



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice
College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z
AKUTNO BOLEČINO PO OPERATIVNEM
POSEGU**

**NURSING CARE OF PATIENT WITH ACUTE
PAIN AFTER SURGERY**

Mentor: Miroslava Straunik, pred.

Kandidat: Tanja Ravnikar

Somentor: Marija Mežik Veber, strok. sod.

Jesenice, april, 2013

ZAHVALA

V prvi vrsti bi se rada zahvalila mentorici Miroslavi Straunik, pred., in somentorici Mariji Mežik Veber, strok. sod., za strokovne nasvete, usmeritve in potrpežljivost pri pisanju diplomskega dela. Hvala za vse tople besede in prijazne nasmeh.

Hvala recenzentoma izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič in mag. Miranu Remsu, viš. pred., za strokovno pomoč in ves vložen trud.

Hvala Splošni bolnišnici Jesenice za dovoljenje pri izvajanju raziskave. Iskreno se zahvaljujem vsem pacientom, ki so dobrovoljno sodelovali v raziskavi.

Zahvala gre tudi Aleksandru Novaku za pomoč pri iskanju literature.

Posebno zahvalo pa si zasluži moja družina, posebno moja mama, sestra in partner, ker so vseskozi verjeli vame in me spodbujali.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Akutna pooperativna bolečina je neprijetna senzorična izkušnja in simptom kirurške poškodbe tkiva, ki lahko vodi v številne zaplete. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri ocenjevanju pooperativne bolečine s pomočjo ocenjevalnih lestvic ter izvajanju aktivnosti za lajšanje bolečine na farmakološki ali nefarmakološki način. Pri izvedbi aktivnosti je ključnega pomena komunikacija s pacientom.

Cilj: Cilj diplomskega dela je ugotoviti pomanjkljivosti na področju lajšanja akutne pooperativne bolečine.

Metoda: Raziskava je bila osnovana na kvantitativnem raziskovanju. Uporabljen je bil vprašalnik, zasnovan na deskriptivni metodi dela. Raziskava je bila izvedena med pacienti, ki so bili sprejeti v Splošno bolnišnico Jesenice za načrtovan operativni poseg *totalna endoproteza kolka*. Za analizo rezultatov je bilo uporabljenih 55 vprašalnikov. Sodelovalo je 36 žensk (65,5 %) in 19 moških (34,5 %). Dovoljenje za izvedbo raziskave je bilo pridobljeno s strani etične komisije Splošne bolnišnice Jesenice in s strani anketiranca s podpisano izjavo za sodelovanje v raziskavi. Za analizo rezultatov je bil uporabljen program SPSS Statistic, za posamezne rezultate pa je bila izračunana najmanjša, največja in povprečna vrednost ter standardni odklon.

Rezultati: Anketiranci so ocenili, da so bili pred operativnim posegom poučeni o pooperativni bolečini (PV = 4,18), da so jih medicinske sestre vsaj enkrat na izmeno povprašale o bolečini (PV = 4,64), da so pri lajšanju bolečine sodelovale z njimi (PV = 4,47) ter da so v splošnem zadovoljni z lajšanjem pooperativne bolečine (PV = 8,56 na lestvici od 0 do 10).

Razprava: Rezultati raziskave so pokazali, da medicinske sestre pogosto ocenjujejo bolečino, vendar pri tem premalo uporabljajo lestvice za ocenjevanje bolečine, pacienti pa o lestvicah niso zadostno poučeni. Anketiranci so ocenili, da predhoden pogovor o pooperativni bolečini nanje nima večjega vpliva, sicer pa so zadovoljni z lajšanjem pooperativne bolečine, kljub temu da so po operativnem posegu navajali precej hude bolečine.

Ključne besede: akutna pooperativna bolečina, lajšanje bolečine, ocenjevanje bolečine, medicinska sestra

SUMMARY

Theoretical basis: Acute postoperative pain is an unpleasant experience and a symptom of surgical tissue damage, which can lead to postoperative complications. The nurse practitioner has an important role in postoperative pain assessment using different rating scales and implementing pharmacological or non pharmacological pain relief treatments. Communication with patients is crucial in implementing treatments.

Aim: The aim of the thesis is to identify deficiencies in the field of postoperative pain management.

Method: The study was based on quantitative research with a questionnaire based on the descriptive method of work. The survey was conducted among patients admitted to the General Hospital Jesenice for a planned surgery - *total hip endoprosthesis*. The analysis consists of 55 questionnaires, of which 36 are women (65,5 %) and 19 men (34,5 %), with permission to conduct the study granted by the ethics committee of the hospital and by the respondent with a signed declaration of participation. SPSS Statistic software was used for the analysis of results and for individual results the minimum and maximum value, mean and standard deviation were calculated.

Results: Respondents indicated that they were: well informed in regard to postoperative pain prior to the surgery (mean = 4.18); that the nurse practitioners assessed their pain at least once per staffing round (mean = 4.64); that the nurse practitioners cooperated with them in the pain relief treatment (mean = 4.47); and that they were generally satisfied with the postoperative pain relief management (mean = 8.56 on a scale of 0 to 10).

Discussion: The results showed that the nurse practitioners often assessed pain but that this is done infrequently with the use of rating scales, and that the patients are not sufficiently educated about rating scales used for pain assessment. Respondents assessed that pre-surgery discussions of postoperative pain did not have a major impact on them, but in general they were satisfied with the postoperative pain relief management regardless of having experienced rather severe postoperative pain.

Key words: acute postoperative pain, pain relief management, pain assessment, nurse practitioner

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	OPREDELITEV BOLEČINE	3
2.1.1	Fiziologija bolečine	3
2.1.2	Vpliv bolečine na organske sisteme	5
2.1.3	Akutna pooperativna bolečina	6
2.2	OCENJEVANJE IN MERJENJE BOLEČINE	8
2.2.1	Lestvice za ocenjevanje bolečine	9
2.2.2	Vloga medicinske sestre pri ocenjevanju bolečine	12
2.2.3	Bolečina kot vitalni znak	14
2.3	NAČINI LAJŠANJA BOLEČINE	15
2.3.1	Farmakološki načini lajšanja bolečine	17
2.3.2	Nefarmakološki načini lajšanja bolečine	20
2.4	POMEN KOMUNIKACIJE PRI LAJŠANJU BOLEČINE	21
3	EMPIRIČNI DEL	24
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	24
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	24
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	25
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	25
3.3.2	Opis merskega instrumenta	25
3.3.3	Opis vzorca	26
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	28
3.4	REZULTATI	29
3.5	RAZPRAVA	37
4	ZAKLJUČEK	42
5	LITERATURA	44
6	PRILOGE	48
6.1	INSTRUMENT	48

KAZALO SLIK

Slika 1: Fiziološke posledice poškodbe tkiva in akutne bolečine	6
Slika 2: Vizualna analogna lestvica.....	11
Slika 3: Slikovna (obrazna) lestvica	12
Slika 4: Prikaz deleža moških in ženskih anketirancev	27
Slika 5: Prikaz stopnje izobrazbe anketirancev	28
Slika 6: Prikaz ocene bolečine po operativnem posegu	34
Slika 7: Prikaz ocene zadovoljstva z zdravljenjem pooperativne bolečine	35
Slika 8: Prikaz ocene vpliva pooperativne bolečine na zadovoljstvo z zdravljenjem v bolnišnici	36

KAZALO TABEL

Tabela 1: Besedne lestvice za ocenjevanje bolečine	9
Tabela 2: Koraki obravnave bolečine po algoritmu ABCDE.....	13
Tabela 3: Vrste analgetične terapije glede na VAS	17
Tabela 4: Seznanjenost z zdravljenjem pooperativne bolečine	30
Tabela 5: Ocenjevanje in lajšanje bolečine	32

1 UVOD

Bolečina je kompleksna izkušnja posameznika, ki je sestavljena iz več elementov ter vpliva na fizično, psihično in socialno funkcioniranje pacienta. Pojav bolečine je odvisen od pacientovega bolečinskega praga, njegove sposobnosti prenašanja bolečine in tudi od strahu, izčrpanosti, neznanja ter osebnostnih, bioloških in kulturnih dejavnikov pacienta (Ščavničar, 2004).

Znano je, da ima bolečina velik vpliv na pacientovo počutje in zadovoljstvo z zdravljenjem v bolnišnici, a žal se pogosto srečujemo s primeri pacientov, ko kooperativna bolečina ni ustrezno zdravljena.

Navkljub dokazom o škodljivosti bolečine ter znatnem napredku na področju lajšanja le-te, številni pacienti niso deležni primerne protibolečinske obravnave (Svilenković, 2009). V dnevni praksi še vedno opazimo primere nepoznavanja in nepriznavanja bolečine, nezmožnost pacientov za ocenjevanje le-te ter celo primere, ko se pacienti bojijo odvisnosti od analgetikov in škodljivega vpliva analgetikov na zdravje (Dolžan Lindič, Selan, Pergarec Žansky, 2008).

Prvi korak k zdravljenju bolečine je prepoznavanje in ocenjevanje, pri katerem ima medicinska sestra zelo veliko vlogo. Pri prepoznavanju bolečine ni pomembno le poznavanje lestvic za ocenjevanje bolečine, temveč tudi medsebojen odnos med medicinsko sestro in pacientom. Občutek pacienta, da lahko zaupa medicinski sestri ter da mu ta verjame, mu bo omogočil, da bo brez strahu pravočasno izrazil bolečino, s tem pa bo lajšanje bolečine bolj učinkovito in posledično tudi pacientovo zadovoljstvo večje.

Učinkovito zdravljenje bolečine v kooperativnem obdobju ima velik vpliv na preprečevanje in prepoznavanje zapletov po operaciji ter na hitrejše okrevanje pacienta po posegu. Najpomembnejši dejavnik pri zdravljenju bolečine je ocenjevanje in merjenje le-te. Puntillo in Wilkie (1991 povz. po Kamenik, 2008, str. 40) sta ocenjevanje bolečine definirala kot "individualno ovrednotenje posameznikovega doživetja bolečine, ki vključuje občutenje bolečine same, kakor tudi čustveni, fiziološki, zaznavni in vedenjski odgovor na bolečino". Ocenjevanje in merjenje bolečine je kompleksno ter zelo težavno, kar potrjujejo tudi številne metode za vrednotenje

bolečine. Dokazano je, da je samoocenjevanje najučinkovitejša metoda ocenjevanja in merjenja bolečine (Kamenik, 2008).

Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacientove bolečine je ocenjevanje stanja in potreb pacienta, preprečevanje bolečine ter spremljanje stanja skozi verbalno in neverbalno komunikacijo. Medicinska sestra podpira pacientove metode za obravnavo bolečine, opravlja zdravstveno vzgojno delo ter izvaja farmakološke in nefarmakološke intervencije za lajšanje bolečine. Medicinska sestra je pacientov glavni zagovornik. Njun medsebojen odnos je po naravi partnersko-terapevtski in se preko komuniciranja razvija že od samega začetka (Ščavničar, 2004).

Pri tako različnih vlogah v obravnavi bolečine se medicinska sestra sooča s številnimi izzivi, kot so: razlike med spoloma, neznanje in zmotno mišljenje pacienta, nezadostna sredstva za lajšanje bolečine, neprimerne metode ocenjevanja bolečine ter strah pacienta pred odvisnostjo (Oware-Gyekye, 2008).

Zagotovo lahko pacientovo dojetje pooperativne bolečine omilimo s predhodnim izobraževanjem, s seznanitvijo z metodami lajšanja bolečine, s predstavitvijo ocenjevalnih lestvic in z dejstvom, da bo po operativnem posegu imel bolečine. Na ta način pacienta pripravimo na obdobje, ki je pred njim, omilimo njegov strah in mu ponudimo priložnost za razrešitev njegovih vprašanj in skrbi. Poskrbimo, da se počuti varnega ter da se zaveda, da mu bo po operativnem posegu nekdo stal ob strani in mu pomagal pri lajšanju bolečin.

Paciente je potrebno poučevati o pooperativni bolečini in zdravljenju le-te, hkrati pa bi morali zdravstveni delavci pooperativni bolečini namenjati več pozornosti. Z namenom, izboljšati zdravljenje pooperativne bolečine, so organizirane službe za lajšanje bolečine, ki jih sestavljajo različni strokovnjaki (Krčevski Škvarč, 2005). Danes imamo na voljo raznoliko paleto učinkovitih terapevtskih shem za zdravljenje akutne pooperativne bolečine, zato lahko vzroke za neučinkovito in neustrezno zdravljenje iščemo v človeškem dejavniku (Flis, 2008).

Zdravljenje akutne pooperativne bolečine je kompleksen problem, ki zahteva sodelovanje pacienta, medicinske sestre, zdravnika in ostalih članov multidisciplinarnega tima ter s tem omogoča ugodno razrešitev za pacienta – stanje brez bolečin. Slednje pa je po Helsinški deklaraciji osnovna človekova pravica (Carr, 2007).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 OPREDELITEV BOLEČINE

Bolečina je pojem, ki ga težko opredelimo, vendar Požlep (2008, str. 43) meni, da jo najbolje opredeli definicija po IASP – International Association for the Study of Pain kot neprijetno senzorično izkušnjo, povezano z dejansko ali potencialno poškodbo tkiva. Ta opredelitev dopušča možnost, da bolečina ne nastane izključno kot posledica poškodbe.

Bolečina je kompleksna izkušnja posameznika. Največkrat je znak, da je nekaj narobe z zdravjem, vedno pa vpliva na počutje in kakovost življenja posameznika (Ščavničar, 2004). McCaffery pravi, da je bolečina prisotna kjer koli ali kadar koli posameznik izrazi, da jo čuti oziroma doživlja, in je tako močna, kot jo sam ocenjuje (povz. po Ščavničar, 2004). To medicinsko sestro zavezuje, da mora vedno verjeti pacientu, ki toži za bolečino, ne glede na to, ali je vzrok bolečine poznan ali ne.

Bolečino lahko ponazorimo s tremi krogi. Prvi predstavlja čustveno komponento, drugi razumsko, tretji krog pa telesno komponento. Mesto, kjer se krogi prekrivajo, je področje občutene bolečine. Prekrivanje posameznih komponent kaže na to, da je občutenje bolečine različno pri vsakem posamezniku. Čustvena komponenta je odvisna od duševnega stanja, razumska komponenta pa od izkušnje, motivacije in sposobnosti razumske presoje posameznika (Štor, 2008).

Toleranca za bolečino se razlikuje od posameznika do posameznika, lahko pa niha pri isti osebi, odvisno od okoliščin. Bolečinski prag je dražljajsko specifičen, kar pomeni, da določen dražljaj vedno izzove pojav bolečine (ibid.).

2.1.1 Fiziologija bolečine

Poškodba tkiva oz. potencialna poškodba vodi do nenadne ostre bolečine, ki se prevaja po A δ živčnih vlaknih. Takoj zatem nastopi malce drugačna, manj ostra bolečina, ki se prevaja po C živčnih vlaknih. Izvor akutne bolečine je lahko v koži, globokih somatskih ali visceralnih strukturah (Požlep, 2008).

Bolečinska pot je specifična živčna pot, ki poteka od perifernih receptorjev do najvišjih ravni osrednjega živčnega sistema. Potek dogodkov od dražljaja pa do zaznavanja bolečine imenujemo nocicepcija (Pirc, 2002a). Ta proces zajema štiri faze:

1. vzburjenje,
2. prenašanje,
3. sooblikovanje,
4. zaznavanje.

Vzburjenje predstavlja nastanek dražljaja na bolečinskih receptorjih. Bolečinsko dogajanje se prične na celičnem nivoju, ko živčne končiče vzdražijo mehanski, toplotni ali kemični dražljaji (ibid.).

Prenašanje bolečinskega dražljaja poteka po živčnih vlaknih do centralnega živčnega sistema, kjer pride do avtonomnega motoričnega odgovora – umaknitveni refleksi (ibid.).

Sooblikovanje pomeni modulacijo začetnega dražljaja, ki se pod vplivom vzburjevalnih in zaviralnih dogajanj spremeni. V prenosu sodelujejo številni prenašalci (aminske kisline – glutamat, aspartat, snov P, nevrokinin A) in receptorji (opoidni, serotoninški, adrenergični, acetilholinski, GABA, NMDA) (ibid.).

Zaznavanje je zavestno doživljanje bolečinskega dražljaja, ko le-ta doseže možgansko skorjo. Občutek bolečine je vedno individualen, odvisen od preteklih izkušenj in pričakovanj. Nezavestna oseba bolečine ne more izkusiti, nanjo se le odzove z zaščitnimi refleksi (ibid.).

Dejavniki, ki vplivajo na pojav bolečine, so po Ščavničar (2004) velikokrat premalo upoštevani v vsakodnevni praksi. Ti dejavniki so:

- bolečinski prag,
- sposobnost za prenašanje bolečine,
- strah pred bolečino,
- utrujenost, izčrpanost, nenaspanost,
- neznanje, negotovost, neobveščenost,
- kultura, vrednote in prepričanje.

2.1.2 Vpliv bolečine na organske sisteme

Bolečina vpliva na različne organske sisteme, zato je tudi nabor znakov in simptomov bolečine zelo pester. Akutna bolečina se lahko kaže kot:

- tahikardija,
- hipertenzija,
- vazokonstrikcija,
- znojenje,
- hitro in plitvo dihanje,
- spazem skeletnih mišic,
- zvečana gastrointestinalna sekrecija,
- zmanjšana intestinalna mobilnost,
- povečan tonus sfinktrov,
- retenca urina,
- venska staza,
- anksioznost, zmedenost, delirij (Požlep, 2008).

Bolečina na *srčno-žilni sistem* vpliva preko zvišane srčne frekvence, zvišanega perifernega upora, tako pa se zvišata krvni tlak in minutni volumen srca. Posledično mora srčna mišica opraviti več dela, potrebuje več kisika, kar lahko vodi do hipoksemije. Eden od znakov bolečine je tudi vazokonstrikcija, ki lahko povzroči ishemijo miokarda ter ne nazadnje tudi angino pectoris ali celo akutni miokardni infarkt, za kar so še posebej ogroženi pacienti s srčnimi obolenji (ibid., str. 44).

Vpliv bolečine na *respiratorni sistem* je večji pri bolečini v zgornjem delu trebuha in v prsnem košu, saj se ob vsaki dihalni akciji le-ta še poveča. Posledično pacienti zavestno poskušajo zmanjšati vse tovrstne gibe, kar povzroči manjši dihalni volumen, manjšo vitalno in funkcionalno rezidualno kapaciteto ter manjšo alveolarno ventilacijo, to pa vodi v zapiranje malih dihalnih poti (ibid.).

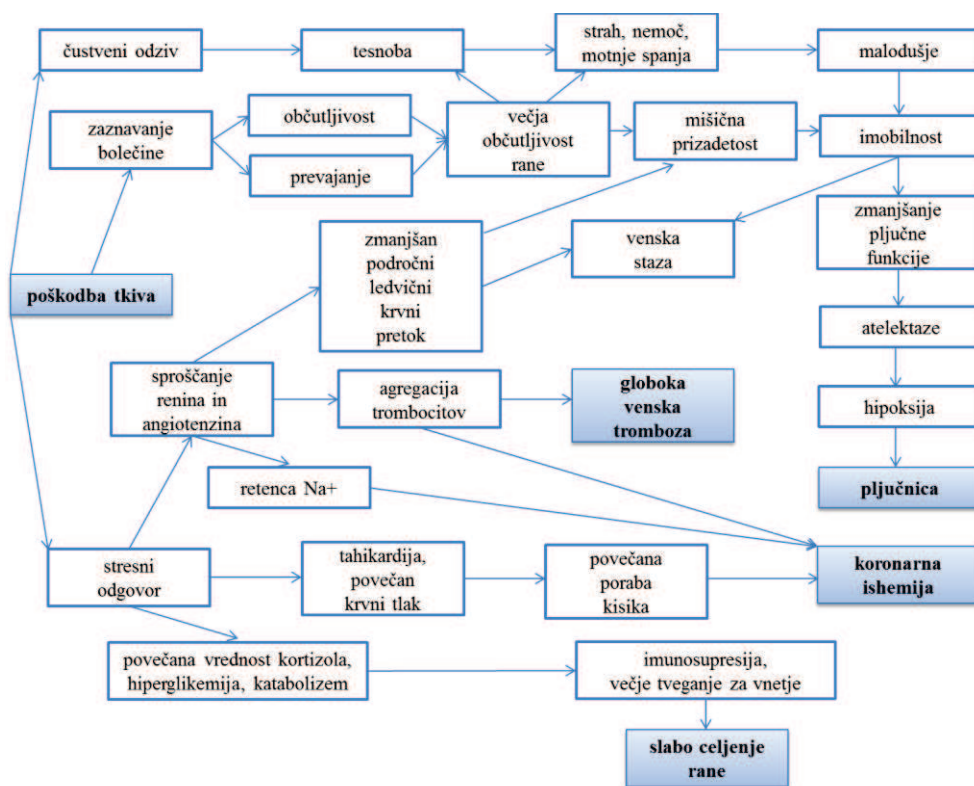
Bolečina ima pomemben vpliv tudi na *gastrointestinalni in urogenitalni sistem*. Poveča sekrecijo želodčnih sokov, tonus sfinktrov, ki lahko vodi v retenco urina, zmanjša gibljivost črevesja in povzroči paralitični ileus. Vse te posledice bolečine pa lahko povzročijo novo bolečino, kar sklene začaran krog. Bolečina vpliva na metabolne in

nevrohormonalne procese ter potencialno privede do hiperglikemije, lipolize, imunosupresije, poveča izločanje antidiuretičnega hormona, katabolizem proteinov in koagulabilnost krvi (ibid.).

McMain (2008) pravi, da ima bolečina vpliv tudi na kognitivne funkcije in vedenje ter se kaže kot spremenjeno zaznavanje pojava bolečine, motnje pozornosti, strah, zaskrbljenost, tesnoba, slabo razpoloženje, nespečnost, jeza, depresija ipd.

2.1.3 Akutna pooperativna bolečina

Krčevski Škvarč (2005) pravi, da z operativnim zdravljenjem povzročamo kirurško poškodbo tkiva, ki v organizmu sproži številna škodljiva dogajanja. Osnovni simptom te poškodbe je akutna pooperativna bolečina. Akutna bolečina sama ima pozitivno fiziološko funkcijo, saj nas opozori na to, da je oziroma bo v organizmu prišlo do fizične poškodbe. Ko poškodba tkiva že nastane – operativni poseg, ta bolečina nima več pozitivne fiziološke funkcije, kar lahko vodi v številne zaplete (slika 1).



Slika 1: Fiziološke posledice poškodbe tkiva in akutne bolečine
Vir: Krčevski Škvarč (2005, str. 30)

Na akutno pooperativno bolečino vplivajo številni dejavniki:

- predoperativna bolečina in stanje pacienta,
- informiranost pacienta in predhodne izkušnje,
- anestezijska tehnika za operativni poseg,
- invazivnost operativne tehnike (Krčevski Škvarč, 2005).

Akutna pooperativna bolečina je pričakovana in praviloma s celjenjem tkiv pojenja, zato je tudi dostopna za učinkovito zdravljenje. Akutna bolečina je predvsem vnetna bolečina. Vnetje je proces zraščanja tkiv, ki se kaže kot rdečina, oteklina in bolečina. Poleg bolečinskih receptorjev pa so med operativnim posegom prizadeta tudi živčna vlakna, kar lahko spremeni dogajanje v hrbtenjači, kjer se bolečinski dražljaji preklapljajo in širijo navzgor ali navzdol (Štor, 2008).

Nezadostno lajšana pooperativna bolečina je danes še vedno stalnica, kljub pomembnim tehničnim napredkom, številnim raziskavam in raznovrstnim tehnikam lajšanja bolečine. Verjetno bi bilo najučinkovitejše, če bi se izvajalci osredotočili na lastno prakso z namenom, izboljšati ocenjevanje in lajšanje bolečine. Ključ do uspeha je natančen pregled trenutnih postopkov ocenjevanja in lajšanja bolečine (Bell, Duffy, 2009).

Popolna odsotnost akutne pooperativne bolečine ni vedno možna, zato je pomembno obvladovanje, ki ima štiri cilje:

- zmanjšanje incidence in jakosti akutne pooperativne bolečine;
- spodbujanje pacientov, da spregovorijo o bolečini in tako dosežejo ustrezno lajšanje akutne pooperativne bolečine;
- doseči čim večje udobje in zadovoljstvo pacientov;
- zmanjšati pooperativne zaplete in doseči skrajšanje zdravljenja (Elkin, Perry, Potter, 2000 povz. po Svilenković, 2009, str. 7).

Učinkovito lajšanje akutne bolečine je zelo velikega pomena, saj na ta način stabiliziramo vitalne funkcije pacienta, hkrati pa pomembno zmanjšamo nastanek kronične bolečine, ki je za zdravljenje precej bolj zahtevna (Požlep, 2008).

Kompleksna narava bolečine le do določene mere pojasnjuje, zakaj še vedno veliko pacientov trpi hude pooperativne bolečine. Dandanes imamo na voljo dovolj učinkovitih terapevtskih shem, vprašanje pa je, ali jih dobro, ustrezno in učinkovito uporabljamo. Vzroke za neučinkovito in neustrezno zdravljenje akutne pooperativne bolečine je potrebno poiskati v tako imenovanem človeškem dejavniku (Flis, 2008).

2.2 OCENJEVANJE IN MERJENJE BOLEČINE

Medicinska sestra mora ocenjevati bolečino skupaj s pacientom, pri tem pa je potrebno vzpostaviti zaupen odnos. Pacienta mora poslušati in ga vzeti resno. Čeprav sodi ocenjevanje bolečine med naloge medicinske sestre, jo zaradi njene subjektivne narave lahko natančno oceni le pacient (Ščavničar, 2004). Bolečino je potrebno oceniti pred in po aplikaciji analgetikov (Bell, Duffy, 2009).

Ocenjevanje bolečine pri otrocih zagotovo predstavlja dodaten izziv. Strokovnjaki tega področja se poslužujejo različnih iger, preko katerih otrok oceni svojo bolečino. Brložnik (2002) navaja igro s kockami, krogli ali drugimi igračkami, pri čemer ena mala kocka (ali druga igračka) predstavlja majhno bolečino, vsaka dodatna kocka (ali druga igračka) pa večjo. Otrok bolečino oceni glede na število kock, ki po njegovem mnenju predstavljajo jakost bolečine. V uporabi so tudi lestvice od nasmeha do solz. Pri novorojenčkih, dojenčkih in zelo malih otrocih se opazuje obrazna mimika, vedenje, srčni utrip, saturacija kisika (ob bolečini se zniža), biokemijske preiskave (pokažejo izločanje stresnih hormonov). Pomemben je tudi vzorec joka, dihanja, stanje budnosti, krčenje rok in nog, gubanje obrvi, stisnjenost očesnih vek, tresenje bradice, šobljenje ustnic, izteg prstkov in podobno (ibid.).

Idealen test za ocenjevanje bolečine bi moral imeti naslednje značilnosti:

- občutljivo merjenje bolečine brez napake, ki omogoča poenotenje metod ocenjevanja in njihovo statistično obdelavo;
- enostaven, hiter in zagotavljati mora takojšnjo informacijo o zanesljivosti in verodostojnosti pacientovega sodelovanja;
- ločevati mora senzorično-diskriminativne od afektivnih značilnosti bolečine;

- učinkovit za merjenje bolečine v kliničnem okolju in raziskavah, imeti možnost primerjave različnih vrst bolečine;
- omogočati mora meritev “absolutne vrednosti” za primerjavo med skupinami (Kamenik, 2008).

2.2.1 Lestvice za ocenjevanje bolečine

Pacienti bolečino lahko merijo z besedami, številkami ali pa ocenjujejo njeno jakost na risani lestvici. Najbolj preprosto je vprašanje “Ali vas kaj boli?” in odgovor *da* ali *ne*, vendar na ta način ne dobimo podatka o jakosti bolečine, zato je smiselna uporaba različnih lestvic za ocenjevanje bolečine (Brložnik, 2002).

Besedne lestvice (VRS Verbal rating scales) vsebujejo seznam pridevnikov, iz katerega pacient izbere besedo, ki odgovarja njegovi trenutni bolečini. Pridevniki so razvrščeni tako, da opisujejo jakost bolečine od stopnje brez bolečine do najhujše možne bolečine. Obstajajo štiribesedne, petbesedne pa vse do petnajstbesedne lestvice (Kamenik, 2008). Primeri teh lestvic so prikazani na tabeli 1.

Tabela 1: Besedne lestvice za ocenjevanje bolečine

Stopnja bolečine	Šestbesedna lestvica	Petbesedna lestvica	Štiribesedna lestvica
1	ni bolečine	ni bolečine	ni bolečine
2	blaga bolečina	blaga bolečina	blaga bolečina
3	zmerna bolečina	zmerna bolečina	zmerna bolečina
4	huda bolečina	huda bolečina	huda bolečina
5	zelo huda bolečina	zelo huda bolečina	
6	nevzdržna bolečina		

Vir: Brložnik (2002, str. 29)

Prednosti besedne lestvice:

- hitra in enostavna metoda za ocenjevanje bolečine;
- z lahkoto se jo vključi v pacientovo dokumentacijo;
- primerna tudi za starejše osebe in osebe z lažjo kognitivno motnjo;
- pretežno zanesljiva (Brown, 2008).

Slabosti besedne lestvice:

- zaradi besednega opisa je lahko za pacienta preveč zapletena;
- omejena je s številom besed (stopnjami bolečine) in ne ponuja zadostne izbire;
- manj občutljiva za manjše spremembe v stopnji bolečine (ibid.).

Po Kamenik (2008) je posebna oblika besedne lestvice tudi **skala olajšanja bolečine**, ki omogoča pacientu ocenjevanje učinka lajšanja bolečine:

- nič,
- blago,
- zmerno,
- močno,
- popolno.

Številčne lestvice (NRS Number rating scales) imajo razpon števil od 0 do 10 ali pa od 0 do 100. Pacient z izbiro številke oceni stopnjo bolečine (Kamenik, 2008).

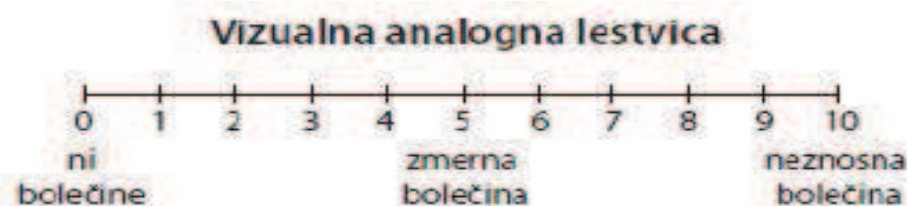
Prednosti številčne lestvice:

- primerna za večino pacientov, ki znajo šteti od 0 do 10;
- primerna za paciente takoj po prestani splošni anesteziji, po poškodbi, v stresnem okolju, za manj izobražene ter za slepe in slabovidne osebe;
- hitro izvedljiva;
- občutljiva tudi za manjše spremembe v stopnji bolečine;
- primerna za primerjave, analize in raziskave (Brown, 2008).

Slabosti številčne lestvice:

- vsi pacienti niso zmožni bolečine opredeliti numerično;
- razpon števil je potrebno natančno opredeliti, da dosežemo smiselnost ocenjevanja (ibid.).

Vizualna analogna lestvica (VAS Visual analogue scale) je najpogosteje rabljena lestvica za ocenjevanje bolečine. Predstavlja jo ravna črta, ki je navadno dolga 10 centimetrov. Na eni strani je oznaka “ni bolečine”, na drugi pa “neznosna bolečina” (slika 2). Lahko gre tudi za barvni prikaz od zelo svetle barve na enem koncu, ki predstavlja stanje brez bolečine, do zelo temne barve na drugem koncu, ki pomeni neznosno bolečino (Kamenik, 2008).



Slika 2: Vizualna analogna lestvica

Vir: Pangeršič, Košir (2012, str. 4)

Prednosti vizualne analogne lestvice:

- enostavna za uporabo;
- dokaj natančno meri bolečino;
- izenačena razporeditev ocenjevanja;
- primerna za periodično merjenje bolečine;
- primerna za ocenjevanje uspešnosti lajšanja bolečine;
- primerna za otroke nad petim letom starosti (Brložnik, 2002).

Slabosti vizualne analogne lestvice:

- pacient lahko postavlja znake naključno;
- oznako bolečine je potrebno prevesti v jakost bolečine;
- ni primerna za uporabo pri starejših zaradi slabših ročnih spretnosti (ibid.).

V raziskavi leta 2007 so Wickström Ene et al. ugotovili, da se v kliničnem okolju pogosto pojavljajo razlike med pacientovim dojetjem vizualne analogne lestvice in dojetjem le-te s strani medicinske sestre.

Slikovne (obrazne) lestvice zajemajo različno število (od pet do osem) slikovnih izrazov obraza (slika 3), ki prikazuje različne stopnje intenzitete bolečine. Pacient izbere izraz na lestvici, ki najbolje opredeljuje njegovo bolečino (Kamenik, 2008).



Slika 3: Slikovna (obrazna) lestvica
Vir: Pangeršič, Košir (2012, str. 4)

Prednosti slikovne (obrazne) lestvice:

- primerna za otroke od tretjega leta starosti do odrasle dobe;
- primerna za paciente z zmanjšano kognitivno sposobnostjo (Brown, 2008).

Slabosti slikovne (obrazne) lestvice:

- neprimerna za slepe in slabovidne;
- vprašljivo je, ali resnično meri bolečino – lahko meri splošno počutje pacienta ali strah (ibid.).

V uporabi so še vprašalnik po McGillu, dermatomska slika bolečine, Rawalov pečat in številne lestvice, ki ocenjujejo vedenje pacienta (Kamenik, 2008).

2.2.2 Vloga medicinske sestre pri ocenjevanju bolečine

Medicinska sestra lahko z ocenjevanjem prepozna bolečino in njen verjeten vzrok, prepozna znake in simptome bolečine, oceni možne vire za obravnavo bolečine ter jo ocenjuje glede na fizični, psihosocialni in duhovni vidik (Ščavničar, 2004).

Opazovanje je najpomembnejši element ocenjevanja bolečine. Pri tem mora medicinska sestra uporabljati vsa čutila, saj le tako lahko opazi in razbere znake bolečine (položaj telesa, obrazno mimiko, videz kože, gibanje, vedenje, vsebino in način govora, krč, zatrdlino, vonj ter izloček rane ipd.). Pri tem se mora vesti tako, da pacient nima občutka, da je opazovan, saj to lahko vpliva na spremembo njegovega vedenja in s tem

zabriše znake bolečine. Pri opazovanju medicinska sestra ne sme imeti pričakovanj ter predvidevanj, saj jo to lahko zavede (ibid.).

Medicinska sestra mora pacienta opazovati celostno, spremljati njegove temeljne življenjske aktivnosti in nadzorovati vitalne funkcije, opazovati frekvenco odvajanja blata, izločanje urina, tekočinsko bilanco itn., saj lahko vsi ti znaki služijo za posredno oceno bolečine (Jagodic, Urbančič, 2005).

Medicinska sestra ima pri lajšanju akutne pooperativne bolečine pomembno vlogo, saj je neprestano ob pacientu in spremlja njegovo zdravstveno stanje. Medicinska sestra opazuje pacienta, ocenjuje njegovo bolečino, jo meri, ovrednoti in dokumentira (Petek, 2002).

Učinkovito lajšanje bolečine zahteva od medicinske sestre ravnanje po sistematiziranih korakih (Onkološki inštitut, 2008 povz. po Svilenković, 2009, str. 20) (tabela 2).

Tabela 2: Koraki obravnave bolečine po algoritmu ABCDE

Korak	Aktivnost
A. ask	Redno sprašuj po bolečini, bolečino ocenjuj sistematično.
B. believe	Verjemi pacientu.
C. choose	Izberi ustrezno metodo lajšanja bolečine – individualen pristop.
D. deliver	Ukrepi naj bodo pravočasni, logični in usklajeni.
E. empower	Spodbudi pacienta, da sam nadzira spreminjanje bolečine.

Vir: Svilenković (2009, str. 20)

Medicinska sestra ima najboljše izhodišče za ocenjevanje in lajšanje bolečine, saj je zaradi narave svojega dela večino časa prisotna ob pacientu (Bell, Duffy, 2009).

Za učinkovito obvladovanje bolečine je ključen odnos, ki ga ima medicinska sestra do bolečine in njeno znanje o tem področju. Delo in ravnanje medicinske sestre usmerja kodeks etike, ki mora biti vodilo k oblikovanju etičnih vrednot in spodbuda pri delu v kliničnem okolju. Medicinska sestra je zagovornica pacienta in mu mora nuditi fizično, psihično, socialno, duhovno in moralno podporo (Klinar, 2010). Svoje delo je dolžna

opravljati na human, strokoven in odgovoren način ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove individualne potrebe, vrednote in navade (Svilenković, 2009).

Bolečina zelo neugodno vpliva na pacientovo razpoloženje, kognitivne funkcije in izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti. V povezavi s pojavom bolečine pri pacientu mora medicinska sestra vedeti:

- bolečinski prag je individualen;
- toleranca za bolečino je odvisna od okoliščin;
- nekateri pacienti imajo zmanjšan občutek za bolečino;
- določena stanja lahko vplivajo na zmanjšano ali povečano občutenje bolečine;
- bolečino se lahko čuti brez pravega vzroka;
- pacient bolečino lahko čuti v amputiranem delu telesa;
- bolečina je lahko izredno močna pri minimalni poškodbi;
- bolečina je lahko odsotna pri obsežni poškodbi;
- bolečina je lahko prisotna na mestu poškodbe ali pa je oddaljena od izvora;
- bolečina je lahko prisotna po celotnem telesu brez poškodbe;
- bolečina se lahko seli po posameznih delih telesa (Ščavničar, 2004).

Idvall et al. so leta 2008 v raziskavi na Švedskem ugotovili, da so pacienti po operativnem posegu imeli stalno prisotne misli o bolečini, hkrati pa je bilo to v središču njihovega dogajanja. Sklenili so, da bi zdravstveno osebje moralo namenjati več pozornosti pacientovim preteklim izkušnjam in njihovim predhodnim domnevam o pooperativni bolečini. V splošnem bi bilo potrebno povsem prilagoditi obravnavo bolečine posamezniku, poleg tega pa bi se morali zdravstveni delavci zavedati, kakšen vpliv ima njihov odnos in vedenje na pacienta.

2.2.3 Bolečina kot vitalni znak

Ocenjevanje bolečine kot peti vitalni znak pomeni, dajati bolečini enako pozornost kot ostalim vitalnim znakom, ki jih medicinske sestre rutinsko merijo in dokumentirajo (Buček-Hajdarević, Petek, Svilenković, 2005 povz. po Svilenković, 2009, str. 15).

Pomemben premik na področju lajšanja bolečine pomeni sprejetje definicije bolečine kot peti vitalni znak. Ameriško združenje za akreditacijo bolnišnic je leta 2000 sprejelo standard, da se bolečino ocenjuje kot peti vitalni znak, saj je bila bolečina do sprejetja tega standarda neustrezno ocenjena in neučinkovito lajšana. S standardom so določili, da mora biti bolečina ocenjena in dokumentirana pri vseh pacientih. Prisotnost bolečine pomeni, da mora biti ocenjena tudi njena lokacija, intenziteta in vzrok (Svilenković, 2009).

Wickström Ene et al. (2007) navaja, da je Švedsko združenje za medicino oblikovalo naslednje smernice za obravnavo pooperativne bolečine:

- pacientu naj se posredujejo natančne informacije o obravnavi pooperativne bolečine;
- pooperativna bolečina naj se redno ocenjuje in dokumentira;
- bolečina naj bo ocenjena tako med počitkom kot tudi med aktivnostjo;
- določena naj bo najvišja še sprejemljiva stopnja bolečine;
- učinek zdravljenja naj bo ocenjen pred in po aplikaciji analgetika;
- stopnja pacientove bolečine naj bo zabeležena v njegovi dokumentaciji;
- pozitivni in stranski učinki naj bodo dnevno zabeleženi s strani odgovornega zdravnika;
- lajšanje bolečine naj bo nepogrešljiv člen pooperativne oskrbe pacienta.

2.3 NAČINI LAJŠANJA BOLEČINE

Zdravljenje akutne pooperativne bolečine po Flis (2008) razdelimo v tri velike sklope:

- preprečevanje,
- prepoznavanje,
- akt dajanja zdravil proti bolečinam.

Medicinska sestra ima pri lajšanju bolečine soodvisno vlogo, saj je članica multidisciplinarnega tima za obravnavo bolečine. Medicinska sestra pacientu lahko na različne načine pomaga pri lajšanju bolečine, navadno pa se to kombinira z farmakološkimi in nefarmakološkimi načini, ki jih predpiše zdravnik (Ščavničar, 2004).

Jagodić in Urbančič (2005) navajata številne intervencije zdravstvene nege, ki pacientu pomagajo pri zmanjšanju bolečine:

- namestitev pacienta v ustrezen položaj – dvignjeno vzglavje, imobilizacija ali razbremenitev bolečega predela;
- zagotovitev mirnega okolja in počitka – optimalna temperatura, ustrezna razsvetljava, umirjen pristop, stiššan govor ipd.;
- gretje ali hlajenje bolečega predela po naročilu zdravnika;
- pogovor in poučevanje pacienta – s tem medicinska sestra pacienta pomiri in mu da vedeti, da sodeluje v procesu lajšanja bolečine; pouči ga o možnostih lajšanja bolečine, ki jih lahko izvaja sam, ga informira o postopkih, ki sledijo, ter ga tako pomiri in zmanjša stopnjo bolečine;
- aplikacija analgetika po naročilu zdravnika – pred aplikacijo je potrebno oceniti še fizično, psihično in čustveno stanje pacienta, stanje krvnega obtoka, dihalne in nevrološke funkcije, lokacijo, jakost in mehanizem bolečine (Krčevski Škvarč, 2002 povz. po Jagodić, Urbančič, 2005, str. 218).

Tudi po Oware-Gyekye (2008) je vloga medicinske sestre v procesu obravnave bolečine zelo velika. Obsega številne aktivnosti:

- zbiranje informacij s pomočjo negovalne anamneze pacienta;
- opazovanje pacienta in njegovega vedenja;
- merjenje vitalnih funkcij;
- razlaga neznanih pojmov in pričakovanj;
- vključevanje pacienta v aktivnosti zdravstvene nege;
- odvrniti pacientove misli od bolečine in ga zamotiti;
- zagotavljanje mirnega okolja za pacientov počitek;
- spodbujanje socialnih stikov;
- paziti na povzročanje dodatne bolečine z aktivnostmi zdravstvene nege;
- zmanjšati nepotrebne aktivnosti v pacientovi bližini;
- izvajati fizikalno terapijo za lajšanje bolečine;
- aplicirati analgetike po naročilu zdravnika;
- zdravstveno vzgojno delo;

- skrb za ustrezno prehranjenost (pomanjkanje apetita zaradi bolečine);
- zagotoviti pomoč s strani psihiatra, duhovnika idr.

2.3.1 Farmakološki načini lajšanja bolečine

Obstajajo različni načini zdravljenja bolečine, najbolj preprosto pa je zagotovo lajšanje bolečine z analgetiki. Te lahko apliciramo lokalno, regionalno ali sistemsko. Kadar se odločimo za sistemsko zdravljenje, ima največ prednosti intravenozna pot aplikacije. Pri intramuskularnem načinu aplikacije, zlasti če imamo šokiranega pacienta s slabo prekrvavljeno periferijo, je resorpcija zdravila počasnejša in posledično ni želenega analgetičnega učinka. To pomeni, da moramo pacientu aplicirati večji odmerek zdravila, ki pa ima večje stranske učinke (Požlep, 2008).

Z analgezijo moramo začeti dovolj zgodaj, še preden se bolečina razvije. Tako je bolečina lažje obvladljiva, dosežemo manjšo porabo analgetikov in zmanjšamo možnost zapletov (Petek, 2002).

Glede na jakost bolečine po VAS ločimo vrste analgetične terapije (tabela 3):

Tabela 3: Vrste analgetične terapije glede na VAS

Ocena po VAS lestvici	Vrsta analgetične terapije
VAS 1–3 (blaga bolečina)	neopoidi in dodatna zdravila
VAS 4–7 (srednje močna bolečina)	šibki opoidi, neopoidi, dodatna zdravila
VAS 8–10 (močna bolečina)	močni opoidi, neopoidi, dodatna zdravila

Vir: Pirc (2002b, str. 7, 8)

Neopoidi zavirajo nastajanje algogenih snovi (snovi, ki povzročajo bolečino) in jih uporabljamo na vseh stopnjah bolečine. Mednje spadajo nesteroidni antirevmatiki, paracetamol, metamizol ter acetilsalicilna kislina (Pirc, 2002b).

Opoidi delujejo z vezavo na receptorje, farmakološki odgovor pa se oblikuje v navzočnosti bolečine. Hkrati se pojavijo analgetični in stranski učinki. Poznamo šibke in močne opoide. Šibki opoidi imajo učinek zgornje meje – ko se doseže maksimalni

dnevni odmerek, se s povečevanjem le-tega analgetični učinek ne veča. V to skupino sodita kodein in tramadol. Ko njun učinek ne zadošča, se preide na uporabo močnih opioidov (morfij, fentanyl, metadon) v primernih odmerkih. Močni opoidi nimajo učinka zgornje meje, kar pomeni, da se s povečevanjem odmerka vedno poveča tudi analgetični učinek. Odmerke se določa individualno. Imajo velik terapevtski razpon – največji odmerek mora biti takšen, da olajša bolečino. Ob uporabi opioidov so vedno potrebna tudi zdravila, ki blažijo stranske učinke – antiemetiki in odvajala (ibid.).

Dodatna sredstva so učinkovine, ki ne štejejo med analgetike, vendar se jih predpisuje na vseh stopnjah lajšanja bolečine. To so kortikosteroidi, antidepresivi, antikonvulzivi, bifosfonati in antiaritmiki (ibid.).

Osnovno pravilo pri uporabi analgetikov je odmerjanje v predpisanih časovnih intervalih in titriranje analgetika do optimalnega učinka (Krčevski Škvarč, 2005).

Najbolj optimalna je *peroralna analgezija*, saj ima najmanj neželenih učinkov, vendar pa jo uporabljamo le pri pacientih, ki lahko uživajo hrano in tablete (ibid.).

Rektalne analgezije se zaradi različnih razlogov premalo poslužujemo. Uporablja se rektalne analgetične svečke, ki pa so še posebej primerne za otroke (ibid., str. 33).

Transdermalne tehnike so primerne za uporabo opioidov, topnih v maščobi (npr. fentanilski obliž). Slabost te tehnike je, da moramo, v kolikor ni dosežen želen analgetični učinek, še dodatno ukrepati (ibid., str. 34).

Intramuskularne injekcije se v sodobni analgetični pooperacijski terapiji opuščajo, saj povzročajo dodatne bolečine zaradi vboda in povečano tveganje za okužbo. Poleg tega pa zaradi nepredvidljive absorpcije zdravila ne dosežemo vedno želenega analgetičnega učinka (ibid., str. 33).

Z *intravenskimi injekcijami* analgetika dosežemo hiter analgetični učinek, vendar je ta tehnika precej invazivna in lahko povzroči neželene učinke. Pacienti potrebujejo večji nadzor kot pri prejšnjih tehnikah. S trajno *intravensko infuzijo* dosežemo enakomerno analgezijo, pri tem pa moramo paciente stalno nadzorovati. Če analgezija popušča, moramo dodati odmerek analgetika, ko pa bolečina upada in ni več potrebe po odmerku zdravila v infuziji, lahko to privede do neželenih učinkov (ibid.).

Trajna podkožna infuzija je primerljiva z intravensko infuzijo, le da je verjetnost neželenih učinkov in okužbe manjša. Pri tem se uporabljajo vodotopni opioidni analgetiki, na voljo so tudi t. i. elastomerske črpalke (ibid.).

Tehnike lokalne analgezije zajemajo uporabo enkratnih lokalnih blokad ali vstavitve katetrov za dovajanje analgetičnih učinkovin ob živce, ki so odgovorni za povzročanje bolečine. S tem ne povzročamo sistemskih učinkov zdravila, analgezija pa je bolj učinkovita (ibid., str. 34).

Spinalna analgezija je dovajanje analgetikov in drugih učinkovin ob živce v epiduralni prostor ali v likvor ob hrbtenjači. To dosežemo s katetrom, ki ga vstavimo skozi kožo do želenih struktur. Metoda je izredno učinkovita, vendar je zahtevna za izvedbo, potreben pa je stalen natančen nadzor pacienta (stranski učinki, nižanje krvnega tlaka, ohromelost mišic) (ibid., str. 33).

Analgetične metode s pacientovo samokontrolo zajemajo uporabo tablet po potrebi (v predpisanih odmerkih in časovnih intervalih), intravensko, podkožno ali spinalno dovajanje analgetikov (PCA črpalke – patient controlled analgesia). S to metodo so pacienti zelo zadovoljni, vendar predstavlja večji ekonomski strošek (ibid., str. 34).

Eden izmed načinov, kako povečati učinkovitost lajšanja akutne pooperativne bolečine, je organizacija službe za lajšanje bolečine (SLB). Cilji SLB so:

- poenotenje metod lajšanja pooperativne bolečine;
- dnevno spremljanje jakosti bolečine in uspešnosti lajšanja bolečine;
- spremljanje neželenih učinkov in njihovo obvladovanje;
- seznanitev pacienta z načinom lajšanja bolečine po operativnem posegu;
- uskladitev pričakovanj pacienta z dejanskimi možnostmi;
- spremljanje zadovoljstva pacientov;
- sodelovanje multidisciplinarnega tima pri iskanju najboljših rešitev za izdelavo bolečinskega lista (Selan et al., 2009).

2.3.2 Nefarmakološki načini lajšanja bolečine

Pomembno vlogo pri lajšanju bolečine ima tudi fizikalna terapija. Katero metodo bomo uporabili, je odvisno od vrste poškodbe, pacientovih težav ter načina zdravljenja (Kos, 2008).

Termoterapija je dovajanje ali odvajanje toplote v terapevtske namene. V prvi fazi poškodbe se uporablja lokalno hlajenje poškodovanega predela, saj je takrat navadno prisotna oteklina ali/in hematoma. S tem zmanjšamo vnetne procese, krvavitve, oteklino in ne nazadnje bolečino. V ta namen uporabljamo hladne obloge, masažo z ledom, hladne kopeli in hladen zrak. V fazi, ko bolečina postane kronična, uporabljamo ogrevanje bolečega predela s toplimi oblogami – fanga ali infrardeče lučke (ibid.).

Hidroterapija za svoje delovanje izkorišča lastnosti vode (vzgon, hidrostatski tlak, toplotno prevodnost in specifično toplotno kapaciteto). Voda ugodno vpliva na počutje pacienta, saj se mišice sprostijo, bolečine zmanjšajo, zmožnost gibanja pa izboljša (ibid., str. 52).

Elektroterapija za lajšanje bolečine uporablja električni tok. Najbolj raziskana in najpogosteje uporabljena metoda je transkutana električna živčna stimulacija (TENS), ki se v akutni fazi poškodbe navadno ne uporablja, temveč pri dlje časa trajajoči oziroma kronični bolečini. Diadinamični električni tok se lahko uporablja tudi neposredno po poškodbi, saj zmanjša bolečino in oteklino ter poveča lokalno cirkulacijo. Interferenčni tok ima analgetični učinek, ki sega tudi globlje v tkiva in pacientu daje prijeten občutek (ibid., str. 51).

Ultrazvok spada med najpogosteje uporabljeno fizikalno metodo lajšanja bolečine, ki se priporoča v subakutni fazi pri poškodbah lokomotornega aparata. Zvišuje bolečinski prag, manjša napetost mišic in poveča vazodilatacijo ter resorbcijo hematomov po poškodbi tkiva (ibid., str. 52).

Magnetoterapija deluje preko pulzirajočega magnetnega polja in ponavljanja te frekvence. Ima analgetski učinek, vendar se večinoma uporablja pri kronični bolečini. Izboljšuje prekrvavitev in oksigenacijo poškodovanega tkiva (ibid.).

Nizkoenergetski laser (LLLT) uporablja točno določeno valovno dolžino laserske svetlobe, ki je primerna za lajšanje akutne bolečine pri lokaliziranih poškodbah mehkih tkiv (ibid.).

Hipobarična terapija s pomočjo podtlaka pospeši cirkulacijo, zmanjša oteklino in posledično olajša bolečino. *Presoterapija* deluje podobno, vendar v nasprotju s hipobarično terapijo uporablja nadtlak. Obe terapiji se navadno dopolnjujeta še z ročno *limfno drenažo* (ibid.).

2.4 POMEN KOMUNIKACIJE PRI LAJŠANJU BOLEČINE

Odnos med medicinsko sestro in pacientom je po Ščavničar (2004) ena od oblik pomoči, ki jih medicinska sestra nudi pri lajšanju bolečine. Razvija se prek komunikacije od samega začetka in je po naravi partnerski in terapevtski. Odnos se mora začeti z negovalno anamnezo. Medicinska sestra mora pacientu posredovati potrebne informacije o bolečini, ga vključiti v obravnavo bolečine, mu dati možnost pogovora in izbire, predvsem pa ga mora razumeti.

Komunikacijo z namenom posredovanja znanj glede lajšanja akutne pooperativne bolečine je potrebno pričeti dovolj zgodaj. Medicinska sestra naj bi imela stik s pacientom že pred operativnim posegom in mu takrat posredovala potrebne informacije. Znano je, da pacienti, ki med pripravo na operativni poseg dobijo celovite informacije o lajšanju pooperativne bolečine, zaznavajo nižjo stopnjo bolečine kot tisti, ki niso ustrezno poučeni. Prav tako potrebujejo manj analgetikov in so bolj zadovoljni z zdravljenjem in aktivnostmi zdravstvene nege (Svilenković, 2009).

Medicinska sestra se mora po Dumić, Hercan in Pajnikihar (2009) na srečanje s pacientom primerno pripraviti ter srečanje tudi načrtovati. Preučiti mora pacientovo dokumentacijo in ostale informacijske vire ali opraviti pogovor s svojci. Pripraviti mora lestvice za merjenje bolečine, načrtovati sistematičen pogovor in zagotoviti okolje brez motečih dejavnikov.

Pričakovanje operacije v pacientu vzbudi čustva, kot sta tesnoba in strah pred bolečino ter dejstvom, da je med operacijo tako rekoč onеспособljen. Ta čustva običajno še stopnjuje občutek nemoči. S pomočjo izobraževanj pred operativnim posegom se ti občutki zmanjšajo, pacient pa pridobi samozavest, da situacijo obvlada ter da lahko sodeluje pri procesu obravnave bolečine in s tem pri lastnem zdravljenju. Pacienti, ki so

s stanjem seznanjeni, bolje sodelujejo pri aktivnostih zdravstvene nege, imajo krajšo ležalno dobo, zmanjšajo pa se tudi stroški zdravstvenega sistema. Pacienti, ki so vključeni v predoperativno izobraževanje o bolečini, imajo dokazano boljši pooperativni izid. Med pacientove pravice spada seznanjenost z informacijami o njegovem zdravstvenem stanju in soodločanje o načinih zdravljenja. Posledično bi morala biti pacientova pravica tudi izobraževanje o pooperativni bolečini že pred samim operativnim posegom (Oshodi, 2007a, 2007b).

Ovire za uspešno lajšanje bolečine:

- pacienti ne povedo za bolečino;
- pacienti menijo, da je zdravstveno osebje tisto, ki nadzoruje njihovo bolečino;
- pacienti imajo občutek, da bodo odvrnili pozornost kirurga od zdravljenja, če bodo potožili o bolečini;
- strah pred injekcijami;
- strah pred tem, da bodo nepriljubljeni s strani zdravstvenega osebja;
- pacienti verjamejo, da bolečina ne škoduje in da morajo potrpeti;
- pomanjkanje znanja s strani pacientov in zdravstvenega osebja;
- nezmožnost ocenjevanja bolečine;
- nepravilno in nezadostno dokumentiranje;
- zmanjševanje pomembnosti bolečine v procesu zdravljenja pacienta;
- organizacijske prepreke;
- nezadostna količina predpisanih analgetikov;
- zabrisana meja odgovornosti za lajšanje bolečine (kdo?);
- „zamudni“ standardni operativni postopki pri aplikaciji zdravil, predvsem narkotikov (Carr, 2007).

Iz raziskav (Bell, Duffy, 2009) je razvidno, da so največje prepreke uspešnega lajšanja bolečine pričakovanja in odnos tako pacientov kot medicinskih sester. Smiselnost nadaljnjih raziskav je vprašljiva zato, ker niti dosedanje ugotovitve niso bile prenesene v prakso.

Wickström Ene et al. so leta 2007 z raziskavo ugotovili, da se medicinske sestre pri oceni bolečine pogosto zanašajo na osebno presojo pacientovega stanja in pri tem ne uporabljajo nikakršnega pripomočka oziroma lestvice za ocenjevanje bolečine. Prav tako so sklenili, da se v nekaterih primerih zapisi medicinskih sester ne ujemajo s stopnjo bolečine, ki jo je navedel pacient, ali pa stopnja bolečine sploh ni zabeležena v pacientovi dokumentaciji. Te ocene bolečine vplivajo na dejstvo, ali bo pacient prejel zdravilo proti bolečinam ali ne, neustrezen zapis oziroma pomanjkanje le-tega pa lahko vodi v nezadostno lajšanje bolečine.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je predstaviti teoretična izhodišča o zdravstveni negi pacienta z akutno pooperativno bolečino ter raziskati, kakšno je dejansko stanje na področju ocenjevanja in lajšanja akutne pooperativne bolečine.

V ta namen smo izvedli raziskavo in si zastavili naslednje cilje:

- Ugotoviti, kako pogosto se izvaja ocenjevanje bolečine pri pacientih po operativnih posegih;
- Ugotoviti, kako močne bolečine imajo pacienti po operativnem posegu;
- Ugotoviti, kako zadovoljni so pacienti z lajšanjem pooperativne bolečine;
- Ugotoviti, koliko je k dožemanju bolečine pripomoglo predhodno izobraževanje pacienta o pooperativni bolečini oziroma če so ga sploh bili deležni.

Zastavili smo si cilj, da bi rezultati našega dela razkrili področja z odstopanji, ki jih je možno izboljšati ter doprinesti k učinkovitejšem lajšanju pacientove bolečine in k večjem zadovoljstvu pacientov.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kakšna je poučenost pacientov v Splošni bolnišnici Jesenice o pooperativni bolečini pred operativnim posegom?
2. Kako pogosto medicinske sestre v Splošni bolnišnici Jesenice ocenjujejo pooperativno bolečino?
3. Kako medicinske sestre v Splošni bolnišnici Jesenice sodelujejo s pacientom pri lajšanju pooperativne bolečine?
4. Kakšno je zadovoljstvo pacientov z zdravljenjem pooperativne bolečine v Splošni bolnišnici Jesenice?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskavo smo osnovali na kvantitativni paradigmi. Uporabili smo vprašalnik, zasnovan na deskriptivni metodi dela, s katerim smo proučili problematiko ocenjevanja in zdravljenja pooperativne bolečine. Raziskavo smo izvedli med kirurškimi pacienti, ki so bili sprejeti v Splošno bolnišnico Jesenice za načrtovan operativni poseg. Pred začetkom raziskovanja smo se zaradi lažje analize rezultatov in možnosti primerjave osredotočili na bolj homogeno skupino pacientov. Izbrali smo paciente, ki so bili v Splošno bolnišnico Jesenice sprejeti za načrtovan operativni poseg *totalna endoproteza kolka*.

Naredili smo pregled literature po podatkovnih bazah COBISS, CINAHL, PUB MED, ERIC in SpringerLink, preiskali literaturo v knjižnici Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice ter si pomagali z internetnim brskalnikom Google.si. Literaturo smo omejili na slovenski in angleški jezik ter na starost manj kot 10 let. Prvotno smo načrtovali iskanje literature s starostjo največ 5 let, vendar smo kasneje zaradi pomanjkanja le-te iskanje razširili na starost do 10 let. Problem se je pojavil predvsem na področju slovenske literature, pri kateri nismo našli primernih virov z mlajšo letnico. Na področju tuje (angleške) literature smo poskušali izbrati najnovejša dela s to tematiko, zato smo uporabili vire s starostjo do 5 let z izjemo enega, ki ima letnico 2006.

Pri iskanju literature smo uporabili ključne besede v slovenskem jeziku: *akutna bolečina, pooperativna bolečina, lajšanje bolečine, ocenjevanje bolečine, medicinska sestra* in ključne besede v angleškem jeziku: *acute pain, postoperative pain, pain management, pain assessment, nurse*.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili strukturirani vprašalnik, ki smo ga razdelili med paciente po načrtovanem operativnem posegu *totalna endoproteza kolka*. Vprašalnik je vključeval 32 vprašanj, od tega 29 zaprtega tipa, eno vprašanje polodprtega tipa ter dve odprtega tipa. Sestavljen je bil iz treh delov vprašanj.

Prvi del vprašalnika je vključeval demografske podatke pacientov (spol, starost, izobrazba). Drugi del je bil sestavljen iz trditev, ki so jih pacienti ocenjevali po petstopenjski Likertovi lestvici, pri kateri je pomenilo: 1, da se s trditvijo sploh niso strinjali; 2, da se niso strinjali; 3, da se niso niti strinjali/niti niso trditvi nasprotovali oziroma so bili neopredeljeni; 4, da so se strinjali in 5, da so se popolnoma strinjali s trditvijo. Ta del vprašalnika je bil razdeljen na tri sklope: seznanjenost s pooperativno bolečino, ocenjevanje in lajšanje bolečine ter zaupanje in občutek varnosti. Tretji del vprašanj se je osredotočal na pacientovo oceno bolečine po operativnem posegu, na čas, ki je pretekel do aplikacije zdravil proti bolečinam, zadovoljstvo pacientov z lajšanjem bolečine in vpliv le-te na zadovoljstvo z zdravljenjem v bolnišnici. Vprašalnik je bil deloma povzet po Gunningberg in Idvall (2007) ter prirejen za naše razmere.

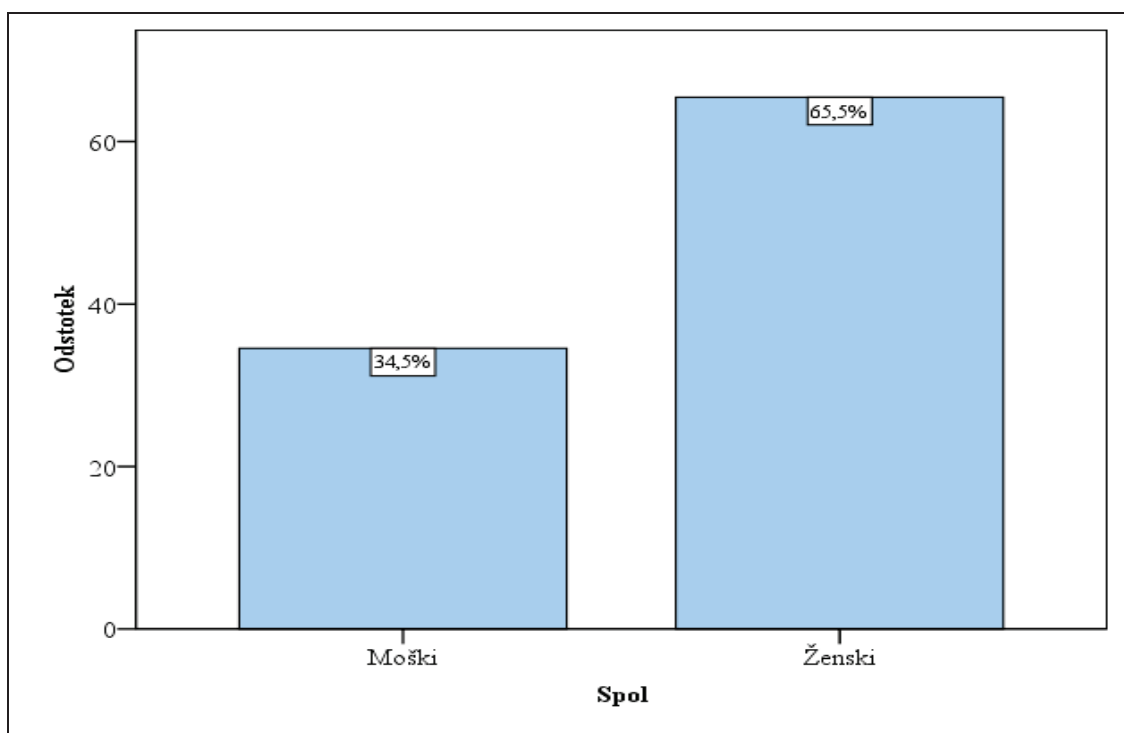
Zanesljivost instrumenta smo preverili z izračunom Cronbach alfa koeficienta. Za prvi sklop vprašanj drugega dela smo izračunali Cronbach alfa koeficient 0,77, ki že predstavlja zmerno zanesljivost instrumenta na uporabljenem vzorcu. Za drugi sklop vprašanj smo izračunali Cronbach alfa koeficient 0,45, kar kaže, da ima instrument slabo zanesljivost na uporabljenem vzorcu. Zanesljivost tretjega sklopa smo preverili s Cronbach alfa koeficientom, ki je tokrat znašal 0,64, kar pomeni zmerno zanesljivost instrumenta.

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli v Splošni bolnišnici Jesenice med pacienti po načrtovanem operativnem posegu za *totalno endoprotezo kolka*. Vsi pacienti, ki so sodelovali v naši raziskavi, so bili vodeni po klinični poti za totalno endoprotezo kolka, v kateri je tudi rubrika namenjena obravnavi pooperativne bolečine. Paciente smo vključevali z uporabo namenskega vzorca na podlagi njihove dostopnosti in pripravljenosti za sodelovanje. Raziskava je potekala dlje časa, kot smo načrtovali, saj smo se zaradi lažje analize rezultatov in boljše možnosti primerjave odločili za anketiranje homogene skupine pacientov. Zaradi manjšega števila tovrstnih pacientov in težav pri izpolnjevanju vprašalnikov smo raziskavo izvajali od novembra 2011 do februarja 2012.

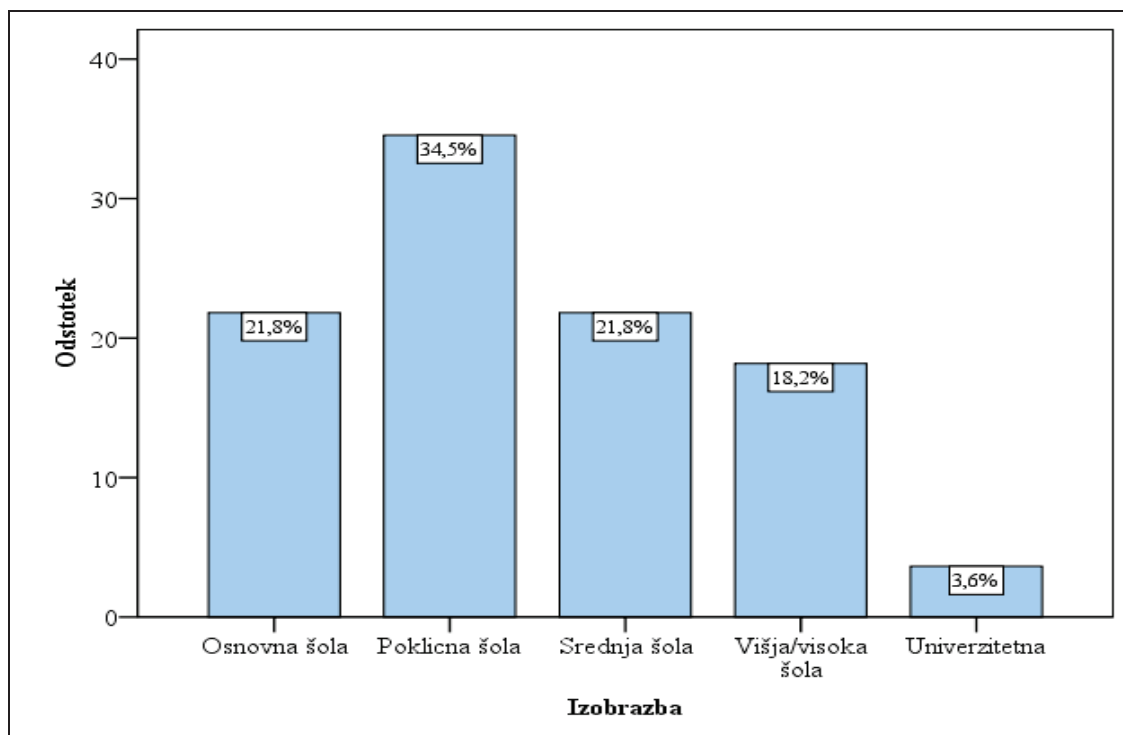
Med paciente smo razdelili 70 vprašalnikov, od tega trije niso bili vrnjeni, 12 vprašalnikov pa je bilo le delno izpolnjenih. To pomeni, da smo za analizo rezultatov lahko uporabili 55 vprašalnikov, kar predstavlja 79-odstotno realizacijo vzorca.

Med anketiranci je sodelovalo 36 žensk (65,5 %) in 19 moških (34,5 %), kar prikazuje slika 4. Povprečna starost anketirancev je bila 66,7 let, pri tem je imel najmlajši anketiranec 50 let, najstarejši pa 81 let.



Slika 4: Prikaz deleža moških in ženskih anketirancev

Devetnajst anketirancev je navedlo poklicno izobrazbo (34,5 %), dvanajst (21,8 %) osnovnošolsko, dvanajst (21,8 %) srednješolsko, deset (18,2 %) višje- oziroma visokošolsko ter dva anketiranca (3,6 %) univerzitetno izobrazbo, kar prikazuje slika 5. Nihče od anketiranih ni navedel druge možnosti.



Slika 5: Prikaz stopnje izobrazbe anketirancev

V nadaljevanju diplomskega dela za anketirance uporabljamo moško slovnično obliko kot nevtrarno za moški in ženski spol.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred izvedbo raziskave smo najprej pridobili soglasje pomočnice direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe ter soglasje etične komisije Splošne bolnišnice Jesenice. Z raziskavo smo seznanili tudi koordinatorico zdravstvene nege na kirurškem oddelku omenjene bolnišnice. Neposredno pred izvajanjem raziskave smo pridobili ustno in pisno soglasje pacientov za izvedbo raziskave in za uporabo pridobljenih rezultatov v študijske namene. Anonimnost vključenih v raziskavo smo zagotovili tako, da so anketiranci vprašalnike izpolnjevali samostojno v zasebnem prostoru, nato pa so vprašalnike oddali v temu namenjenem zabojnik.

Obdelavo podatkov smo pričeli z nadzorom pravilnega izpolnjevanja vprašalnikov, nato pa smo dobljene rezultate obdelali s pomočjo programa SPSS Statistic verzije 17.0. Za pridobljene rezultate smo izračunali najmanjšo in največjo vrednost, povprečno

vrednost ter standardni odklon. Rezultate smo predstavili tabelarično oziroma grafično ter jih besedno interpretirali.

3.4 REZULTATI

S trditvijo, da jih je zdravnik pred operativnim posegom poučil o možnostih zdravljenja pooperativne bolečine, se je popolnoma strinjalo 24 (43,6 %) anketirancev, 23 (41,8 %) se jih je strinjalo, 4 (7,3 %) so bili neopredeljeni oz. se niso niti strinjali niti niso nasprotovali, 2 (3,6 %) anketiranca se s trditvijo nista strinjala, 2 (3,6 %) pa se sploh nista strinjala.

20 (36,4 %) anketirancev se je popolnoma strinjalo s trditvijo, da jim je medicinska sestra pred operativnim posegom predstavila lestvice za ocenjevanje bolečine, 16 (29,1 %) se jih je strinjalo, 3 (5,5 %) so bili neopredeljeni, 4 (7,3 %) se s tem niso strinjali, 12 (21,8 %) pa se jih sploh ni strinjalo.

S trditvijo, da so bili o pooperativni bolečini poučeni, se je popolnoma strinjalo 23 (41,8 %) anketirancev, 25 (45,5 %) se jih je strinjalo, 2 (3,6 %) sta bila neopredeljena, 4 (7,3 %) se niso strinjali in eden (1,8 %) anketiranec se s tem sploh ni strinjal.

18 (32,7 %) anketirancev se je popolnoma strinjalo, da jih je predhoden pogovor o bolečini pomiril, 14 (25,5 %) se jih je strinjalo, 7 (12,7 %) je bilo neopredeljenih, 5 (9,1 %) anketirancev se s tem ni strinjalo, 11 (20 %) pa se jih sploh ni strinjalo.

4 (7,3 %) anketiranci so se popolnoma strinjali s tem, da jih je predhoden pogovor o bolečini prestrašil, 6 (10,9 %) se jih je strinjalo, 5 (9,1 %) je bilo neopredeljenih, 16 (29,1 %) se jih ni strinjalo, 24 (43,6 %) pa se jih sploh ni strinjalo.

S trditvijo, da jih je predhoden pogovor o bolečini pripravil na soočenje z bolečino po operativnem posegu, se je popolnoma strinjalo 21 (38,2 %) anketirancev, 20 (36,4 %) se jih je strinjalo, 4 (7,3 %) so bili glede te trditve neopredeljeni, eden (1,8 %) se s tem ni strinjal, 9 (16,4 %) pa se jih sploh ni strinjalo.

Pri trditvi, da je predhoden pogovor o bolečini vplival na njihovo dojetanje bolečine, se je 14 (25,5 %) anketirancev odločilo za možnost popolnoma se strinjam, 26 (47,3 %) za možnost se strinjam, 3 (5,5 %) so bili neopredeljeni, možnosti ne strinjam se ni izbral nihče od anketiranih, za sploh se ne strinjam pa se je odločilo 12 (21,8 %) anketiranih.

Rezultati prvega sklopa trditev so prikazani v tabeli 4.

Tabela 4: Seznanjenost z zdravljenjem pooperativne bolečine

Trditev	N	MIN	MAX	PV	SO
Pred operativnim posegom me je zdravnik poučil o možnostih zdravljenja pooperativne bolečine.	55	1	5	4,18	0,983
Pred operativnim posegom mi je medicinska sestra predstavila lestvice za ocenjevanje bolečine.	55	1	5	3,51	1,574
O pooperativni bolečini sem bil/-a poučena.	55	1	5	4,18	0,945
Predhoden pogovor o bolečini me je pomiril.	55	1	5	3,42	1,524
Predhoden pogovor o bolečini me je prestrašil.	55	1	5	2,09	1,281
Predhoden pogovor o bolečini me je pripravil na soočenje z bolečino po operativnem posegu.	55	1	5	3,78	1,410
Predhoden pogovor o bolečini je vplival na moje dožemanje bolečine.	55	1	5	3,55	1,451

N = število anketirancev, MIN = najmanjša vrednost, MAX = največja vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Na trditev, medicinske sestre so me po bolečini povprašale vsaj enkrat na izmeno, je 39 (70,9 %) anketirancev odgovorilo popolnoma se strinjam, 13 (23,6 %) se strinjam, 2 (3,6 %) sta bila neopredeljena, eden (1,8 %) od anketiranih pa se s trditvijo ni strinjal.

S trditvijo, medicinske sestre so me po bolečini povprašale takoj, ko sem po operativnem posegu prišel na oddelek, se je popolnoma strinjalo 33 (60 %) anketirancev, 15 (27,3 %) se jih je strinjalo, nihče ni bil glede trditve neopredeljen, 3 (5,5 %) se s trditvijo niso strinjali, 4 (7,3 %) anketiranci pa se sploh niso strinjali.

19 (34,5 %) anketirancev se je popolnoma strinjalo s trditvijo, da so ga medicinske sestre prosile, naj svojo bolečino oceni na lestvici za ocenjevanje bolečine, 17 (30,9 %) se jih je strinjalo, 3 (5,5 %) so bili neopredeljeni, 3 (5,5 %) se niso strinjali, 13 (23,6 %) pa se jih sploh ni strinjalo.

S trditvijo, medicinske sestre so me po aplikaciji zdravila proti bolečinam po preteku obdobja, v katerem naj bi zdravilo učinkovalo, ponovno povprašale po bolečini, se je popolnoma strinjalo 22 (40 %) anketiranih, 24 (43,6 %) se jih je strinjalo, 4 (7,3 %) so bili neopredeljeni, 5 (9,1%) se jih ni strinjalo, nihče od anketiranih pa se ni odločil za možnost sploh se ne strinjam.

Na trditev, ob bolečini sem takoj poklical medicinsko sestro, je 8 (14,5 %) anketirancev odgovorilo popolnoma se strinjam, 14 (25,5 %) se strinjam, 4 (7,3 %) so bili glede te trditve neopredeljeni, 20 (36,4 %) se jih ni strinjalo, 9 (16,4 %) pa se jih sploh ni strinjalo.

Dva (3,6 %) anketiranca sta na trditev, da medicinske sestre ob bolečini nista upala poklicati, odgovorila popolnoma se strinjam, 5 (9,1 %) jih je odgovorilo se strinjam, 3 (5,5 %) so bili neopredeljeni, 24 (43,6 %) se jih s trditvijo ni strinjalo, 21 (38,2 %) pa se jih sploh ni strinjalo.

S trditvijo, medicinske sestre ob bolečini nisem poklical, ker je nisem želel obremenjevati, so se popolnoma strinjali 3 (5,5 %) anketiranci, 21 (38,2 %) se jih je strinjalo, 3 (5,5 %) so bili neopredeljeni, 15 (27,3 %) se jih s tem ni strinjalo, 13 (23,6 %) pa se jih sploh ni strinjalo.

12 (21,8 %) anketiranih se je popolnoma strinjalo s trditvijo, da medicinske sestre ob bolečini niso poklicali, ker so menili, da lahko še malo potrpijo, 21 (38,2 %) se jih je strinjalo, 4 (7,3 %) so bili neopredeljeni, 12 (21,8 %) se jih s tem ni strinjalo, 6 (10,9 %) pa se jih sploh ni strinjalo.

Na trditev, medicinske sestre ob bolečini nisem poklical, ker sem menil, da po operaciji mora boleti, je 10 (18,2 %) anketiranih odgovorilo popolnoma se strinjam, 18 (32,7 %) se strinjam, 4 (7,3 %) so bili neopredeljeni, 17 (30,9 %) se jih s tem ni strinjalo, 6 (10,9 %) pa se jih sploh ni strinjalo.

S trditvijo, medicinska sestra mi je pomagala pri iskanju položaja, ki je zmanjšal mojo bolečino, se je popolnoma strinjalo 17 (30,9 %) anketiranih, 21 (38,2 %) se jih je strinjalo, 8 (14,5 %) je bilo neopredeljenih, 5 (9,1 %) se jih ni strinjalo, 4 (7,3 %) pa se sploh niso strinjali.

Rezultati drugega sklopa trditev so prikazani v tabeli 5.

Tabela 5: Ocenjevanje in lajšanje bolečine

Trditev	N	MIN	MAX	PV	SO
Medicinske sestre so me po bolečini povprašale vsaj enkrat na izmeno (zjutraj, popoldan in zvečer).	55	2	5	4,64	0,649
Medicinske sestre so me po bolečini povprašale takoj, ko sem po operativnem posegu prišel/prišla na oddelek.	55	1	5	4,27	1,193
Medicinske sestre so me prosile, da svojo bolečino ocenim na lestvici za ocenjevanje bolečine.	55	1	5	3,47	1,585
Medicinske sestre so me po aplikaciji zdravila proti bolečinam po preteku obdobja, v katerem naj bi zdravilo učinkovalo, ponovno povprašale po bolečini.	55	2	5	4,15	0,911
Ob bolečini sem takoj poklical/-a medicinsko sestro.	55	1	5	2,85	1,367
Medicinske sestre ob bolečini nisem upal/-a poklicati.	55	1	5	1,96	1,071
Medicinske sestre ob bolečini nisem poklical/-a, ker je nisem želel/-a obremenjevati.	55	1	5	2,75	1,336
Medicinske sestre ob bolečini nisem poklical/-a, ker sem menil/-a, da lahko še malo potrpi.	55	1	5	3,38	1,340
Medicinske sestre ob bolečini nisem poklical/-a, ker sem menil/-a, da po operaciji mora boleti.	55	1	5	3,16	1,344
Medicinska sestra mi je pomagala pri iskanju položaja, ki je zmanjšal mojo bolečino.	55	1	5	3,76	1,201

N = število anketirancev, MIN = najmanjša vrednost, MAX = največja vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Na trditev, pred operativnim posegom sem se bal bolečine, je 14 (25,5 %) anketirancev odgovorilo s popolnoma se strinjam, 22 (40 %) se strinjam, 6 (10,9 %) je bilo neopredeljenih, 7 (12,7 %) se jih s trditvijo ni strinjalo in 6 (10,9 %) se jih sploh ni strinjalo.

23 (41,8 %) anketiranih se je popolnoma strinjalo s trditvijo, da so jim zdravila proti bolečinam pomagala, 26 (47,3 %) se jih je strinjalo, 6 (10,9 %) pa je bilo neopredeljenih. Nihče od anketiranih se ni odločil za možnost se ne strinjam ali sploh se ne strinjam.

S trditvijo, zdravila proti bolečinam sem dobil, tudi če zanje nisem prosil, se je popolnoma strinjalo 15 (27,3 %) anketirancev, 25 (45,5 %) se jih je strinjalo, 3 (5,5 %) so bili neopredeljeni, 2 (3,6 %) se nista strinjala, 10 (18,2 %) se jih sploh ni strinjalo.

S trditvijo, medicinska sestra mi je pomagala pri lajšanju bolečine z aplikacijo zdravil proti bolečinam, dokler mi ni odleglo, se je popolnoma strinjalo 18 (32,7 %) anketirancev, 30 (54,5 %) se jih je strinjalo, 4 (7,3 %) so bili neopredeljeni, 3 (5,5 %) se niso strinjali. Za odgovor sploh se ne strinjam se ni odločil nihče od anketiranih.

30 (54,5 %) anketirancev se je popolnoma strinjalo s trditvijo, da so medicinske sestre poznale načine lajšanja bolečine, 24 (43,6 %) se jih je strinjalo, eden (1,8 %) pa je bil neopredeljen. Nihče se ni odločil za možnost se ne strinjam oziroma se sploh ne strinjam.

Za trditev, medicinske sestre so mi verjele, ko sem izrazil bolečino, se je 30 (54,5 %) anketirancev odločilo za možnost popolnoma se strinjam, 11 (20 %) se strinjam, 12 (21,8 %) je bilo neopredeljenih, 2 (3,6 %) pa se s tem nista strinjala. Nihče ni izbral možnosti sploh se ne strinjam.

S trditvijo, medicinske sestre so sodelovale z menoj pri lajšanju bolečine, se je popolnoma strinjalo 30 (54,5 %) anketirancev, 22 (40 %) se jih je strinjalo, 2 (3,6 %) sta bila neopredeljena, eden (1,8 %) pa se s tem ni strinjal. Nihče od anketiranih se ni odločil za možnost sploh se ne strinjam.

Rezultati tretjega sklopa trditev so prikazani v tabeli 6.

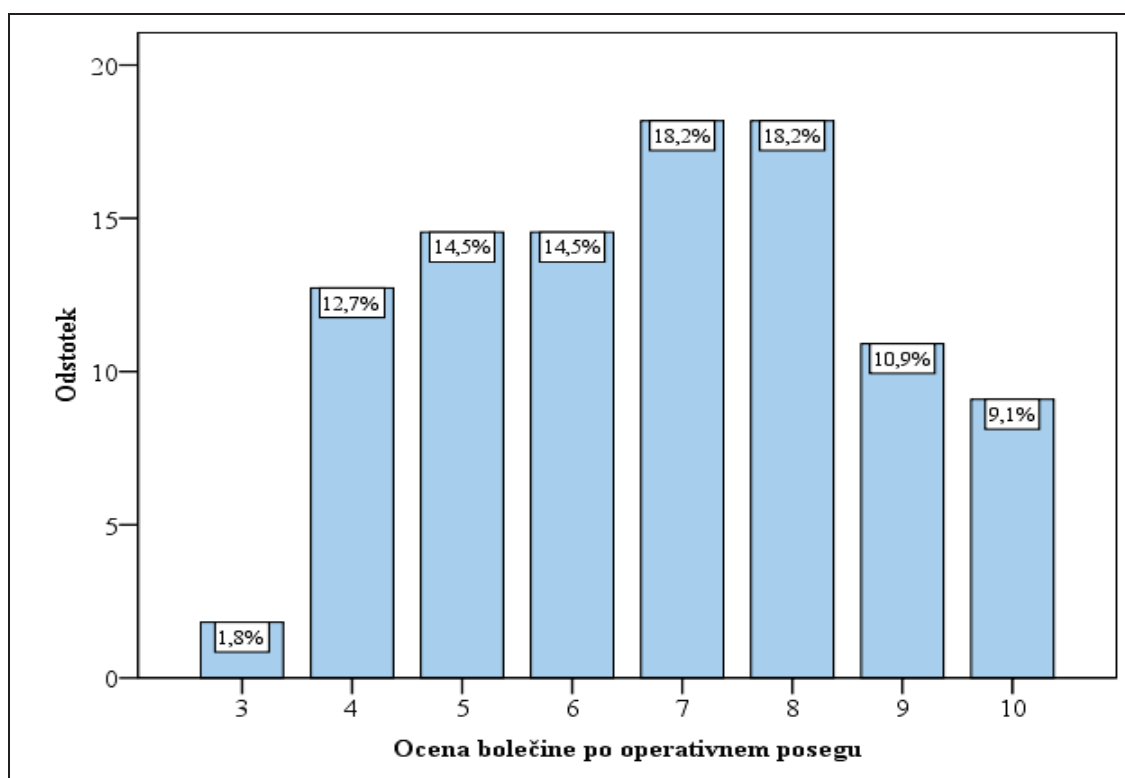
Tabela 6: Zaupanje in občutek varnosti

Trditev	N	MIN	MAX	PV	SO
Pred operativnim posegom sem se bal/-a pooperativne bolečine.	55	1	5	3,56	1,302
Zdravila proti bolečinam so mi pomagala.	55	3	5	4,31	0,663
Zdravila proti bolečinam sem dobil/-a tudi, če zanje nisem prosil/-a.	55	1	5	3,60	1,409
Medicinska sestra mi je pomagala pri lajšanju bolečine z aplikacijo zdravil proti bolečinam, dokler mi ni odleglo.	55	2	5	4,15	0,780

Trditev	N	MIN	MAX	PV	SO
Medicinske sestre so poznale načine lajšanja moje bolečine.	55	3	5	4,53	0,539
Medicinske sestre so mi verjele, ko sem izrazil/-a bolečino.	55	2	5	4,25	0,927
Medicinske sestre so sodelovale z menoj pri lajšanju moje bolečine.	55	2	5	4,47	0,663

N = število anketirancev, MIN = najmanjša vrednost, MAX = največja vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Anketiranci so bolečino po operativnem posegu ocenjevali na lestvici ob 0 do 10 (0 = stanje brez bolečine, 10 = neznošna bolečina), kar prikazuje slika 6. Najnižja izbrana ocena bolečine je bila 3, najvišja pa 10. Povprečna ocena bolečine po operativnem posegu je bila 6,78 (standardni odklon 1,902).

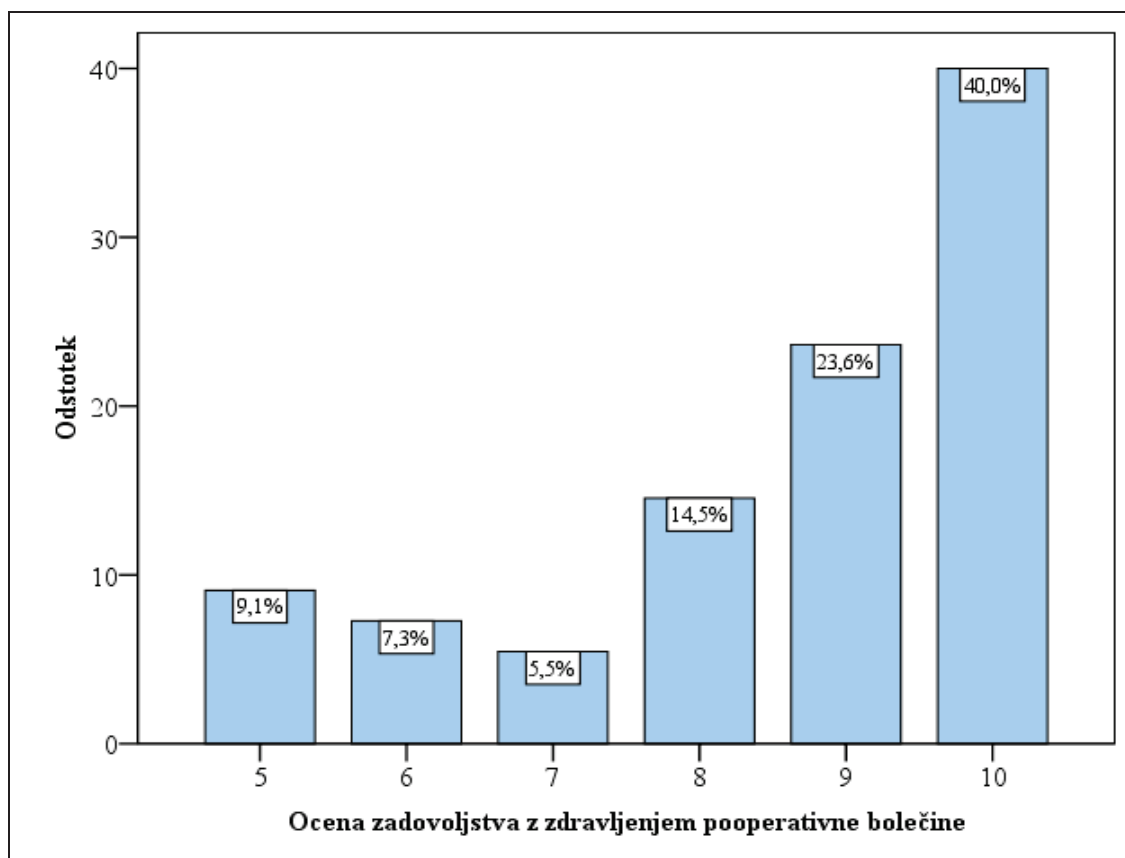


Slika 6: Prikaz ocene bolečine po operativnem posegu na lestvici od 0 do 10

Pri vprašanju, koliko časa je minilo od trenutka, ko ste medicinsko sestro prosili za zdravila proti bolečinam, do trenutka, ko ste jih dobili, se je 37 (67,3 %) anketiranih odločilo za možnost do 10 minut, 16 (29,1 %) za možnost od 10 do 30 minut in 2

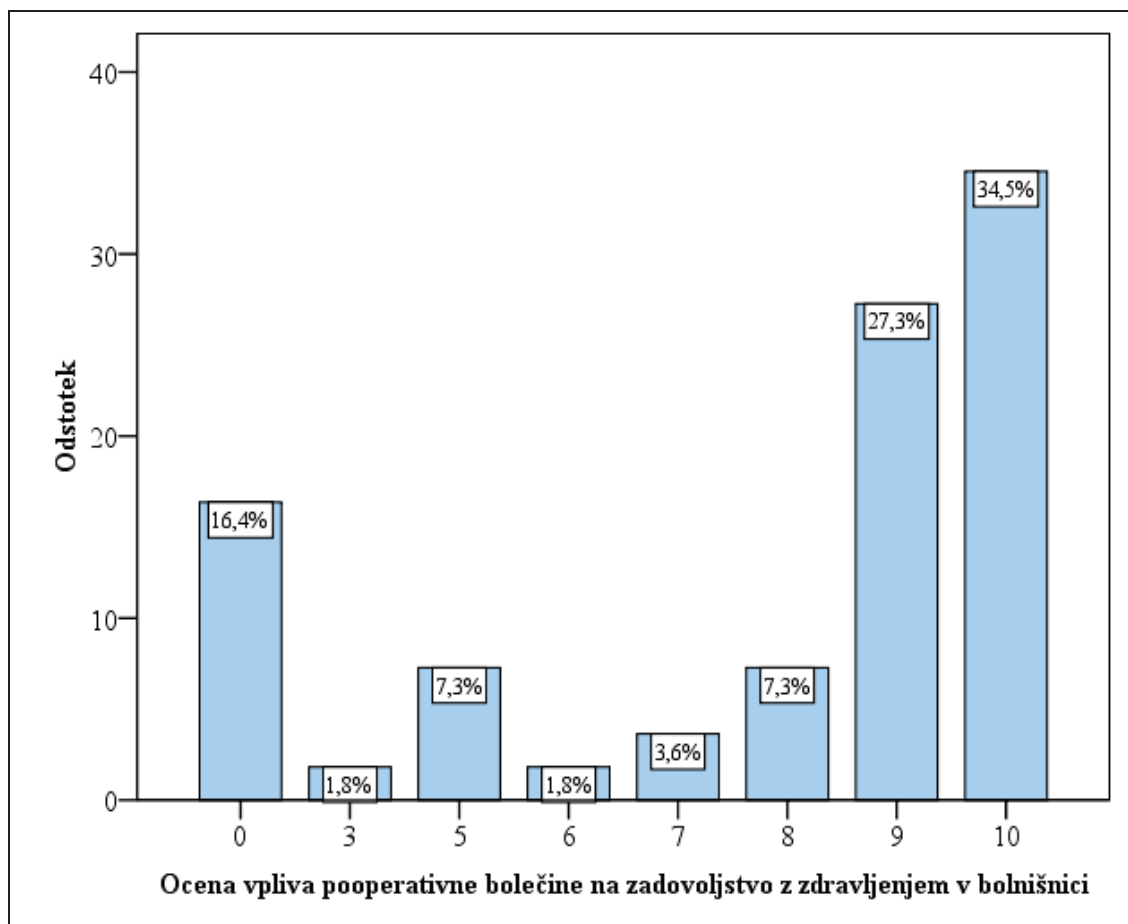
(3,6 %) anketiranca za možnost od 30 minut do ene ure. Nihče od anketiranih se ni odločil za možnost več kot eno uro ali da zdravil proti bolečinam sploh ni dobil, čeprav bi jih potreboval.

Na vprašanje, kako bi ocenili vaše zadovoljstvo z zdravljenjem pooperativne bolečine, so anketiranci izbirali možnost na lestvici od 0 do 10 (0 = popolnoma nezadovoljni, 10 = zelo zadovoljni), kar prikazuje slika 7. Najnižja izbrana ocena je bila 5, najvišja pa 10. Povprečna ocena anketirancev glede zadovoljstva z zdravljenjem pooperativne bolečine je 8,56 (standardni odklon 1,653).



Slika 7: Prikaz ocene zadovoljstva z zdravljenjem pooperativne bolečine na lestvici od 0 do 10

Na vprašanje, kako bi ocenili vpliv pooperativne bolečine na zadovoljstvo z zdravljenjem v bolnišnici, so se anketiranci odločali na lestvici od 0 do 10 (0 = sploh ne vpliva, 10 = ima zelo velik vpliv), kar prikazuje slika 8. Najnižja izbrana možnost je bila 0, najvišja pa 10. Povprečna izbrana vrednost je 7,27 (standardni odklon 3,613).



Slika 8: Prikaz ocene vpliva pooperativne bolečine na zadovoljstvo z zdravljenjem v bolnišnici na lestvici od 0 do 10

Zadnje zastavljeno vprašanje je bilo odprtega tipa. Anketirance smo prosili, naj pod to točko pripišejo svoje predloge za izboljšave na področju zdravljenja pooperativne bolečine. Večina anketirancev na to vprašanje ni odgovarjala. Od 55 veljavnih vprašalnikov smo odgovor na to vprašanje dobili le v 8 primerih.

Moški anketiranec, star 60 let, je napisal: „Kar bi lahko bilo bolje, bi bila lažja pokrivala (»kouter«), ker sama teža odeje potiska stopalo vstran. Vse ostalo 1A s črtico, kot temu rečemo – perfektno.”

Ženska anketiranka, stara 50 let, je navedla: „Pri meni je bilo vse lepo.”

Ženska, stara 60 let, je zapisala: „Z vsem posegom in s sestrami in z zdravnikom – ZADOVOLJNA.”

Ženska, stara 70 let, je napisala: „Zelo sem bila zadovoljna z vsem zdravstvom (s sestrami) in zdravnikom. Lepa hvala vsem skupaj in lep pozdrav.”

Moški, star 58 let, je pod zadnjo točko pripisal: „Pooperativne bolečine so prisotne kljub jemanju zdravil, le da so manj boleče. Tudi v prvi noči po operaciji sem izredno klical dežurno nočno med. sestro ob 3 h, takoj se je odzvala. Injekcija mi je pomagala, da sem do jutra vsaj spal. Vsaka naslednja noč do odpusta je bila manj in manj boleča. Redno so skrbele vaše dežurne dnevne kot tudi nočne med. sestre za mene kot pacienta, z dajanjem bolečinskih tablet kot tablet za spanje. Zatorej nimam pripomb na vaše oddelčno osebje. Samo tako naprej! Se vam zahvaljujem!!”

Moški, star 74 let, je navedel: „Osebje lahko samo pohvalim pri lajšanju moje bolečine.”

Moški, star 71 let, je zapisal: „Z lajšanjem bolečine sem bil zelo zadovoljen. Najbolj sem bil zadovoljen s tem, da sem zdravilo dobil takoj, ko me je začelo boleti. HVALA.”

Moški, star 58 let, je napisal: „Nimam predlogov. In zdravniki in medicinske sestre morajo biti več plačani za svoje delo, ki je odgovorno.”

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali so pacienti v Splošni bolnišnici Jesenice pred operativnim posegom poučeni o pooperativni bolečini. Po analizi rezultatov smo sklenili, da so pacienti pred operativnim posegom v večini primerov poučeni o pooperativni bolečini. Podatki so bili pridobljeni pri pacientih, ki so bili v Splošno bolnišnico Jesenice sprejeti za načrtovan operativni poseg *totalna endoproteza kolka*, zato jih ni mogoče posplošiti še na ostale skupine pacientov, ki so bili sprejeti v Splošno bolnišnico Jesenice, za kateri koli drug načrtovan operativni poseg. Slednje velja za vse ugotovitve te raziskave.

V povezavi s tem raziskovalnim vprašanjem smo ugotovili tudi, da so bili pacienti pred operativnim posegom s strani zdravnika večinoma poučeni o možnostih zdravljenja pooperativne bolečine. Selan et al. so v raziskavi leta 2009 na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice ugotovili, da so pacienti le v 61 % dobili predoperativne informacije o lajšanju bolečine s strani zdravnika. Če potegnemo vzporednico z našim raziskovalnim vprašanjem, pri katerem smo ugotovili, da so pacienti dandanes dobro seznanjeni z možnostmi lajšanja pooperativne bolečine s strani zdravnika (povprečna

vrednost 4,18), sta tudi Gunningberg in Idvall v raziskavi leta 2007 v University Hospital v Uppsali na Švedskem dobili podobne povprečne ocene za to področje, 4,0 (področje splošne kirurgije) in 4,5 (področje torakalne kirurgije).

Selan et al. (2009) pravijo, da je potrebno dati velik poudarek na predoperativni pogovor s pacientom o pooperativni bolečini ter seznaniti pacienta o možnostih lajšanja bolečine. Kljub temu pa so v naši raziskavi pacienti ocenili, da predoperativni pogovor o bolečini ni imel večjega vpliva na njihovo počutje oziroma dožemanje bolečine po operativnem posegu.

Z vprašalnikom smo želeli raziskati tudi, kako pogosto medicinske sestre ocenjujejo pooperativno bolečino. Anketiranci so odgovorili, da so jih medicinske sestre v večini primerov povprašale o bolečini vsaj enkrat na izmeno, in sicer zjutraj, popoldan in zvečer. Prav tako so se večinoma strinjali s trditvijo, da so jih medicinske sestre o bolečini povprašale takoj, ko so po operativnem posegu prišli na oddelek in tudi po aplikaciji zdravila proti bolečinam po preteku obdobja, v katerem naj bi zdravilo učinkovalo.

Relativno visoke povprečne vrednosti pri teh trditvah kažejo na to, da medicinske sestre redno in ob ključnih trenutkih izvajajo ocenjevanje bolečine, ki je izredno pomembno v procesu lajšanja pooperativne bolečine.

V naši raziskavi smo ugotovili, da medicinske sestre sicer v večini primerov pacientom pred operativnim posegom predstavijo lestvice za ocenjevanje bolečine, vendar so ti rezultati le minimalno nad povprečjem (povprečna vrednost 3,51), kar predstavlja precej nižje rezultate od zelenih in odpira možnosti za izboljšavo tega področja. Prav tako smo dobili nizke rezultate pri trditvi, da so medicinske sestre anketirance prosile, da svojo bolečino ocenijo na lestvici za ocenjevanje bolečine (povprečna vrednost 3,47).

Gunningber in Idvall (2007) pa sta v svoji raziskavi dobili povprečno vrednost za uporabo lestvic za ocenjevanje bolečine 3,9 (področje splošne in torakalne kirurgije), kar prav tako predstavlja nizek rezultat.

Selan et al. so leta 2009 ugotovili, da so bile pacientom le v 45 % razložene lestvice za ocenjevanje bolečine, možnost ocenjevanja bolečine po lestvicah pa so imeli le v 41 %. Po izvedeni raziskavi so sklenili, da se lestvice za ocenjevanje bolečine premalo

uporabljajo ter da so pacienti z njimi preslabo seznanjeni, s čimer pa se po analizi rezultatov naše raziskave strinjamo tudi mi.

Eden od ciljev raziskave je bil, preveriti, ali medicinske sestre sodelujejo s pacienti pri lajšanju pooperativne bolečine. V večini primerov so anketiranci odgovorili, da so medicinske sestre sodelovale z njimi pri lajšanju bolečine ter da so jim verjele, ko so izrazili bolečino.

Z raziskavo smo tudi ugotovili, da so medicinske sestre pacientom večinoma pomagale pri lajšanju bolečine z aplikacijo zdravil proti bolečinam, dokler jim ni odleglo, in da so poznale načine lajšanja pooperativne bolečine.

Sodeč po pridobljenih rezultatih, medicinske sestre kakovostno izvajajo aktivnosti zdravstvene nege in imajo za to tudi ustrezno znanje, oboje pa jim daje možnost, da lahko s pacientom uspešno sodelujejo pri lajšanju pooperativne bolečine.

Zadnje vprašanje, ki smo si ga zastavili pred raziskovanjem, je bilo, kakšno je zadovoljstvo pacientov z zdravljenjem pooperativne bolečine. Glede na izbrano oceno anketirancev smo prišli do zaključka, da so pacienti v splošnem zadovoljni z zdravljenjem pooperativne bolečine.

Za primerjavo lahko vzamemo raziskavo, ki so jo leta 2009 med pacienti po operativnem posegu v Splošni bolnišnici Jesenice izvajali Selan et al. Vprašalnik v njihovi raziskavi je bil sicer drugače zastavljen (pacienti so na vprašanja odgovarjali z *da* ali *ne*), vendar so ugotovili, da je bilo 86 % pacientov takrat zadovoljnih z lajšanjem pooperativne bolečine. Glede na ta rezultat bi lahko povzeli, da se stanje na tem področju ni bistveno spremenilo.

Gunningberg in Idvall sta leta 2007 v University Hospital v Uppsali na Švedskem izvedli raziskavo, med katero sta ugotovili visoko zadovoljstvo pacientov z lajšanjem pooperativne bolečine, vseeno pa sta mnenja, da so na voljo številna področja za izboljšanje. Pomemben je aktiven pristop k reševanju problema s poudarkom na primerni medsebojni komunikaciji, ustvarjanju zaupanja in varnega okolja. Medicinske sestre morajo k pacientu pristopiti z zadostnim znanjem s področja lajšanja akutne pooperativne bolečine in individualno delovati z vsakim posameznikom. To področje

ima neskončne zahteve po izobraževanju in novih smernicah, pri tem pa je potrebna podpora zdravstvenim sodelavcem in čas za supervizijo izvedenega dela.

Nestandardizirane metode vodijo v pomanjkljivo lajšanje bolečine in se posledično razlikujejo od pacienta do pacienta, kar pa lahko povzroča nezadovoljstvo med pacienti. Učinkovit primer standardiziranega zdravljenja bolečine je klinična pot (Selan et al., 2009), s katero so se srečali tudi naši anketiranci, saj v Splošni bolnišnici Jesenice pri načrtovanem posegu *totalna endoproteza kolka* uporabljajo klinične poti.

Dihle, Bjølseth in Helseth (2006) so v okviru Fakultete za zdravstveno nego v Oslu na Norveškem izvedli eksperiment med aktivnostmi, ki so jih medicinske sestre dejansko izvajale in tem, kar so trdile, da izvajajo. Ugotovili so, da so medicinske sestre paciente poučile o pooperativni bolečini le takrat ko so oni za to prosili, medicinske sestre pa so zatrjevale, da paciente pred operativnim posegom vedno poučijo o pooperativni bolečini. Proučevali so tudi ocenjevanje pooperativne bolečine in opazili, da je ocenjevanje neurejeno in popolnoma nezadostno, čeprav so medicinske sestre ponovno zatrdile, da paciente o bolečini povprašajo rutinirano. Tekom raziskave smo ugotovili, da medicinske sestre v naši raziskavi pogosteje in bolj sistematizirano ocenjujejo pooperativno bolečino, vendar tega ne moremo s popolno gotovostjo trditi, saj se je naš instrument razlikoval od norveškega eksperimenta.

Anketiranci v naši raziskavi so odgovorili, da je bil odzivni čas medicinske sestre od trenutka, ko so navedli bolečino, pa do trenutka, ko so dobili zdravilo proti bolečinam, pri dveh tretjinah anketirancev krajši od 10 minut, pri eni tretjini anketiranih pa je trajalo od 10 do 30 minut. Selan et al. (2009) so izračunale, da je povprečni odzivni čas medicinske sestre 12 minut.

Ugotovili smo, da pacienti ob bolečini ne pokličejo takoj medicinske sestre in pri tem zaradi različnih razlogov oklevajo. Največkrat so izbrali možnost, da je niso poklicali, ker lahko še malo potrpijo oziroma mislijo, da po operaciji mora boleti. V zelo malo primerih so izrazili, da medicinske sestre niso želeli obremenjevati, in še manjkrat, da si niso upali. Ne glede na razlog, zakaj pacienti ob bolečini takoj ne pokličejo medicinske sestre, smo našli področje, kjer se odpirajo možnosti za izboljšave. Pacientom je

potrebno dati občutek, da nam lahko zaupajo in jih poučiti, da nas čim prej pokličejo, saj bomo le na ta način uspešno lajšali akutno pooperativno bolečino.

Iz raziskave je razvidno tudi to, da bi se medicinske sestre pri lajšanju pooperativne bolečine lahko večkrat posluževale namestitve pacienta v položaj, ki bi mu zmanjšal bolečino.

V raziskavi smo ugotovili, da pacienti v večini primerov niso dobivali zdravil proti bolečinam tudi, če jih sami niso želeli (povprečna ocena 3,60). V primerjavi s študijo na Švedskem (Gunningberg, Idvall, 2007), ko sta bili povprečni oceni 4,3 (splošna kirurgija) in 4,5 (torakalna kirurgija). To pomeni, da so naši anketiranci manjkrat dobili zdravila proti bolečinam, če jih sami niso želeli.

Iz vprašanj o zadovoljstvu z zdravljenjem pooperativne bolečine in vplivu le-te na zadovoljstvo z zdravljenjem v bolnišnici lahko povzamemo, da ima za nekatere paciente zadovoljstvo z lajšanjem bolečine velik vpliv na zadovoljstvo z zdravljenjem nasploh (najvišja ocena 10), za druge pa to nima nikakršnega vpliva na zadovoljstvo z zdravljenjem v bolnišnici (najnižja ocena 0).

Znotraj zdravstvene nege so zaposlene medicinske sestre, ki se med seboj razlikujejo tako po osebnostnih lastnostih kot tudi po uporabi različnih metod za lajšanje bolečine. Nekatere medicinske sestre uporabljajo aktiven pristop – odkrito komunikacijo, dobro opažajo znake bolečine, bolečino poskušajo preprečevati in pri tem uporabljajo svoje znanje, medtem ko druge medicinske sestre uporabljajo pasiven pristop – posredno komunikacijo, spregledajo znake bolečine, prepustijo pacientom pobudo za lajšanje bolečine in je ne poskušajo preprečevati, temveč jo lajšajo šele, ko nastopi. V praksi večina medicinskih sester uporablja mešan pristop (aktiven/pasiven), ključ do izboljšanja na tem področju pa je večja uporaba aktivnega pristopa. S pacientom moramo vzpostaviti učinkovito komunikacijo, aktivno iskati znake morebitne bolečine, predvsem pa moramo pri svojem delu uporabljati znanje (Dihle et al., 2006).

4 ZAKLJUČEK

Z diplomskim delom smo želeli ugotoviti, kakšno je stanje na področju lajšanja akutne pooperativne bolečine v Splošni bolnišnici Jesenice. Za raziskavo smo si izbrali skupino pacientov, ki so bili sprejeti v bolnišnico zaradi načrtovanega operativnega posega, in sicer *totalna endoproteza kolka*.

Ugotovili smo, da so pacienti pred operativnim posegom poučeni o pooperativni bolečini, vendar bi lahko izboljšali to področje tako, da bi vsakemu pacientu, ki je sprejet, ustrezno predstavili lestvice za ocenjevanje bolečine ter jim razložili uporabo le-teh.

Iz naše raziskave je razvidno, da medicinske sestre ocenjujejo bolečino vsaj enkrat na izmeno, takoj ob prihodu pacienta na oddelek po operativnem posegu in po aplikaciji zdravila proti bolečinam. Opazili smo, da medicinske sestre ne uporabljajo v vseh primerih lestvic za ocenjevanje bolečine in to je zagotovo področje, ki bi ga bilo vredno popraviti. Na ta način bi lahko učinkoviteje prepoznali akutno pooperativno bolečino ali pa preprečili njeno poslabšanje že v začetni fazi razvoja bolečine. Prav tako bi z dosledno uporabo lestvic za ocenjevanje bolečine lahko med seboj primerjali stopnje bolečine pri pacientu in določili, katere metode lajšanja bolečine bomo uporabili v določeni situaciji.

Po navedbah anketirancev smo ugotovili, da medicinske sestre sodelujejo s pacienti pri lajšanju pooperativne bolečine, jim dajejo občutek vzajemnega zaupanja ter jim pri njihovih navedbah o bolečini verjamejo. Po analizi rezultatov smo sklenili, da bi medicinske sestre lahko pogosteje uporabljale preprostejše postopke za lajšanje bolečine. Eden izmed teh je sprememba položaja pacienta, po kateri smo tudi povpraševali v našem anketnem vprašalniku.

Rezultati so pokazali, da je velika večina pacientov zadovoljna z lajšanjem akutne pooperativne bolečine, kljub temu pa smo odkrili še nekaj pomanjkljivosti, ki bi jih lahko popravili.

Vsi pacienti, ki so sodelovali v naši raziskavi, so bili vodeni po klinični poti za totalno endoprotezo kolka. V ta protokol je vključena posebna rubrika, ki je namenjena obravnavi bolečine. Klinična pot od medicinske sestre zahteva, da se s pacientom ob sprejemu pogovori o pooperativni bolečini in mu predstavi numerično lestvico za

ocenjevanje bolečine. V protokol je potrebno večkrat dnevno vnašati oceno pacientove bolečine ob različnih priložnostih (takoj po operativnem posegu, po aplikaciji zdravila proti bolečinam, vsaj enkrat na izmeno itn.). Ocenjujemo, da z našega vidika klinična pot ni potrebna korekcije, saj zahtevane rubrike že vsebuje, bi pa poudarili, da mora zdravstveno osebje rubrike vestno in ustrezno izpolnjevati. Le tako bo obravnava pacientove pooperativne bolečine optimalna.

Naše ugotovitve si želimo predstaviti koordinatorici zdravstvene nege na kirurškem oddelku, predstojniku kirurškega oddelka, strokovni direktorici, pomočnici direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe ter ostalim zdravstvenim delavcem na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice. Zahtevnost tega področja nam mora biti izziv, da vedno stremimo k izboljšanju stanja, pa naj bo to še tako odlično. Potrebno je pripravljati nenehna izobraževanja s strani strokovnjakov tega področja za vse zdravstvene delavce, delavnice, na katerih bi zdravstveno osebje lahko delilo svoje izkušnje, in začrtati smernice na področju lajšanja pooperativne bolečine. Nenehno moramo napredovati pri komunikaciji s pacientom, se truditi, da vzpostavimo zaupanja vreden odnos, predvsem pa predstaviti zdravstvenemu osebju tako imenovan aktiven pristop pri lajšanju bolečine.

V prihodnje bi želeli svojo raziskavo še nadgraditi, tako da bi zajeli večje število anketirancev ter vanjo vključili različne skupine pacientov glede na vrsto operativnega posega. Na ta način bi lahko splošili svoje rezultate, z morebitno medsebojno primerjavo skupin pa bi lahko med različnimi kirurškimi oddelki ustvarili zdravo tekmovalnost, katere cilj bi bil: biti čim boljši pri lajšanju pooperativne bolečine. Tako bi imeli največjo korist pacienti, zdravstveno osebje pa bi stremelo k stalnem izboljševanju svojega dela. Stopnjo višje bi lahko šli še z vključitvijo medsebojno primerljivih zavodov ter tako razširili raziskovanje na celotno Slovenijo, raziskavo pa bi vsakoletno ponovili.

Z namenom, doseči zastavljene cilje, in z namenom, nuditi pacientu najboljšo možno oskrbo, se držimo misli: „Vsakdo ima pravico do življenja brez bolečin.“ (Carr, 2007).

5 LITERATURA

Bell L, Duffy A. Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. BJN. 2009;18(3):153-6.

Brložnik M. Zdravstvena nega bolnika s kronično bolečino. In: Bavčar K, Vrtovec J, Kofol T, Trampuž R, eds. Bolečina – izziv, Nova Gorica, 9. november 2002. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica; 2002: 25-33.

Brown DN. Pain assessment in the recovery room. JPP. 2008;18(11):480-9.

Carr E. Barriers to effective pain management. JPP. 2007;17(5):200-8.

Dihle A, Bjølseth G, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. JCN. 2006;15:469–79.

Dolžan Lindič H, Selan N, Pergarec Žansky I. Kakovostno vodenje bolečine – vloga medicinske sestre. In: Kramar Z, Kraigher A, eds. 2. strokovni seminar. Dnevi Angele Boškin - Dejstvo za kakovost: zbornik predavanj, Bled, 10.-11. april 2008. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice; 2008: 146-9.

Dumić D, Hercan T, Pajnkihar M. Partnerska vloga pacienta v procesu učinkovite obravnave bolečine. In: Majcen Dvoršak S, et al., eds. Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč - 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.-13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009.

Flis V. Kako zdravimo pooperativno bolečino? In: Cesar Komar M, ed. 12. seminar o terapiji bolečine z mednarodno udeležbo, Maribor, 6.-7. junij 2008. Maribor: SZZB – Slovensko združenje za zdravljenje bolečine; 2008: 70-5.

Gunningberg L, Idvall E. The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. *J Nurs Manag.* 2007;15:756–66.

Idvall E, Bergqvist A, Silverhjelm J, Unosson M. Perspectives of Swedish patients on postoperative pain management. *Nurs Health Sci.* 2008;10:131-6.

Jagodic V, Urbančič A. Lajšanje bolečine pri bolniku v enoti intenzivne terapije klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja v Ljubljani. *Obzor Zdr N.* 2005;39:215-9.

Kamenik M. Merjenje in ocenjevanje bolečine v perioperativnem obdobju. In: Cesar Komar M, ed. 12. seminar o terapiji bolečine z mednarodno udeležbo, Maribor, 6.-7. junij 2008. Maribor: SZZB – Slovensko združenje za zdravljenje bolečine; 2008: 40-7.

Klinar K. Obravnava pacienta z bolečino: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka šola za zdravstvo; 2010.

Kos N. Uporaba fizikalnih agensov pri zmanjševanju bolečine po poškodbi. In: Turk H, Drešček M, eds. Pomen srčne frekvence, astma in KOPB, bolečina v prsnem košu, obravnava bolečine po kirurški poškodbi, kronična ledvična bolezen, migrena, sodobna fitoterapija in praktične vaje oživljanja ter pristop k poškodovancu na terenu – VIII. Kokaljevi dnevi, Kranjska Gora, 11.-12- april 2008. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2008: 51-3.

Krčevski Škvarč N. Lajšanje bolečine po operaciji. *Med Mes.* 2005;1(10-11):29-34.

McMain L. Principles of acute pain managment. *JPP.* 2008;18(11):472-8.

Oshodi TO. The impact of preoperative education on postoperative pain. Part 1. *BJN.* 2007a;16(12):706-10.

Oshodi TO. The impact of preoperative education on postoperative pain. Part 2. *BJN.* 2007b;16(13):790-7.

Oware - Gyekye F. Pain management: The role of the Nurse. *W Afr J Nurs.* 2008;19(1):50-4.

Pangeršič M, Košir P. Bolečina vedno boli. *V skrbi za vaše zdravje.* 2012;28:4-5.

Petek C. Vloga medicinske sestre, nadzor, ocenjevanje in merjenje pooperativne bolečine. In: Bavčar K, Vrtovec J, Kofol T, Trampuž R, eds. *Bolečina – izziv*, Nova Gorica, 9. november 2002. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica; 2002: 51-3.

Požlep G. Lajšanje akutne in kronične bolečine po poškodbah. In: Turk H, Drešček M, eds. *Pomen srčne frekvenca, astma in KOPB, bolečina v prsnem košu, obravnava bolečine po kirurški poškodbi, kronična ledvična bolezen, migrena, sodobna fitoterapija in praktične vaje oživljanja ter pristop k poškodovancu na terenu – VIII. Kokaljevi dnevi*, Kranjska Gora, 11.-12. april 2008. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2008: 43-50.

Pirc J. Kronična bolečina. In: Bavčar K, Vrtovec J, Kofol T, Trampuž R, eds. *Bolečina – izziv*, Nova Gorica, 9. november 2002. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica; 2002a: 4-6.

Pirc J. Kronična bolečina pri bolniku z maligno boleznijo. In: Bavčar K, Vrtovec J, Kofol T, Trampuž R, eds. *Bolečina – izziv*, Nova Gorica, 9. november 2002. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica; 2002b: 7-10.

Selan N, Pergarec Žansky I, Lopuh M, Panič Z. Organiziranost službe za zdravljenje bolečine v Splošni bolnišnici Jesenice. In: Majcen Dvoršak S, et al., eds. *Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč - 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije*, Ljubljana, 11.-13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009.

Svilenković V. Ocenjevanje bolečine kot element kakovosti oskrbe bolnika: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka šola za zdravstvo; 2009.

Ščavničar E. Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N.* 2004;38:101-11.

Štor Z. Vloga kirurga v lažšanju pooperacijske bolečine. In: Cesar Komar M, ed. 12. seminar o terapiji bolečine z mednarodno udeležbo, Maribor, 6.-7. junij 2008. Maribor: SZZB – Slovensko združenje za zdravljenje bolečine; 2008: 111-7.

Wickström Ene K, Nordberg G, Bergh I, Gaston Johansson F, Sjöström B. Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. *JCN.* 2007;17:2042-50.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK O POOPERATIVNI BOLEČINI

Spoštovani,

sem Tanja Ravnikar, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in pripravljam diplomsko delo z naslovom *Zdravstvena nega pacienta z akutno bolečino po operativnem posegu*. V okviru diplomskega dela bom izvedla raziskavo med pacienti Splošne bolnišnice Jesenice z namenom, raziskati problematiko ocenjevanja in zdravljenja pooperativne bolečine. Vljudno vas prosim za sodelovanje in vam hkrati zagotavljam, da je raziskava popolnoma anonimna ter da bodo pridobljeni rezultati uporabljeni izključno v raziskovalne namene.

Odgovori naj se nanašajo na vaše zadnje/trenutno zdravljenje v bolnišnici. Prosim vas za iskrenost pri odgovarjanju na vprašanja.

Najlepša hvala za sodelovanje,

Tanja Ravnikar

1. Spol:

- a) Moški
- b) Ženski

2. Starost: ____ let

3. Izobrazba:

- a) Osnovna šola
- b) Poklicna šola
- c) Srednja šola
- d) Višja/visoka šola
- e) Univerzitetna
- f) Drugo: _____

Na naslednja vprašanja odgovorite tako, da pri vsaki trditvi obkrožite številko, ki za vas najbolj velja:

- 1 - sploh se **ne** strinjam
- 2 - se **ne** strinjam
- 3 - niti se ne strinjam/niti ne nasprotujem (**neopredeljen**)
- 4 - se strinjam
- 5 - popolnoma se strinjam

Seznanjenost z zdravljenjem pooperativne bolečine

4. Pred operativnim posegom me je zdravnik poučil o možnostih zdravljenja pooperativne bolečine.	1	2	3	4	5
5. Pred operativnim posegom mi je medicinska sestra predstavila lestvice za ocenjevanje bolečine.	1	2	3	4	5
6. O pooperativni bolečini sem bil/-a poučena.	1	2	3	4	5
7. Predhoden pogovor o bolečini me je pomiril.	1	2	3	4	5
8. Predhoden pogovor o bolečini me je prestrašil.	1	2	3	4	5
9. Predhoden pogovor o bolečini me je pripravil na soočenje z bolečino po operativnem posegu.	1	2	3	4	5
10. Predhoden pogovor o bolečini je vplival na moje dožemanje bolečine.	1	2	3	4	5

Ocenjevanje in lajšanje pooperativne bolečine

11. Medicinske sestre so me po bolečini povprašale vsaj enkrat na izmeno (zjutraj, popoldan in zvečer).	1	2	3	4	5
12. Medicinske sestre so me po bolečini povprašale takoj, ko sem po operativnem posegu prišel/prišla na oddelek.	1	2	3	4	5
13. Medicinske sestre so me prosile, da svojo bolečino ocenim na lestvici za ocenjevanje bolečine.	1	2	3	4	5
14. Medicinske sestre so me po aplikaciji zdravila proti bolečinam po preteku obdobja, v katerem naj bi zdravilo učinkovalo, ponovno povprašale po bolečini.	1	2	3	4	5
15. Ob bolečini sem takoj poklical/-a medicinsko sestro.	1	2	3	4	5
16. Medicinske sestre ob bolečini nisem upal/-a poklicati.	1	2	3	4	5
17. Medicinske sestre ob bolečini nisem poklical/-a, ker je nisem želel/-a obremenjevati.	1	2	3	4	5
18. Medicinske sestre ob bolečini nisem poklical/-a, ker sem menil/-a, da lahko še malo potrpi.	1	2	3	4	5
19. Medicinske sestre ob bolečini nisem poklical/-a, ker sem menil/-a, da po operaciji mora boleti.	1	2	3	4	5
20. Medicinska sestra mi je pomagala pri iskanju položaja, ki je zmanjšal mojo bolečino.	1	2	3	4	5

Zaupanje in občutek varnosti

21. Pred operativnim posegom sem se bal/-a pooperativne bolečine.	1	2	3	4	5
22. Zdravila proti bolečinam so mi pomagala.	1	2	3	4	5
23. Zdravila proti bolečinam sem dobil/-a tudi, če zanje nisem prosil/-a.	1	2	3	4	5
24. Medicinska sestra mi je pomagala pri lajšanju bolečine z aplikacijo zdravil proti bolečinam, dokler mi ni odleglo.	1	2	3	4	5
25. Medicinske sestre so poznale načine lajšanja moje bolečine.	1	2	3	4	5
26. Medicinske sestre so mi verjele, ko sem izrazil/-a bolečino.	1	2	3	4	5
27. Medicinske sestre so sodelovale z menoj pri lajšanju moje bolečine.	1	2	3	4	5

Na naslednja vprašanja odgovorite tako, da obkrožite črko ali številko poleg izbranega odgovora oz. odgovor napišete na črto. Izberite le eno od podanih možnosti.

28. Kako bi ocenili vašo bolečino po operativnem posegu na lestvici od 0 do 10?

(0 pomeni brez bolečin, 10 pa nezno bolečino)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

29. Koliko časa je minilo od trenutka, ko ste medicinsko sestro prosili za zdravila proti bolečinam, do trenutka, ko ste jih dobili?

a) Do 10 minut

b) 10 do 30 minut

c) 30 minut do ene ure

d) Več kot eno uro

e) Zdravil proti bolečinam sploh nisem dobil/-a, čeprav bi jih potreboval/-a

30. Kako bi ocenili vaše zadovoljstvo z zdravljenjem pooperativne bolečine na lestvici od 0 do 10? (0 pomeni, da ste popolnoma nezadovoljni, 10 pa, da ste zelo zadovoljni)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

31. Kako bi ocenili vpliv pooperativne bolečine na vaše zadovoljstvo z zdravljenjem v bolnišnici na lestvici od 0 do 10?

(0 pomeni, da sploh ne vpliva, 10 pa, da ima zelo velik vpliv)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

32. Predlogi za izboljšave na področju zdravljenja pooperativne bolečine:
