Ali ste že slišali o oceni uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta na notranjih izobraževanjih ali strokovnih konferencah?

1 Ne.

2 Da.

G47. Ali medicinske sestre v vaši enoti ocenjujejo uporabo protibolečinske črpalke s strani pacienta?

1 Ne.

2 Da.

3 Ne vem.

G48. Ali imate druge vire informacij o oceni uporabe protibolečinske črpalke s strani pacientov?

1 Ne.

2 Da.

Če je odgovor »da«, prosim navedite, katere vire:

---

Če je odgovor na zgornja 4 vprašanja (45 do 48) »Ne« ali »Ne vem«, pojdite na sklop H na naslednji strani. Če ste na katero koli vprašanje odgovorili z »Da«, nadaljujte z vprašanji 49 do 50.

G 49. Ali bi morale medicinske sestre oceniti uporabo protibolečinske črpalke s strani pacienta?

- 1 Ne.  
 2 Da.  
 3 Neodločen.

G50. Ali ocenjujete uporabo PCA s strani pacienta?

- 1 Nikoli.  
 2 Da včasih.  
 3 Vedno.

### **Sklop H**

#### **UPOŠTEVANJE PACIENTOVEGA POROČILA O BOLEČINI**

Medicinska sestra je dolžna upoštevati in spoštovati pacientova poročila o bolečini bolj kot vedenje pacienta ali njegove vitalne znake.

H51. Ali ste prebrali kakšno literaturo (članke, knjige, priročnike in druge vire), ki daje prednost upoštevanju pacientovega poročila o bolečini pred njegovim vedenjem in vitalnimi znaki?

- 1 Ne.  
 2 Da.

H52. Ste že slišali o dajanju prednosti upoštevanju pacientovih poročil pred njegovim vedenjem in vitalnimi znaki na internih izobraževanjih ali drugih strokovnih konferencah?

- 1 Ne.  
 2 Da.

H53. Ali medicinske sestre pri vas upoštevajo pacientovo poročilo bolečine bolj kot njegovo vedenje in vitalne znake?

- 1 Ne.  
 2 Da.  
 3 Ne vem.

H54. Ali imate kakšne druge vire informacij o upoštevanju pacientovega poročila o bolečini?

1 Ne.

2 Da.

Če je odgovor »da«, prosim, navedite, katere vire:

---

Če je odgovor na zgornja 4 vprašanja (51 do 54) »Ne« ali »Ne vem«, pojdite na naslednji odsek na naslednji strani. Če ste na katero koli vprašanje odgovorili z »Da«, nadaljujte z vprašanji 55 do 56.

H55. Ali bi morali pacientovo poročilo o bolečini bolj upoštevati kot njegovo vedenje ali vitalne znake?

1 Ne.

2 Da.

3 Neodločen.

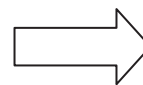
H56. Ali pacientovo poročilo o bolečini upoštevate bolj kot njegovo vedenje ali vitalne znake?

1 Ne, nikoli.

2 Da, včasih.

3 Da, vedno.

**PROSIM, POJDITE NA NASLEDNJO STRAN**



Ali je še kaj drugega, kar bi želeli povedati o obravnavanju bolečine pri vas ali kar se vam zdi zaskrbljujoče.

Prosim, zapišite svoje mnenje v spodnji okvir.

HVALA ZA VAŠE SODELOVANJE IN VAŠ ČAS!

## 6.2 TABELE

**Tabela 28: Povprečja in standardni odkloni spremenljivke, korelacije »Spremenljivka – Skupaj« in Cronbachove alfe ob izbrisu spremenljivke**

Spremenljivka	Povprečje (St. odkl.)	Popravljen korelacija "Spremenljivka-Skupaj"	Cronbachova alfa ob izbrisu spremenljivke
<b>Dosedanja praksa z vodenjem bolečine</b>			
<b>Cronbachova alfa: 0,740</b>			
B9. Ko ocenjujem bolečino, pacienta vprašam o vrsti bolečine.	4,44 (0,81)	,420	,718
B10. Uporabljam numerično ali verbalno bolečinsko lestvico za oceno jakosti bolečine.	4,13 (1,11)	,374	,725
B12. Pacientovo bolečino ocenim tako, da ga vprašam o stopnji bolečine.	4,45 (0,77)	,470	,712
B13. Vrednotim učinkovitost intervencijskih ukrepov za lajšanje bolečine.	4,02 (0,99)	,519	,699
B14. Po ocenitvi pacientove bolečine ga vprašam, ali želi/potrebuje zdravila za lajšanje bolečine.	4,57 (0,73)	,396	,722
B15. Pri presoji načrta zdravstvene nege za mojega pacienta ocenim trajanje bolečine.	3,85 (1,03)	,513	,700
B16. Ko dam pacientu oralni in/ali intravenski analgetik, se vrnem k njemu po 30–45 minutah, da ocenim stopnjo zmanjšanja bolečine.	4,33 (0,89)	,387	,722
B17. Pacientovo lastno oceno bolečine zapisujem v njegovo zdravstveno dokumentacijo.	4,05 (1,25)	,487	,704
B19. Zapisujem, koliko časa (v odstotkih) je zdravljenje bolečine učinkovito.	2,21 (1,3)	,292	,747
<b>Občutene potrebe po spremembi</b>			
<b>Cronbachova alfa: 0,704</b>			
C20. Bolečino na našem oddelku na splošno dobro obvladujemo. (rekodirano)	1,74 (0,74)	0,376	0,682
C21. Nezadostno lajšanje bolečine je pogosto.	2,33 (0,97)	0,362	0,690
C22. Moji sodelavci podcenjujejo resnost bolečine pri pacientu.	2,04 (0,9)	0,557	0,624
C23. Sem bolj zavzet/-a za nadzor pacientove bolečine kot moji sodelavci.	2,38 (0,94)	0,439	0,663
C24. Pacienti so deležni ustreznega lajšanja bolečin v vseh treh izmenah. (rekodirano)	1,65 (0,8)	0,392	0,677

Spremenljivka	Povprečje (St. odkl.)	Popravljen korelacija "Spremenljivka- Skupaj"	Cronbachova alfa ob izbrisu spremenljivke
C25. Zdravniki in medicinske sestre se preveč zlahka sprijaznijo z nezadostno lajšano bolečino pri pacientu.	2,17 (0,96)	0,494	0,644
<b>Pripravljenost sprejeti novosti</b>			
<b>Cronbachova alfa: 0,726</b>			
D26. Povezujem se z drugimi medicinskimi sestrami zunaj mojega delovnega okolja (iz drugih oddelkov/enot).	2,87 (1,04)	0,413	0,724
D27. Imam se za neformalnega vodjo v svojem delovnem okolju.	1,8 (1,08)	0,486	0,683
D28. Moji sodelavci me vprašajo za mnenje v zvezi z novimi idejami/prakso.	3,06 (0,89)	0,565	0,642
D29. Poskušam uvesti nove ideje v prakso, ko rezultati raziskav pokažejo svojo vrednost.	2,57 (1,05)	0,614	0,602
<b>Norme družbenega sistema</b>			
<b>Cronbachova alfa: 0,813</b>			
E32. Zdravniki pogosto neradi predpisujejo opioidne analgetike. (rekodirano)	3,36 (1)	0,557	0,787
E33. Medicinske sestre pogosto nerade dajejo opioidne analgetike. (rekodirano)	3,61 (0,88)	0,507	0,795
E34. Zdravniki večkrat ne sodelujejo ob prošnjah za dodatni analgetik, če se to zgodi zunaj delovnega časa. (rekodirano)	3,55 (1,01)	0,606	0,778
E35. Ni dovolj časa za izvajanje nadzora za vodenje bolečine. (rekodirano)	3,61 (0,98)	0,449	0,806
E36. Medicinske sestre oklevajo, da bi poklicale zdravnika, če bolečina ni bila zadostno olajšana. (rekodirano)	3,9 (0,91)	0,490	0,798
E37. Zdravniki običajno odredijo premajhen odmerek analgetika s predolgimi intervali. (rekodirano)	3,57 (0,9)	0,626	0,775
E38. Opioidni analgetiki se predpisujejo manj pogosto, kot je potrebno zaradi stranskih učinkov, kot so slabost in/ali obstipacija. (rekodirano)	3,43 (0,93)	0,622	0,775

**Tabela 29: Analiza načina ocene bolečine medicinskih sester (sklop F)**

			n	%	Veljavni %
F39: Ali ste prebrali literaturo (kot so članki iz revij, knjig, priročnikov ali drugih virov), ki govori o sistematični ali rutinski oceni bolečine?	Veljavni	Ne	314	47,9	48,0
		Da	340	51,9	52,0
		Skupaj	654	99,8	100,0
	Manjkajoči	Preskok	1	,2	
		Skupaj	655	100,0	
			n	%	Veljavni %
F40: Ali ste že slišali o sistematični ali rutinski oceni bolečine na internih izobraževanjih ali drugih strokovnih konferencah	Veljavni	Ne	247	37,7	37,7
		Da	408	62,3	62,3
		Skupaj	655	100,0	100,0
			n	%	Veljavni %
F41: Ali pri vas uporabljate sistematično ali rutinsko ocenjevanje bolečine?	Veljavni	Ne	136	20,8	20,8
		Da	419	64,0	64,0
		Ne vem	100	15,3	15,3
		Skupaj	655	100,0	100,0
			n	%	Veljavni %
F42: Ali imate kakšne druge vire informacij o sistematičnem ali rutinskem ocenjevanju bolečine	Veljavni	Ne	553	84,4	84,4
		Da	102	15,6	15,6
		Skupaj	655	100,0	100,0
			n	%	Veljavni %
F43: Ali bi medicinske sestre morale opravljati sistematično ali rutinsko ocenjevanje bolečine pri pacientih z bolečino?	Veljavni	Ne	14	2,1	2,7
		Da	369	56,3	72,4
		Neodločen	127	19,4	24,9
		Skupaj	510	77,9	100,0
	Manjkajoči	Preskok	145	22,1	
		Skupaj	655	100,0	
			n	%	Veljavni %
F44: Ali izvajate načrtovano beleženje ocenjevanja pacientove bolečine v vnaprej določenih časovnih obdobjih?	Veljavni	Ne, nikoli	114	17,4	22,4
		Da, včasih	274	41,8	53,7
		Da, vedno	122	18,6	23,9
		Skupaj	510	77,9	100,0
	Manjkajoči	Preskok	145	22,1	
	Skupaj	655	100,0		



**Tabela 30: Analiza načina ocene uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta (sklop G)**

G45: Ali ste prebrali literaturo (članke, knjige, priročnike ali druge vire), ki govori o oceni uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta?			n	%	Veljavni %
Veljavni	Ne		361	55,1	55,1
	Da		294	44,9	44,9
	Skupaj		655	100,0	100,0
G46: Ali ste že slišali o oceni uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta na notranjih izobraževanjih ali strokovnih konferencah?			n	%	Veljavni %
Veljavni	Ne		282	43,1	43,1
	Da		373	56,9	56,9
	Skupaj		655	100,0	100,0
G47: Ali medicinske sestre v vaši enoti ocenjujejo uporabo protibolečinske črpalke s strani pacienta?			n	%	Veljavni %
Veljavni	Ne		243	37,1	37,1
	Da		299	45,6	45,6
	Ne vem		113	17,3	17,3
	Skupaj		655	100,0	100,0
G48: Ali imate druge vire informacij o oceni uporabe protibolečinske črpalke s strani pacientov?			n	%	Veljavni %
Veljavni	Ne		558	85,2	85,2
	Da		97	14,8	14,8
	Skupaj		655	100,0	100,0
G49: Ali bi morale medicinske sestre oceniti uporabo protibolečinske črpalke s strani pacienta?			n	%	Veljavni %
Veljavni	Ne		17	2,6	3,5
	Da		318	48,5	66,0
	Neodločen		147	22,4	30,5
	Skupaj		482	73,6	100,0
Manjkajoči	Preskok		173	26,4	
	Skupaj		655	100,0	
G50: Ali ocenjujete uporabo PCA s strani pacienta?			n	%	Veljavni %
Veljavni	Ne, nikoli		167	25,5	34,6
	Da, včasih		237	36,2	49,2
	Da, vedno		78	11,9	16,2
	Skupaj		482	73,6	100,0
Manjkajoči	Preskok		173	26,4	
	Skupaj		655	100,0	

**Tabela 31: Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini (sklop H)**

H51: Ali ste prebrali kakšno literaturo (članke, knjige, priročnike in druge vire), ki daje prednost upoštevanju pacientovega poročila o bolečini pred njegovim vedenjem in vitalnimi znaki?			n	%	Veljavni %
Veljavni	Ne	387	59,1	59,1	
	Da	268	40,9	40,9	
	Skupaj	655	100,0	100,0	
H52: Ste že slišali o dajanju prednosti upoštevanju pacientovih poročil pred njegovim vedenjem in vitalnimi znaki na internih izobraževanjih ali drugih strokovnih konferencah?			n	%	Veljavni %
Veljavni	Ne	389	59,4	59,4	
	Da	266	40,6	40,6	
	Skupaj	655	100,0	100,0	
H53: Ali medicinske sestre pri vas upoštevajo pacientovo poročilo bolečine bolj kot vedenje bolnika in vitalne znake?			n	%	Veljavni %
Veljavni	Ne	170	26,0	26,0	
	Da	314	47,9	47,9	
	Ne vem	171	26,1	26,1	
	Skupaj	655	100,0	100,0	
H54: Ali imate kakšne druge vire informacij o upoštevanju pacientovega poročila o bolečini?			n	%	Veljavni %
Veljavni	Ne	597	91,1	91,1	
	Da	58	8,9	8,9	
	Skupaj	655	100,0	100,0	
H55: Ali bi morali pacientovo poročilo o bolečini bolj upoštevati kot vedenje pacienta ali vitalne znake?			n	%	Veljavni %
Veljavni	Ne	57	8,7	13,0	
	Da	200	30,5	45,7	
	Neodločen	181	27,6	41,3	
	Skupaj	438	66,9	100,0	
Manjkajoči	Brez odgovora	2	,3		
	Preskok	215	32,8		
	Skupaj	217	33,1		
Skupaj		655	100,0		
H56: Ali vi upoštevate pacientovo poročilo o bolečini bolj kot vedenje pacienta ali vitalne znake?			n	%	Veljavni %
Veljavni	Ne, nikoli	54	8,2	12,4	
	Da, včasih	284	43,4	65,1	
	Da, vedno	98	15,0	22,5	
	Skupaj	436	66,6	100,0	
Manjkajoči	Brez odgovora	4	,6		
	Preskok	215	32,8		
	Skupaj	219	33,4		
Skupaj		655	100,0		

**Tabela 32: Dosedanja praksa z vodenjem bolečine (frekvenčne porazdelitve – veljavni deleži)**

	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Skoraj vedno
B9. Ko ocenjujem bolečino, pacienta vprašam o vrsti bolečine.	0,3	2,9	9,9	25,8	61,1
B10. Uporabljam numerično ali verbalno bolečinsko lestvico za oceno jakosti bolečine.	4,1	6,9	10,8	27,8	50,4
B11. Ko pacient poroča o nezadostnem lajšanju bolečine, ne kličem zdravnika, ampak počakam, da pride na vizito.	46,6	31,0	12,7	3,5	6,3
B12. Pacientovo bolečino ocenim tako, da ga vprašam o stopnji bolečine.	0,6	2,1	7,3	31,6	58,3
B13. Vrednotim učinkovitost intervencijskih ukrepov za lajšanje bolečine	3,1	4,7	15,1	41,2	35,9
B14. Po ocenitvi pacientove bolečine ga vprašam, ali želi/potrebuje zdravila za lajšanje bolečine.	0,9	1,2	4,9	26,1	66,9
B15. Pri presoji načrta zdravstvene nege za svojega pacienta ocenim trajanje bolečine.	3,4	7,8	18,3	41,8	28,7
B16. Ko dam pacientu oralni in/ali intravenski analgetik, se vrnem k njemu po 30–45 minutah, da ocenim stopnjo zmanjšanja bolečine.	1,4	2,6	12,1	29,5	54,4
B17. Pacientovo lastno oceno bolečine zapisujem v njegovo zdravstveno dokumentacijo.	6,7	7,3	12,7	20,3	52,9
B18. Raje počakam, da pacient sam pove, da ga boli, ali da sam zahteva analgetik, kot da ga vprašam, ali potrebuje dodatna zdravila proti bolečini.	37,1	40,8	10,2	7,0	4,9
B19. Zapisujem, koliko časa (v odstotkih) je zdravljenje bolečine učinkovito.	40,8	24,4	15,7	11,0	8,1

**Tabela 33: Občutene potrebe po spremembi (frekvenčne porazdelitve – veljavni deleži)**

	Močno se ne strinjam	Se ne strinjam	Neodločen	Se strinjam	Močno se strinjam
C20. Bolečino na našem oddelku na splošno dobro obvladujemo.	1,2	2,3	3,5	54,8	38,2
C21. Nezadostno lajšanje bolečine je pogosto.	15,0	55,1	14,5	12,5	2,9
C22. Moji sodelavci podcenjujejo resnost bolečine pri pacientu.	26,7	53,4	11,0	7,2	1,7

	Močno se ne strinjam	Se ne strinjam	Neodločen	Se strinjam	Močno se strinjam
C23. Sem bolj zavzet/-a za nadzor pacientove bolečine kot moji sodelavci.	14,0	48,5	25,8	8,2	3,4
C24. Pacienti so deležni ustreznega lajšanja bolečin v vseh treh izmenah.	1,1	2,9	5,5	40,9	49,6
C25. Zdravniki in medicinske sestre se preveč zlahka sprijaznijo z nezadostno lajšano bolečino pri pacientu.	22,3	52,1	14,8	7,9	2,9

**Tabela 34: Pripravljenost sprejeti novosti (frekvenčne porazdelitve – veljavni delež)**

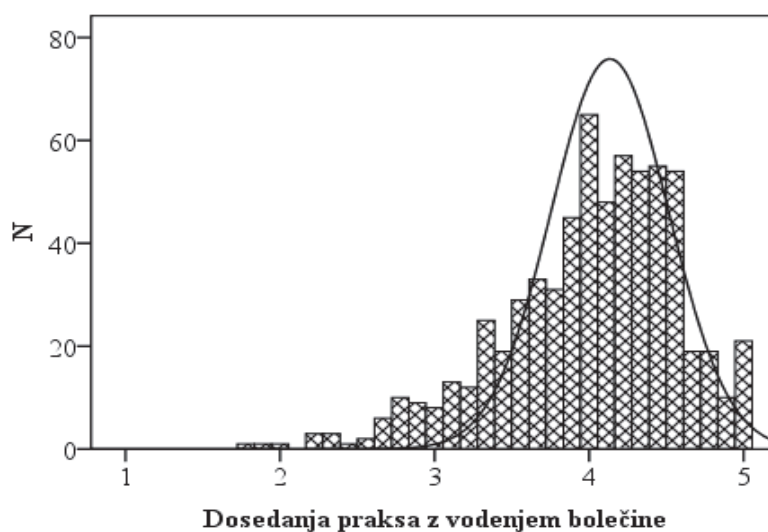
	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Skoraj vedno
D26. Povezujem se z drugimi medicinskimi sestrami zunaj svojega delovnega okolja (iz drugih oddelkov/enot).	10,2	25,2	36,9	22,6	5,0
D27. Imam se za neformalnega vodjo v svojem delovnem okolju.	56,2	18,5	16,2	7,0	2,1
D28. Moji sodelavci me vprašajo za mnenje v zvezi z novimi idejami/prakso.	4,6	17,9	49,9	22,3	5,3
D29. Poskušam uvesti nove ideje v prakso, ko rezultati raziskav pokažejo svojo vrednost.	16,3	31,8	34,8	12,7	4,4
D30. Nerad/-a preizkušam nekaj novega, če nisem videl/-a, da se nekaj podobnega v praksi že izvaja.	16,8	34,6	34,7	10,4	3,5
D31. Potrebujem spodbudo drugih, predno začnem delati nekaj novega.	23,1	35,3	30,2	9,9	1,5

**Tabela 35: Norme družbenega sistema (frekvenčne porazdelitve – veljavni delež)**

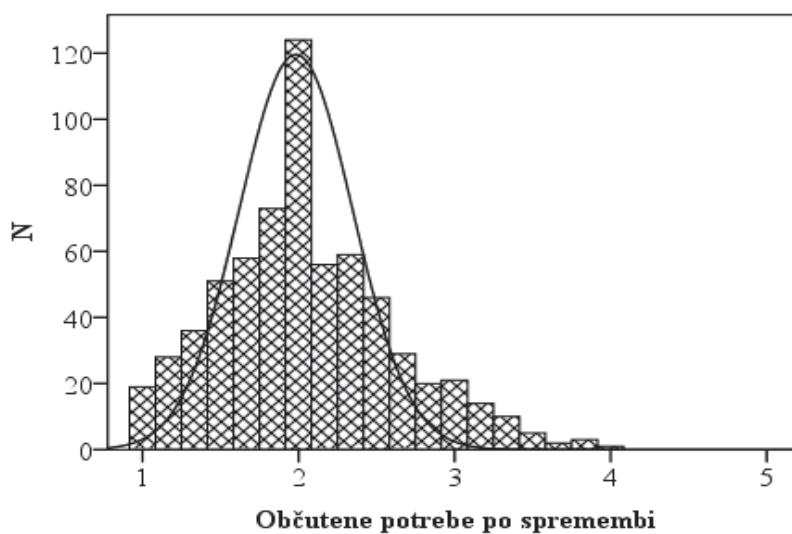
	Močno se ne strinjam	Se ne strinjam	Neodločen	Se strinjam	Močno se strinjam
E32. Zdravniki pogosto neradi predpisujejo opioidne analgetike.	10,7	39,7	28,2	18,0	3,4
E33. Medicinske sestre pogosto nerade dajejo opioidne analgetike.	12,5	49,6	25,6	11,0	1,2
E34. Zdravniki večkrat ne sodelujejo ob prošnjah za dodatni analgetik, če se to zgodi zunaj delovnega časa.	13,4	49,2	19,8	13,7	3,8
E35. Ni dovolj časa za izvajanje nadzora za vodenje bolečine.	15,1	49,9	18,2	14,7	2,1
E36. Medicinske sestre oklevajo, da bi poklicale zdravnika, če bolečina ni bila zadostno olajšana.	24,6	52,5	12,1	10,2	0,6
E37. Zdravniki običajno odredijo premajhen odmerek analgetika s predolgimi intervali.	11,9	48,1	26,7	11,9	1,4
E38. Opioidni analgetiki se predpisujejo manj pogosto, kot je potrebno zaradi stranskih učinkov, kot so slabost in/ali obstipacija.	8,9	45,5	27,2	16,6	1,8



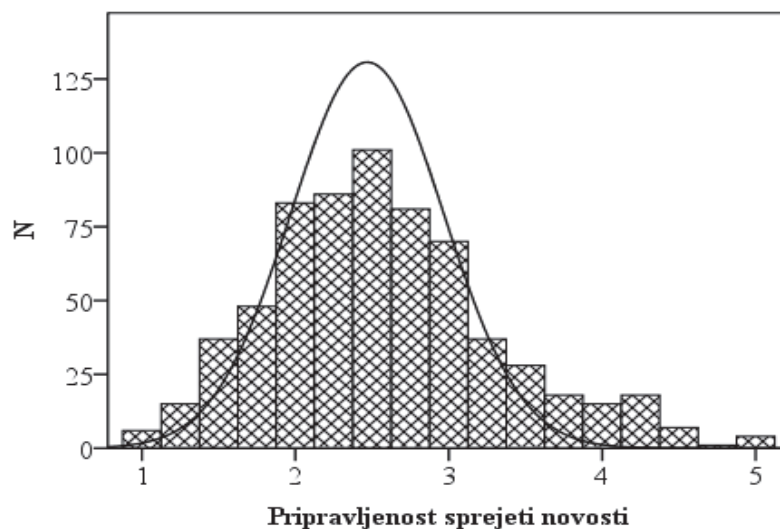
### 6.3 MATRIKA PODATKOV



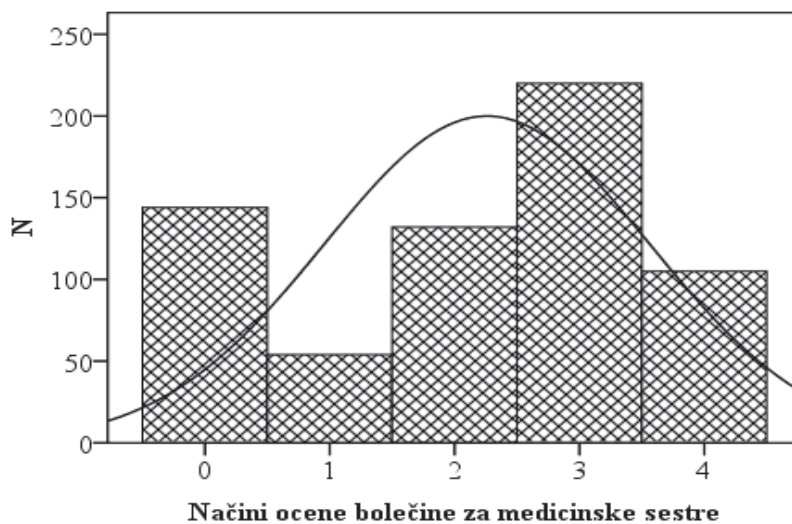
Slika 3: Histogram (indeks »Dosedanja praksa z vodenjem bolečine«)



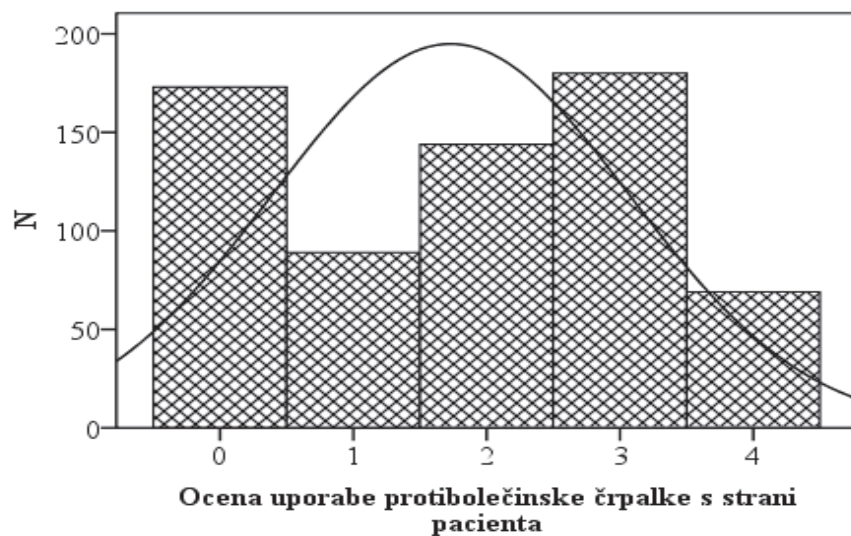
Slika 4: Histogram (indeks »Občutene potrebe po spremembi«)



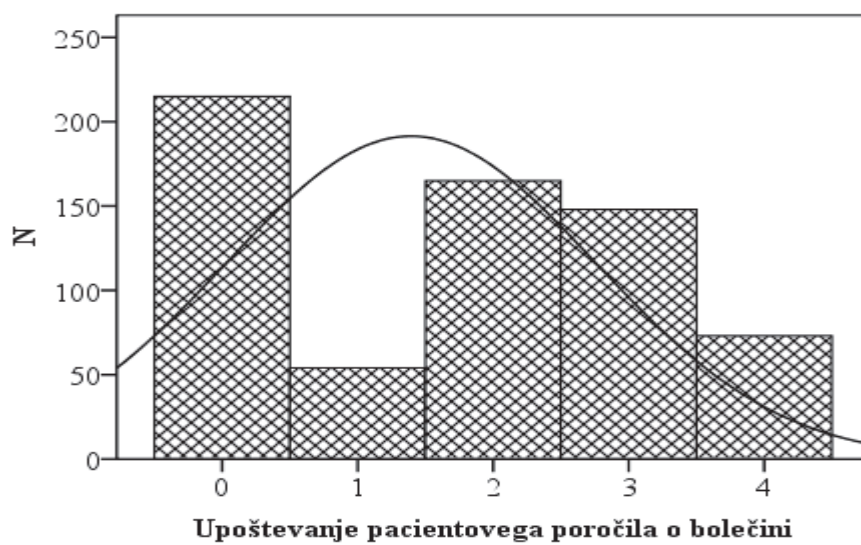
**Slika 5: Histogram (indeks »Pripravljenost sprejeti novost«)**



**Slika 6: Histogram (indeks »Načini ocene bolečine za medicinske sestre«)**

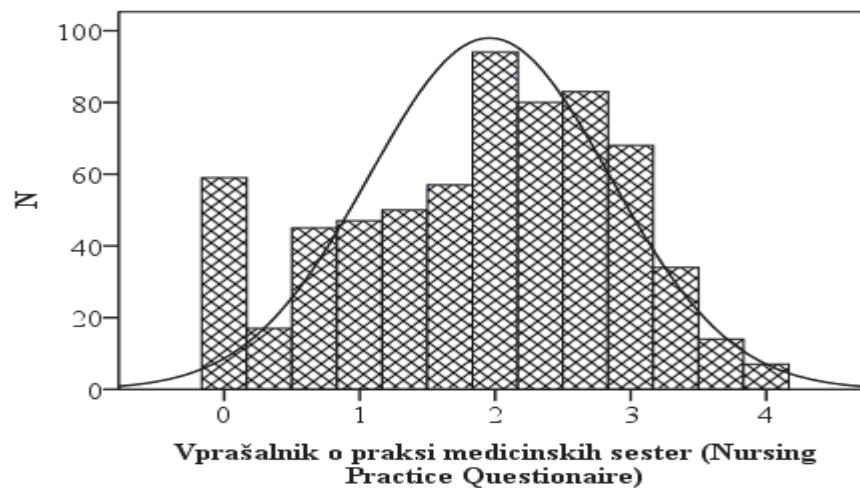


**Slika 7: Histogram (indeks »Ocena uporabe protibolečinske črpalke s strani pacienta«)**



**Slika 8: Histogram (indeks »Upoštevanje pacientovega poročila o bolečini«)**





Slika 9: Histogram (indeks » Vprašalnik o praksi medicinskih sester«)