



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice

Faculty of Health Care
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI
OBLADOVANJU AKUTNE BOLEČINE**

**THE ROLE OF A NURSE IN ACUTE PAIN
MANAGEMENT**

Mentorica: Sedina Kalender Smajlović, pred.

Kandidatka: Nina Šmid

Jesenice, september, 2016

ZAHVALA

Najlepše se zahvaljujem mentorici gospe Sedinii Kalender Smajlović, pred. za usmeritve, predloge in strokovnost pri pripravi diplomskega dela.

Zahvalila bi se tudi recenzentoma gospodoma Andreju Finku, pred. in Izidorju Kernu, viš. pred. za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi lektorici Anji Ribnikar za lektoriranje diplomskega dela.

Zahvala gre tudi vodstvu za omogočeno izvajanje raziskave v Splošni bolnišnici Jesenice in Splošni bolnišnici Slovenj Gradec ter vsem zaposlenim, ki so prostovoljno sodelovali v raziskavi.

Posebna zahvala gre predvsem svoji mami, sestri in partnerju, ki so me tekom študija spodbujali.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Akutna bolečina nastane zaradi specifične bolezni ali poškodbe in ima koristno biološko funkcijo. Spremlja jo krčenje skeletnih mišic in aktivnost simpatičnega živčevja. V osnovi je samo omejujoča, izzveni z ozdravitvijo ali zacelitvijo poškodbe.

Cilji: Cilj diplomskega dela je raziskati, kakšno vlogo ima tehnik/-ca zdravstvene nege in diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik pri obvladovanju akutne bolečine pri kirurških pacientih v Splošni bolnišnici Jesenice in v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec.

Metode: Uporabljena je bila deskriptivno kvantitativna metoda raziskovanja s pomočjo vprašalnika, ki so ga izpolnili tehniki/-ce zdravstvene nege in diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki. Za izvedbo raziskave smo razdelili 140 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 112, kar predstavlja 80-odstotno realizacijo vzorca. Rezultate smo analizirali s pomočjo računalniškega programa SPSS 22.0. Za opisno statistiko so bile izračunane najmanjša, največja in povprečna vrednost, standardni odklon in standardna napaka. Za analizo razlik je bil uporabljen hi–kvadrat test (p-vrednost statistične pomembnosti $p < 0,05$), za analizo povezanosti pa Pearsonov korelacijski koeficient ($p < 0,05$).

Rezultati: Ugotovili smo statistično pomembne razlike pri uporabi lestvic za ocenjevanje bolečine pri pacientih med obema preučevanima bolnišnicama ($\chi^2(2)=7,130$, $p=0,028$). Tehniki/-ce zdravstvene nege in diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki v 91,7 % navajajo, da bi potrebovali dodatna znanja na področju bolečine.

Razprava: V 32,0 % tehnikov/-ic zdravstvene nege in diplomiranih medicinskih sester v Splošni bolnišnici Jesenice uporablja vizualno analogno lestvico za ocenjevanje bolečine, v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec pa v 30,0 %. V Splošni bolnišnici Jesenice 47,7 % uporablja številčno in 20,5 % besedno, medtem ko v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec 67,5 % uporabljata številčno, besedno pa 2,5 %. Tehniki zdravstvene nege in diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki pravijo, da bi jim nove informacije s področja obvladovanja in lajšanja bolečin koristile za prenos znanja v klinično okolje, kar navajajo tudi nekateri izsledki raziskav tujih avtorjev.

Ključne besede: bolečina, akutna bolečina, kronična bolečina, lajšanje bolečine, zdravljenje bolečine

SUMMARY

Background: Acute pain is caused by an illness or injury and has a useful biological function. It is accompanied by contraction of skeletal muscles and the activity of the sympathetic nervous system. Acute pain is merely limiting and resolves when an illness is cured or an injury healed.

Aims: The aim of the thesis was to investigate the role of a nurse in the management of surgical patients' acute pain at the Jesenice General Hospital and the Slovenj Gradec General Hospital.

Methods: A quantitative method of descriptive research was employed. To conduct the survey, nursing employees were asked to complete a questionnaire; a total of 140 questionnaires were distributed. Of these, 112 were returned, making the response rate 80,0 %. The results were analysed using the computer program SPSS 22.0. Next, descriptive statistics were used to determine the minimum, maximum and mean values, standard deviation and standard error. Chi-square test was performed to analyse the differences (p-value was set at $p < 0.05$), and Pearson's correlation coefficient ($p < 0.05$) was used to analyse the relationship between variables.

Results: Statistically significant differences were established in the use of pain assessment scales in patients for the two hospitals included in the study ($\chi^2 = 7.130$, $p = 0.028$). A total of 91.7 % of nurses indicated that they would require additional knowledge in the field of pain management.

Discussion: At the Jesenice General Hospital, 32,0 % of nurses use a visual analogue scale to assess pain, compared to 30,0 % of nurses at the Slovenj Gradec General Hospital. Moreover, at the Jesenice General Hospital, 47.7 % of nurses use a numeric scale and 20.5 % a verbal scale, while at the Slovenj Gradec General Hospital more than two-thirds (67.5 %) of nurses use a numeric and 2.5 % a verbal scale. Nurses believe that they would benefit from new information in the field of pain management and relief and that they would use that knowledge in the clinical setting. A tenth of respondents believe that they do not require any additional knowledge on pain management and alleviation.

Keywords: pain, acute pain, chronic pain, pain treatment, pain relief

KAZALO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | UVOD | 1 |
| 2 | TEORETIČNI DEL | 2 |
| 2.1 | BOLEČINA..... | 2 |
| 2.1.1 | Razlika med akutno in kronično bolečino..... | 4 |
| 2.1.2 | Vloga medicinske sestre pri lajšanju bolečine..... | 9 |
| 3 | EMPIRIČNI DEL | 14 |
| 3.1 | NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA..... | 14 |
| 3.2 | RAZISKOVALNA VPRAŠANJA..... | 14 |
| 3.3 | RAZISKOVALNA METODOLOGIJA..... | 15 |
| 3.3.1 | Metode in tehnike zbiranja podatkov..... | 15 |
| 3.3.2 | Opis spremenljivk in merskega instrumenta..... | 16 |
| 3.3.3 | Opis vzorca..... | 16 |
| 3.3.4 | Opis poteka raziskave in obdelave podatkov..... | 17 |
| 3.4 | REZULTATI..... | 18 |
| 3.5 | RAZPRAVA..... | 25 |
| 4 | ZAKLJUČEK | 29 |
| 5 | LITERATURA | 30 |
| 6 | PRILOGE | |
| 6.1 | INSTRUMENT | |

KAZALO TABEL

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Demografske spremenljivke anketirancev..... | 17 |
| Tabela 2: Način prepoznavne bolečine pri pacientih..... | 19 |
| Tabela 3: Ocenjevanje bolečine pri pacientih..... | 20 |
| Tabela 4: Lestvice za ocenjevanje bolečine | 20 |
| Tabela 5: Časovna odzivnost anketirancev | 21 |
| Tabela 6: Metode zdravljenja | 22 |
| Tabela 7: Nefarmakološki in farmakološki pristopi | 23 |

KAZALO SLIK

| | |
|---|----|
| Slika 1: Ocenjevanje bolečine pri pacientih | 18 |
| Slika 2: Dejavniki za terapijo | 21 |
| Slika 3: Izobraževanje | 24 |
| Slika 4: Oblika izobraževanja..... | 24 |

KAZALO KRAJŠAV

| | |
|------|---|
| MS | medicinska sestra |
| TZN | tehnik/-ca zdravstvene nege |
| DMS | diplomirana medicinska sestra/- zdravstvenik |
| SBJ | Splošna bolnišnica Jesenice |
| SBSG | Splošna bolnišnica Slovenj Gradec |

1 UVOD

Življenje brez bolečine je prijetno in šele soočenje z njo nas privede do tega preprostega spoznanja. V optimalnih pogojih je ljudje ne čutimo. Zavedati pa se moramo, da ni izključno negativna, saj nas vnaprej opozori, da se v telesu dogajajo nenormalne spremembe. Z izrazom bolečina zajamemo različne neprijetne bolečinske izkušnje (Dolžan Lindič, et al., 2008).

Mednarodno združenje za bolečino navaja, da je bolečina neprijetno čutno in čustveno doživetje, ki je povezano z neposredno ali možno poškodbo tkiva. V kar 90 % primerov lahko bolečino lajšamo z ustreznimi zdravili. Redkokdaj je stanje tako hudo, da z zdravili bolečine ne moremo ustrezno nadzirati, zato je potrebno poglobljeno interdisciplinarno delo specialistov za lajšanje bolečine (Lahajnar-Čavlovič, et al., 2008).

Bolečina je človekova subjektivna izkušnja, ki ima fizični, psihični, socialni, kulturni in duhovni vidik. Obstajajo dokazi, da je bolečina škodljiva za zdravje, a kljub temu veliko pacientov ni deležnih ustrezne protibolečinske obravnave. Vzroki za to tičijo v nepoznavanju bolečine, strahu pred pojavom odvisnosti od analgetikov ali v nezmožnosti, da bi zaradi pacientovega stanja ocenili njegovo bolečino (Jagodic & Urbančič, 2005).

Namen diplomskega dela je predstaviti vlogo tehnikov zdravstvene nege (TZN) in diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov (DMS) pri obvladovanju akutne bolečine. Želimo raziskati, na kakšen način TZN in DMS prepoznajo bolečino in kako hitro ukrepajo ob pojavu bolečine.

Zanima nas tudi, ali se TZN in DMS izobražujejo na področju vodenja in obvladovanja bolečine.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 BOLEČINA

Krčevski Škvarč (2005a) opisuje bolečino kot močan stresni dejavnik, ki povzroča slabše delovanje imunskega sistema.

»Bolečina je neprijetna čutna in čustvena zaznava, povezana z dejansko ali potencialno poškodbo tkiva. Bolečina je občutek, ki je vedno neprijeten. Nezmožnost verbalnega komuniciranja ne pomeni, da posameznik ne čuti bolečine« (Toni, 2012, p. 3).

Ni je lahko definirati, zato je ena najboljših definicij tista, ki so jo napisali pri International Association of the Study of Pain, ki pravi, da je bolečina neprijetna senzorična izkušnja, po navadi posledica poškodbe, vendar definicija dopušča možnost, da ni vedno tako (Požlep, 2007).

Po telesu imamo posejane posebne bolečinske receptorje, v katerih bolečina nastane. Ti nato v obliki električnih impulzov prenašajo sporočila po živcih v hrbtenjačo in nato v možgane. Ko signal doseže hrbtenjačo, sproži refleksen odgovor, to pomeni, da signal odpotuje po gibalnih živcih nazaj na mesto bolečine in sproži krčenje mišic. Bolečinski signal se odpošlje tudi v možgane. Človek se bolečine zave šele potem, ko možgani signal obdelajo in ga razložijo kot bolečino (Dolžan Lindič, et al., 2008).

Bolečino lahko delimo po različnih kriterijih v več vrst (Skinder Savić, et al., 2010, pp. 159–160):

- Glede na fiziološko vlogo poznamo:
 - fiziološko bolečino - to je bolečina, ki ima obrambno in opozorilno vlogo;
 - patološko bolečino - to je vsaka kronična bolečina in ovira posameznika v vsakodnevnem življenju.

- Glede na trajanje ločimo:
 - akutno bolečino - ki se pojavi zaradi tkivne poškodbe in izzveni po prenehanju bolečinskega dražljaja;
 - kronično bolečino - dolgotrajna bolečina, ki postane neodvisna od bolečinskih dražljajev; o njej govorimo, ko simptomatika traja več kot 3 mesece.

- Glede na lokalizacijo ločimo:
 - somatsko bolečino - to je povrhnja bolečina, najpogosteje v koži;
 - visceralno bolečino - bolečina, ki jo čutimo v notranjih organih.

- Glede na nastanek poznamo:
 - nociceptivno bolečino - nastane zaradi vzdraženja nociceptorjev;
 - nevropatsko bolečino - nastane zaradi poškodbe živca z bolečinskim nitjem;
 - psihogeno bolečino - za zaznavo tovrstne bolečine ni moč odkriti tovrstnega telesnega vzroka.

Pri bolečini govorimo tudi o naravi bolečine, ki je lahko ostra, topa, krčevita, zbadajoča, pekoča, difuzna. Poleg teh poznamo tudi izraza (Skinder Savić, et al., 2010, pp. 159-160):

- prenesena bolečina - je bolečina, ki sicer izvira v notranjem organu, občutimo pa jo kot slabo lokalizirano bolečino na površini telesa (na primer pri angini pektoris bolečina v vratu);
- projicirana bolečina - gre za neposredno draženje bolečinskih vlaken, kar izzove zaznavo bolečine v perifernem predelu, ki ga dotični živec oživčuje.

»Tekom življenja vsak izmed nas občuti bolečino. Občutek bolečine je sestavljen iz naslednjih procesov: transdukcija, transmisija, modulacija in percepcija. Na te procese lahko vpliva senzitivizacija« (Toni, 2012, p. 3).

Požlep (2007) pravi, da je akutna bolečina nociceptivna. Akutna bolečina ima mnoge učinke na organizem. Organizem se trudi ohranjati ravnovesje, a se zraven priključi neuroendokrini sistem z adrenokortikalnim odgovorom na stres. Vpliv stresa na telo se kaže z motenim delovanjem različnih organov (Berčič, 2005).

Kronična bolečina je najpogosteje nasledek neustrezno olajšane akutne bolečine, čeprav na njen nastanek vplivajo tudi psihološki dejavniki in dejavniki okolja (Krčevski Škvarč, 2005b).

Tako akutna kot tudi kronična bolečina se pri ljudeh pojavljata v velikem odstotku. Pacientu slabšata kakovost življenja, predstavljata pa tudi javno zdravstveni problem, saj se povečajo stroški zdravljenja (Kuhar, 2012). V kliničnih raziskavah navajajo, da ima nezdravljena bolečina številne posledice: depresijo, motnje spanja, utrujenost, slabše splošno duševno in telesno počutje, daljši čas rehabilitacije po operativnih posegih, slabše splošno zadovoljstvo pacientov in socialno izolacijo (Ashburn & Staats, 1999; Clinton, 1992; Brennan & Horward, 2004 cited in Rifel & Kopavčar-Guček 2008). V Združenih državah Amerike so dokazali, da je polovica od 23 milijonov pacientov po operativnem posegu trpela za bolečino in le polovica dobila ustrezno terapijo (Clinton, 1992 cited in Rifel & Kopavčar-Guček, 2008).

Tsai, et al. (2007 cited in Dobnik, 2013) so v raziskavi ugotovili, da je največja ovira MS upravljanje akutne bolečine pri pacientih.

2.1.1 Razlika med akutno in kronično bolečino

Akutna bolečina je posledica določene bolezni ali poškodbe in ima pozitivno biološko funkcijo. Zanj je značilno krčenje mišic in aktivnost simpatičnega živčevja. Ko pacient ozdravi ali se mu poškodba zaceli, akutna bolečina izzveni. Telo se na škodljiv dražljaj odzove z aktivacijo nociceptorja in prevajanjem bolečinskega dražljaja na višje centre, kjer se pred zaznavo oblikuje z delovanjem stimulacijskih in zaviralnih mehanizmov. Pojavnost kronične bolečine se z učinkovitim lajšanjem akutne bolečine, ki je posledica vnetnih, ishemičnih, presnovnih in drugih bolezni ter poškodb, zmanjša (Stepanović, 2005, Krčevski-Skvarč, 2006 cited in Kuhar, 2012). Coderre, Catz, Vaccarino (1993 cited in Kuhar, 2012) navajajo, da kronična bolečina povzroča nelagodni občutek in

trpljenje, saj bolečina ostane po tem, ko bolezen ali poškodba izzvenita. Lahko traja nekaj mesecev ali celo življenje. Akutna bolečina preide v kronično zaradi pojava periferne in centralne senzitivacije. Ta pojava sta reverzibilna, če trajata krajši čas; daljše trajanje preobčutljivosti v nociceptivnem stanju privede do anatomskih sprememb. Kronična bolečina za razliko od akutne bolečine pacienta omejuje in uničuje telesno, psihično, socialno in ekonomsko. Obravnava kronične bolečine zahteva interdisciplinaren pristop, torej sodelovanje zdravstvenih delavcev z različnih področij (Krčevski-Skvarč, 2006 cited in Kuhar, 2012).

»Povprečna pojavnost akutne bolečine naj bi znašala okoli 5,0 % in naj bi bila nižja od pojavnosti kronične bolečine, ki znaša okoli 20,0 %« (Požlep, 2009, p. 95).

Znanstvena literatura navaja, da je razširjenost kronične bolečine v Evropi 19,0 %, v Sloveniji pa 23,0 %, kar nas uvršča na četrto mesto v Evropi (Stepanović, 2008).

Obvladovanje in ocenjevanje bolečine je nepogrešljiv del zdravstvene nege pacientov (Dobnik, 2013). Bolečino ocenjujemo z različnimi lestvicami in mnogimi drugimi pripomočki, ki pa so lahko tudi zamudni. Bolečino ocenjujemo pri vsakem obisku pacienta. Mesto bolečine in eventualne senzorne motnje je potrebno dokumentirati. Pozorni naj bi bili predvsem na temperaturo, barvo in vlažnost kože. Pri ocenjevanju nevropatske bolečine pa naj bi bili pozorni še na občutek za dotik, vibracijo, temperaturo in bolečinske dražljaje (Stepanović, 2005).

Skinder Savić, et al. (2010) navajajo, da poznamo vizualno analogno lestvico (VAS), ki je lestvica s številčnim ocenjevanjem in obenem vidno prikazano stopnjo bolečine. VAS lestvica je dolga 10 enot. Pacienti pokažejo, kako močna je njihova bolečina.

Požlep (2007) pravi, da je pri številčni lestvici bolečina, ocenjena z 10, nevzdržna bolečina, od 1 do 3 blaga, od 4 do 6 srednje močna in od 7 do 9 močna bolečina. Včasih so vrednosti prikazane od 0 do števila 100. Pri opisni ali besedni lestvici pacient lahko bolečino opiše z besedami kot blaga, zmerna ali srednje močna, močna, zelo močna ali nevzdržna bolečina. Poznamo še lestvico smejočih obrazov, ki je uporabna predvsem pri otrocih. Bolečino je potrebno lajšati, kadar le-to pacient oceni nad 3.

Zdravljenje bolečine je učinkovito, če jo natančno diagnosticiramo. Izvedemo anamnezo pacienta; pri tem upoštevamo pacientov psihosocialni položaj, njegovo družino, zaposlitev in seveda samo bolečino (Stepanović, 2005).

V praksi zdravstvene nege in zdravstvene oskrbe se za zdravljenje bolečine uporabljajo različni pristopi in metode. Kuhar (2012) navaja, da se farmakološka in nefarmakološka sredstva in metode uporabljajo za lajšanje in zdravljenje bolečin.

Akutno bolečino lahko lajšamo na različne načine, pogosto pa so enostavni nefarmakološki načini, kljub pozitivnim izkušnjam, premalokrat uporabljeni (Požlep, 2009).

Nefarmakološki pristop lahko prispeva k učinkovitemu zdravljenju bolečine in je pogosto med pacienti dobro sprejet. Nekaj preprostih nefarmakoloških ukrepov, ki se jih včasih priporoča, (na primer vroči ali hladni obkladki) ni dobro raziskanih. Med nefarmakološke pristope, spada tudi TENS. Uporablja se pri akutnih in kroničnih bolečinah in pri bolečinah zaradi raka. Pri akutnih in kroničnih bolečinah ni dovolj dokazov, ki podpirajo uporabo TENS - a, saj so študije slabo raziskane in je malo podatkov o električni stimulaciji, ki so potrebni za lajšanje bolečin (Care search, 2013). Drugi nefarmakološki pristopi so še: terapijski pogovor in dotik, terapija z glasbo, prisotnost pacientu pomembnih oseb, pozorno poslušanje in empatičnost zdravstvenega osebja (Gelinas, et al., 2013 cited in Sprogar & Rode, 2014).

Požlep (2008) opisuje, da med nefarmakološke metode zdravljenja bolečine sodi tudi kirurška metoda. Je pogosto najboljša metoda za odpravo bolečine v degeneriranih sklepih. Še vedno je mikrokompresija trigeminusa edina vzročna metoda za zmanjšanje bolečin pri nevralgiji trovejnega živca. Prav tako se izvajajo prekinitve (popolna in delna) zadnjih korenin. S tem naj bi denervirali področje, v katerem pacient občuti bolečino. Pri električni stimulaciji hrbtenjače vstavimo elektrodo v epiduralni prostor, ki direktno draži zadnje robove hrbtenjače. Za to metodo se odločajo, ko vse neinvazivne metode odpovedo; pri nas se uporablja redko, saj ni zelo dostopna. Pri blokadah injicirajo lokalni anestetik, kortikosteroid ali oba v področje posameznih živcev, živčnih korenin ali pa v epiduralni prostor. Z blokadami običajno dosežejo analgetični učinek,

ki večkrat presega čas delovanja lokalnega anestetika. Kadar gre za simpatično vzdraženo bolečino, uporabijo blokado simpatičnega živčevja. V praksi se za to najpogosteje odločajo pri zdravljenju kompleksnega regionalnega bolečinskega sindroma, ki po poškodbi ni redek.

Zdravljenje bolečine pa je lahko tudi farmakološko. Svetovna zdravstvena organizacija je že pred leti izdelala tristopenjsko lestvico za zdravljenje akutne bolečine z zdravili. Na prvi stopnji se uporablja paracetamol, katerega učinek je pri blagi do srednje močni bolečini primerljiv standardnemu odmerku nesteroidnih antirevmatikov ali celo morfina. Na drugi stopnji so šibki opioidi, po potrebi kombinirani z neopioidi, na tretji stopnji pa močni opioidi, ponovno kombinirani z zdravili s prve stopnje (Wall & Melzack, 1999; Australian and New Zealand College Anaesthetist and Faculty of Pain Medicine, 2005; Omoigui, 1995; Pamela, et al., 2007 cited in Požlep, 2009).

Zdravila za zdravljenje nevropatske bolečine se uporabljajo v relativno majhnem odstotku (antidepresivi v 17,0 % in triciklični antidepresivi v 14,0 %). Za veliko večino pacientov je sistemska analgezija učinkovita farmakološka metoda za zdravljenje bolečine. Pri majhnem odstotku pacientov pa bolečina s takšnim načinom zdravljenja ostane neobvladovana, zato se pri njih poslužujejo uporabe spinalne analgezije in nevromodulacijskih ter nevrodestruktivnih blokad v perifernem, osrednjem in simpatičnem živčnem sistemu (Kuhar, 2012).

»Opioidi so zdravila, ki se največkrat uporabljajo za lajšanje srednje močnih in močnih bolečin. Vežejo se na opioidne receptorje, ki se nahajajo predvsem v centralnem živčevju in preprečijo prenos bolečinskih impulzov iz periferije proti centralnemu živčnemu sistemu. Tudi opioidi imajo kar precej neželenih učinkov« (Požlep, 2009, p. 96).

Za lajšanje srednje močne bolečine in kot kombinacija z drugimi analgetiki pri lajšanju močne akutne bolečine so primerni nesteroidni analgetiki. Ti delujejo tako, da zavirajo sintezo prostaglandinov, ki nastajajo pri vnetju ali po poškodbi. Zaradi neželenih učinkov na prebavilih, ledvicah in tudi srcu je njihova uporaba žal omejena. Ko so se na

trgu pojavili koksibi, je kazalo, da bomo dobili nesteroidne analgetike z mnogo manj neželenimi učinki. Ker pa so se ob njihovi dolgotrajni uporabi žal pojavili trombembolični zapleti, so jih večino odstranili s tržišča (Požlep, 2009).

Pacientu apliciramo zdravilo na različne načine, in sicer sublingvalno, peroralno, subkutano, intermuskularno, intravenozno, rektalno. Pomembno je, da je zdravilo dano pravočasno, v rednih intervalih in pravih odmerkih. Pri tem upoštevamo individualno potrebo pacienta (Jus, 2014).

Izbira analgetika je odvisna od vrste in jakosti bolečine ter vzroka za bolečino. Pomembno je, da zdravila uvajamo stopenjsko, torej od najšibkejših do najmočnejših. Pri nevropatski bolečini pa na vseh stopnjah zdravljenja uporabimo še antiepileptike in antidepressive. Nekatere raziskave izražajo dvom, da je zdravljenje kronične bolečine s šibkimi opioidi koristnejše kot zdravljenje z močnimi opioidi. V raziskavah namreč ugotavljajo, da so močni opioidi v majhnih odmerkih enako učinkoviti kot veliki odmerki šibkih opioidov, katerim je treba dodajati še nesteroidne antirevmatike. Takega načina predpisovanja močnih opioidov se poslužujejo predvsem v paliativni oskrbi, kjer jakost bolečine zaradi napredovanja bolezni hitreje narašča (Kerec Kos, 2012).

Določena zdravila za zdravljenje bolečine imajo postavljene omejitve predpisovanja. Pri nas je omejitve, ki jih je potrebno upoštevati, postavil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Premuš Marušič, 2012).

V Evropi so šibki opioidi uporabljeni v 24,0 %, v Sloveniji v 16,0 %. Medtem je uporaba paracetamola v Sloveniji višja, saj se ga uporablja v 24,0 %, v Evropi pa le v 18,0 %. Slovenska študija uporabe močnih opioidov ni odkrila, kar je očitno napaka, ki jo razlagamo na različne načine. V Evropi je odstotek uporabe močnih opioidov namreč 5- odstoten (Cesar-Komar, 2011).

2.1.2 Vloga medicinske sestre pri lajšanju bolečine

Bolečina in kakovost življenja sta kompleksni zadevi in kakovost življenja je morda lahko občutljiv kazalec uspešnosti izobraževanja o bolečini. Z obvladovanjem bolečine se ukvarja celoten zdravstveni tim. Medicinska sestra (MS) je pristojna oseba, ki mora bolečino prepoznati, oceniti in ustrezno ukrepati, k temu jo namreč zavezuje tudi poklicna obveznost. Za to potrebuje veliko znanja, izkušenj ter moralnih in etičnih načel. Če je pri obvladovanju bolečine uspešna, so pacienti zadovoljni in hitreje okrevaajo, kar skrajša bivanje v bolnišnici. Lajšanje bolečine je ključnega pomena za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege (Dobnik, 2013).

Pacienti, ki so kritično bolni, omamljeni, zmedeni, v deliriju, ali kako drugače kognitivno oslabljeni, ne morejo poročati o bolečini. MS se pogosto zanašajo na srčni utrip, dihanje, krvni tlak in druge fiziološke podatke za potrditev prisotnosti bolečine. Ti znaki lahko kažejo na bolečino, obenem pa lahko vplivajo na druge bolezni (Wuhrman & Cooney, 2011).

Zdravljenje bolečine je timsko delo, ki zahteva interdisciplinarni pristop. Povezovanje, izmenjava izkušenj in mnenj ter nova znanja vseh sodelujočih strokovnjakov poskrbijo za celovitejšo in kakovostnejšo obravnavo pacientov. MS ima pomembno vlogo pri spremljanju, ocenjevanju in merjenju bolečine, saj je ona tista, ki največ komunicira s pacientom, mu je v oporo in je njegova zaupnica (Bahč & Mlinar, 2013). Način lajšanja bolečine predpiše zdravnik, MS pa ocenjuje moč bolečine. MS z ocenjevanjem jakosti bolečine, dajanjem analgetične terapije in opazovanjem njenih učinkov ter dokumentiranjem naredi bolečino vidno (Rešetič, 2012).

Tudi pri lajšanju bolečine bi si morali TZN in DMS pomagati s Kodeksom etike medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege Slovenije. Potrebno je, da upoštevajo načela dobronamernosti, kar pomeni v dobrobit pacienta; načelo neškodovanja, kar pomeni, da ne smemo škodovati pacientu in načelo avtonomije, kar pomeni, da pacient sam odloča o svojem telesu (Svilenković & Petek, 2006).

Pri neustreznem lajšanju akutne bolečine lahko privedejo do hiperkoagulacije in zmanjšane imunosti, ki vodijo do zapletov, kot sta venska tromboembolija in okužba. Neustrezno zdravljen akutna bolečina lahko privede do kronične bolečine, podaljšanja hospitalizacije pacienta, ponovnega sprejema v bolnišnico in nezadovoljstva pacienta (Wuhrman & Cooney, 2011).

Med laiki, žal pa tudi med zdravstvenimi delavci, še vedno velja, da je bolečina po operativnem posegu nekaj »normalnega«. Številni dokazi podpirajo dejstvo, da je neučinkovito obvladovanje bolečine za pacienta škodljivo in poveča tveganje za pojav zgodnjih pooperativnih zapletov. Iz tega sledi, da je tako bolečino nujno potrebno zdraviti, kar pomeni odpraviti v celoti (Faganeli, 2012).

Poleg pacientove ocene morajo MS objektivno oceniti samo bolečino, kar pomeni, da ocenjujejo zavestno stanje pacienta, funkcionalne zmogljivosti opravljanja življenjskih aktivnosti, njegovo emocionalno stanje, vpliv bolečine na gibanje. Opazujejo izraz obraza, glasove: vzdih, stokanje, glasno dihanje, telesne znake: spremembe v držbi, gibljivosti, tresenje, otrdelost, spremembe v odnosu z ljudmi: agresija, odklanjanje nege, zmanjševanje socialnih stikov, spremembe v vsakodnevnih aktivnostih: odklanjanje hrane, spremenjen apetit, motnje spanja, sprememba razpoloženja: jok, zmedenost, stiska (Skinder Savić, et al., 2010). Zdravstveni delavci, ki se soočajo s pacientovo bolečino, morajo biti v ocenjevanju bolečine ustrezno izobraženi (Faganeli, 2012).

Kardoš (2006) pravi, da glede na zbrane podatke izdelamo negovalni načrt. Obsegati mora negovalno diagnozo, negovalne cilje, načrtovane intervencije, vrednotenje in dokumentiranje. Potrebno je pridobiti podatke od pacienta ali svojcev o jemanju analgetične terapije ali drugih zdravil, ki se uporabljajo za zdravljenje nevropatske bolečine, kot so antidepresivi in antikonvulzivi.

Pacienti in svojci imajo pogosto napačne informacije in premalo informacij o obvladovanju pooperativne bolečine, kar je lahko eden izmed razlogov za nezadostno obvladovanje bolečine, dejstvo pa je tudi, da pacienti, ki med pripravo na operacijo dobijo celovite informacije o pričakovanih izidih operacije, zaznavajo nižjo stopnjo

bolečine glede na bolečinsko lestvico kot pacienti, ki niso poučeni (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2011).

Pomen kontinuiranega izobraževanja za izboljšanje razumevanja o bolečini MS in vključevanje ocene bolečine v dnevno »rutino« MS, vpliva na zadovoljstvo pacientov in je po navedbi raziskav ključnega pomena pri obvladovanju bolečine (Innis, et al., 2004). Tudi Cheuk–chi & Lui in Winnie (2012 cited in Dobnik, 2013) so v izvedeni raziskavi ugotovili, da se po izvedenem izobraževanju intenzivnost bolečine znatno zmanjša, vendar statistično pomembnih sprememb na kakovosti življenja pacientov ni bilo mogoče dokazati. Poudarili so potrebo po inovativnih učnih strategijah in pristopih v klinične okvire za povečanje osveščenosti MS o ustreznem ocenjevanju in obvladovanju bolečine. MS skrbi za lajšanje bolečine z znanjem in spretnostmi ter pomaga pacientu pri določenih ciljih, ki spodbujajo spoštovanje in pridobitev mehanizmov, ki zmanjšajo negativne učinke. MS pomaga pacientu, da prevzame odgovornost za svojo skrb do bolečine (Association of Rehabilitation Nurses, 2015).

Prav tako je raziskava Guardini, et al. (2008 cited in Dobnik, 2013) pokazala pomen izobraževanja v okviru 18-mesečnega izobraževanja sestavljenega iz predavanj, razprav in igranja vlog v tečaju »Bolnišnica brez bolečine«. Zaključek raziskave je bil, da se znanje postopoma izgubi, če ne potekajo izpopolnjevanja.

V ameriškem centru za usposabljanje MS pri obvladovanju bolečine navajajo, da je od leta 2013 za obvladovanje bolečine usposobljenih 1.672 MS. Zavedajo se tudi, da bodo v prihodnosti imele MS vedno večjo vlogo pri obvladovanju bolečine, saj je trenutno ta na plečih zdravnikov, kar pa je za njih zelo obremenjujoče (American Nurse Credentialing Center, 2013 cited in Glowacki, 2015).

The Joint Commission v Združenih državah Amerike je leta 2001 sprožil zahteve, ki so se nanašale na izboljšanje obvladovanja bolečine, s poudarkom na tem, da mora biti bolečina učinkovito ocenjena in obravnavana pri vseh pacientih. Ugotovili so namreč, da kronična in akutna bolečina povzročata največje nezadovoljstvo med pacienti v ameriškem zdravstvenem sistemu. Spodbujajo, da se osredotočijo na kakovost bolečine

in jo ocenjujejo ter obravnavajo pri vseh pacientih (Vila, et al., 2005 cited in Glowacki, 2015). Wolosin et al. (2012 cited in Glowacki, 2015) navajajo, da bi to lahko izboljšali; predvsem z razbremenitvijo dela MS in zagotavljanjem časa za pristnejši odnos med pacientom in MS.

Izobraževalni programi so učinkovita metoda za izboljšanje znanja MS o bolečini in priložnost, da se odpravijo negativna mišljenja in prepričanja (McNamara, et al., 2012).

Prav tako je raziskava Rahimi-Madiseh, Tavakol in Dennick (2010, cited in Dobnik, 2013) skušala oceniti znanje in stališča študentov zdravstvene nege v Iranu o obvladovanju bolečine. Izvedli so presečno študijo, katere rezultati so pokazali, da je med študenti hudo pomanjkanje znanj o bolečini in upravljanju le te. Pokazalo se je, da obstaja potreba po izboljšanju učnega načrta, ki bi vseboval vsebine bolečine in njenem upravljanju, da bi v bodoče lahko izboljšali zagotavljanje optimalne zdravstvene nege pacientov. Horbury, Henderson in Bromley (2005 cited in Dobnik, 2013) so opravili raziskavo, zaradi slabe udeležbe MS na srečanjih, kjer so razpravljali o oceni bolečine in upravljanju. Znanje obstoječe prakse zdravstvene nege in spremljevalna prepričanja in odnosi v zvezi z bolečino so ključnega pomena pri razvoju ustreznih nadaljnjih izobraževanj DMS. Rezultati kažejo primanjkljaje v znanju glede optimalnega lajšanja bolečine.

Romanek & Avelar (2013) pravita, da je bila v Braziliji izvedena raziskava, ki kaže, da bi na dodiplomskem študiju morale biti poučevanje na področju bolečine v zdravstveni negi prednostna naloga. Študija je pokazala, da je potrebno študente bolj usmerjati v poučevanje o bolečini z namenom, da skrbijo za paciente z bolečino v celostnem pristopu.

Glede na razsežnost patofizioloških učinkov bolečine, je bolečina velik negovalni problem. Bolečino bi morali tudi pri nas uveljaviti kot peti vitalni znak in ji posvetiti enako pozornost kot drugim vitalnim znakom, ki se jih meri in dokumentira (Kardoš, 2006). V Avstraliji in na Novi Zelandiji je Kolegij Anaesthetists and the Chronic pain bolečino že opredelil kot peti vitalni znak (ANZCA, 2005; Chronic Pain Policy Coalition, 2007 cited in Wood, 2008).

Kot pravi Svilenković (2005) pomeni lajšanje bolečine z vidika zdravstvene nege obravnavo bolečine v smislu prepoznavanja, vrednotenja in izvajanja ukrepov za njeno lajšanje in dokumentiranje. Vse to mora biti izvedeno natančno, sprotno in pravočasno. Paciente, ki trpijo za akutno bolečino, bi morali TZN in DMS vprašati, jim verjeti in ukrepati.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA

Namen diplomskega dela je raziskati, kakšno vlogo imajo TZN in DMS pri obvladovanju akutne bolečine pri kirurških pacientih. Podatke bomo primerjali z nekaterimi raziskavami in po potrebi predlagali ukrepe.

Cilji diplomskega dela so:

- ugotoviti, kateri demografski podatki TZN in DMS pripomorejo k obvladovanju bolečine in kako se z njo spopadejo;
- ugotoviti, kaj menijo in kakšne so razlike TZN in DMS o uporabi lestvic za ocenjevanje bolečine v SBJ in SBSG;
- ugotoviti, v kolikšnem času TZN in DMS ukrepajo ob pojavu bolečine ter kateri dejavniki so pomembni za reakcijo zdravstvenega osebja na pacientovo bolečino;
- ugotoviti mnenja in stališča ter razlike TZN in DMS v SBJ in SBSG o metodah zdravljenja, ki jih največkrat uporabijo ter v kolikšnem času pacient prejme analgetično terapijo;
- ugotoviti stališča TZN in DMS do izobraževanja o bolečini, ali ga imajo dovolj, potrebujejo dodatna izobraževanja in v kakšni učni obliki naj bi bilo izobraževanje predstavljeno;

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregledane tuje in domače literature ter na podlagi zastavljenih ciljev smo razvili naslednja raziskovalna vprašanja:

R1: Koliko TZN in DMS ocenjuje bolečino v SBJ in SBSG?

R2: Kakšne razlike se pojavljajo med TZN in DMS v SBJ in SBSG pri uporabi lestvic za ocenjevanje bolečine in v kolikšnem odstotku jih TZN in DMS uporabljajo?

R3: V kolikšnem času TZN in DMS ukrepajo ob pojavu bolečine pri pacientu in kateri dejavniki so pomembni, da reagirajo na pacientovo bolečino?

R4: Kakšna je razlika med SBJ in SBSG pri uporabi različnih metod zdravljenja med TZN in DMS?

R5: Kakšen odstotek TZN in DMS izrazi željo po izobraževanju in v kakšni učni obliki si želijo, da bi bilo izobraževanje predstavljeno?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Pregledali smo znanstveno in strokovno literaturo iz domačega in tujega okolja. Za pregled literature smo uporabili knjige splošnih in strokovnih knjižnic v slovenskem prostoru.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo deskriptivno kvantitativno metodo raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik. V diplomskem delu smo uporabili domačo in tujo literaturo, ki se nanaša na aktualni problem. V slovenskem prostoru smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS, iskali pa smo tudi preko tujih baz podatkov; Cinahl, PubMed, SpringerLink idr.

Pri iskanju literature je bila postavljena časovna omejitev od leta 2005 do leta 2015.

Uporabili smo naslednje ključne besede v slovenskem jeziku: bolečina, akutna bolečina, kronična bolečina, lajšanje bolečine, zdravljenje bolečine, v angleškem jeziku pa: : pain, acute pain, chronic pain, pain treatment, pain relief. Članke o bolečini smo pridobili s pomočjo zbornikov predavanj in strokovnih člankov. Pridobili smo 51 člankov v slovenskem jeziku, izločili smo člankov 17, za nadaljnje delo smo uporabili 34 člankov. V angleškem jeziku smo jih našli 25, izločili 9, za nadaljnje delo smo uporabili 15 člankov. Članke smo izločili glede na vsebino in letnico izdaje.

3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili tehniko anketiranja v obliki pisnega anonimnega strukturiranega zbiranja podatkov, ki smo ga razdelili med zaposlene TZN in DMS SBJ in SBSG. Vprašalnik smo razvili na osnovi pregleda strokovne in znanstvene literature (Klinar, 2010; Košti, 2012; Medjedović, 2014), bila pa so odprtega in zaprtega tipa. Vprašalnik je zajemal pet delov, vseh vprašanj je bilo 26. Prvi del, vprašanja od 1 do 5, zajema demografske podatke, drugi del se nanaša izključno na prepoznavo bolečine in uporabo lestvic za ocenjevanje bolečine. Zajema vprašanja od 6 do 10. Tretji del je zajemal vprašanja od 11 do 15, nanašajo pa se na hitrost ukrepanja TZN in DMS ob pojavu bolečine pri pacientu. Četrty del vsebuje vprašanja od 16 do 20 in opisuje, katere metode zdravljenja TZN in DMS najpogosteje uporabljajo ter v kolikšnem času pacient prejme terapijo. V zadnjem, petem delu, ki vsebuje vprašanja od 21 do 26, pa vprašalnik opisuje, kakšen odstotek TZN in DMS izrazi željo po izobraževanju o bolečini in v kakšni obliki naj bi izobraževanje potekalo.

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi je bil uporabljen namenski vzorec merjencev. Razdelili smo 80 vprašalnikov med TZN in DMS v SBJ ter 60 vprašalnikov med TZN in DMS v SBSG, skupno 140 vprašalnikov. Vrnjenih vprašalnikov smo dobili 112, kar predstavlja 80,0 % realizacijo vzorca. Iz SBJ smo dobili 62 vrnjenih vprašalnikov, kar predstavlja 77,5-odstotni delež vrnjenih vprašalnikov. SBSG pa je vrnila 50 vprašalnikov, kar predstavlja 83,3-odstotni delež.

Iz Tabela 1 je razvidno, da je v raziskavi sodelovalo 112 zaposlenih v SBJ in SBSG. To predstavlja, 62 (55,4 %) zaposlenih SBJ in 50 (44,6 %) zaposlenih v SBSG. V raziskavo je bilo vključenih 94 (86,2 %) žensk in 15 (13,8 %) moških, skupaj 109 zaposlenih, trije niso želeli izpostaviti spola. Prikazuje, da je 105 anketirancev izpolnilo rubriko starost. Najmlajši v raziskavi je star 20 let, najstarejši pa 57 let. Povprečna starost zaposlenega znaša 36,5 let. Standardni odklon je znašal 9,8 let. Največ anketirancev, 47, je doma z vasi (43,5 %), iz mesta 41 (38,0 %), slaba četrtina, 20, pa iz predmestja (18,5 %). 44

(40,7 %) anketirancev ima srednješolsko izobrazbo, 64 (59,3 %) ima višješolsko oz. visokošolsko izobrazbo ali pa magisterij oz. doktorat.

Leta zaposlitve variirajo med 0 in 39 let (n=105), kar v povprečju predstavlja 14,2 let izkušenj v zdravstvu, SO znaša 10,9, kar prikazuje Tabela 1.

Tabela 1: Demografske spremenljivke anketirancev

| Demografske spremenljivke | | | | n | % |
|------------------------------------|-------------------------------------|------------|------------|-----------|----------|
| Bolnišnica | SBJ | | | 62 | 55,4 % |
| | SBSG | | | 50 | 44,6 % |
| Spol | ženski | | | 94 | 86,2 % |
| | moški | | | 15 | 13,8 % |
| Kraj | mesto | | | 41 | 38,0 % |
| | predmestje | | | 20 | 18,5 % |
| | vas | | | 47 | 43,5 % |
| Izobrazba | srednja | | | 44 | 40,7 % |
| | višja, visoka, magisterij, doktorat | | | 64 | 59,3 % |
| | PV | Min | Max | SO | n |
| Starost | 36,5 | 20 | 57 | 9,8 | 105 |
| Leta zaposlitve v zdravstveni negi | 14,2 | 0 | 39 | 10,9 | 105 |

Legenda: SBJ- Splošna bolnišnica Jesenice, SBSG- Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, n- število anketirancev, %- odstotki vzorca, PV- povprečna vrednost, Min- minimum, Max- maksimum, SO- standardni odklon.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Predviden čas za izvedbo raziskave je bil marec in april 2015, vendar smo zaradi težav pri odobritvi raziskave v zdravstvenih zavodih podatke pridobili v septembru 2015. Anketirance smo seznanili s anonimnostjo in prostovoljnim pristopom v raziskavi. V SBJ smo izvedli anketiranje TZN in DMS po predhodnem dogovoru s pomočnico direktorja za zdravstveno nego v maju 2015 in s pomočjo anketarja SBJ. Raziskavo smo želeli izvesti tudi v Kirurškem Sanatoriju Ljubljana, vendar so izvedbo raziskave zavrnil, zato smo vloge za izvedbo raziskave poslali v Splošno bolnišnico Celje, Splošno bolnišnico Izola, Splošno bolnišnico Dr. Franceta Derganca Nova Gorica, Splošno bolnišnico Novo mesto, Javni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Univerzitetni klinični center Maribor. Vsi zdravstveni zavodi so izvedbo raziskave zavrnil. Avgusta 2015 nam je

SBSG odobrila izvedbo raziskave, takoj za tem smo jim poslali vprašalnike. Vprašalnike smo poslali odgovorni osebi za pedagoško in raziskovalno dejavnost.

Pridobljene podatke smo statistično obdelali s pomočjo programa SPSS 22.0. Uporabili smo opisno statistiko, pri spremenljivkah pa smo uporabili odstotke in standardne odklone. Za sistematičen prikaz raziskovalnih vprašanj smo uporabili povprečne vrednosti (PV), standardne odklone (SO), pripadajoče odstotke, mediano (Me), aritmetično sredino (M), modus (Mo), minimum (Min) in maksimum (Max). Za analizo razlik smo uporabili hi – kvadrat test (p-vrednost statistične pomembnosti $p < 0,05$), za analizo povezanosti pa Pearsonov korelacijski koeficient ($p < 0,05$).

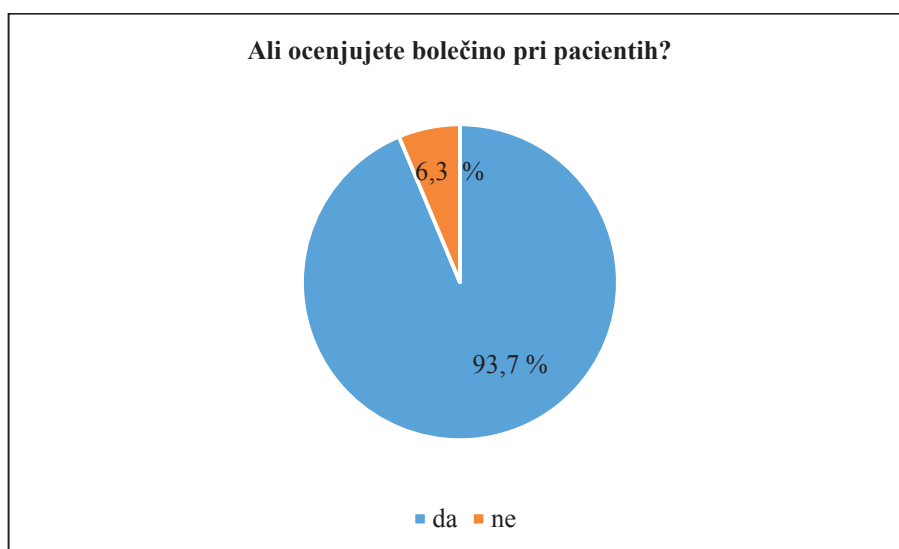
3.4 REZULTATI

Rezultate smo razdelili na dva tematska sklopa. Prvi tematski sklop na demografske podatke, ki smo jih predstavili v zgornji Tabela 1. Drugi tematski del pa zajema rezultate povezane z raziskovalnimi vprašanji.

Raziskovalno vprašanje 1:

Koliko TZN in DMS ocenjuje bolečino v SBJ in SBSG?

Slika 1 prikazuje, da 93,7 % anketirancev navaja, da ocenjuje bolečino, 6,3 % pa navaja, da bolečine ne ocenjuje.



Slika 1: Ocenjevanje bolečine pri pacientih

Raziskovalno vprašanje 2:

Kakšne razlike se pojavljajo med TZN in DMS v SBJ in SBSG pri uporabi lestvic za ocenjevanje bolečine in v kolikšnem odstotku jih TZN in DMS uporabljajo?

Najprej smo želeli ugotoviti, na kakšen način anketiranci prepoznajo pacienta z bolečino. To je razvidno iz Tabela 2. Približno enak delež anketirancev v obeh bolnišnicah prepozna pacienta z bolečino na podlagi okrnjenega gibanja; v SBJ 69,4 %, v SBSG pa 65,3 %. Na podlagi spremenjene mimike obraza v SBJ prepoznajo bolečino v 93,5 %, v SBSG pa v 98,0 %. S stokanjem pacienta v SBJ v 80,6 % in v SBSG v 83,7 %. Kakorkoli, bolnišnici se razlikujeta na preostalih treh kazalcih: DMS v SBJ v 71,0 % pogosteje prepoznavajo bolečino na podlagi čustvenih sprememb kot v SBSG, kjer to uporabljajo v 59,2 %. V SBJ na podlagi drugačne mimike obraza ocenjujejo v 32,3 %, v SBSG pa v 40,8 %. Za odgovor drugo se jih je v SBJ opredelilo 3,2 %, v SBSG 0,0 %. Za primerjavo smo uporabili hi-kvadrat test.

Tabela 2: Način prepoznave bolečine pri pacientih

| | | | Okrnjeno gibanje | Spremenjena mimika obraza | Stokanje pacienta (jok) | Čustvene spremembe (jeza, strah, agresivnost) | Drugačna mimika obraza | Drugo | Skupaj |
|------------|------|----|------------------|---------------------------|-------------------------|---|------------------------|-------|--------|
| Bolnišnica | SBJ | n | 43 | 58 | 50 | 44 | 20 | 2 | 62 |
| | | % | 69,4 % | 93,5 % | 80,6 % | 71,0 % | 32,3 % | 3,2 % | |
| | SBSG | n | 32 | 48 | 41 | 29 | 20 | 0 | 49 |
| | | % | 65,3 % | 98,0 % | 83,7 % | 59,2 % | 40,8 % | 0,0 % | |
| Skupaj | n | 75 | 106 | 91 | 73 | 40 | 2 | 111 | |

Legenda: SBJ- Splošna bolnišnica Jesenice, SBSG- Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, n- celota vzorca, %- odstotek vzorca

Tabela 3 predstavlja, da v SBJ 90,2 % in v SBSG 98,0 % anketirancev ocenjuje bolečino pri pacientih. V SBJ ne ocenjuje bolečine 9,8 % anketiranih, v SBSG pa v 6,3 %. Razlika med bolnišnicama ni statistično značilna ($\chi^2(1)=2,856$, $p=0,091$).

Tabela 3: Ocenjevanje bolečine pri pacientih

| | | | Ali ocenjujete bolečino pri pacientih? | | Skupaj | χ^2 | p |
|------------|------|---|--|-------|---------|----------|-------|
| | | | da | ne | | | |
| Bolnišnica | SBJ | n | 55 | 6 | 61 | 2,856 | 0,091 |
| | | % | 90,2 % | 9,8 % | 100,0 % | | |
| | SBSG | n | 49 | 1 | 50 | | |
| | | % | 98,0 % | 2,0 % | 100,0 % | | |
| Skupaj | | n | 104 | 7 | 111 | | |
| | | % | 93,7 % | 6,3 % | 100,0 % | | |

Legenda: SBJ- Splošna bolnišnica Jesenice, SBSG- Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, n- celota vzorca, %- odstotek vzorca, χ^2 -Hi-kvadrat test, p- statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

V Tabela 4 so prikazane lestvice, ki jih anketiranci najpogosteje uporabijo v kliničnem okolju. Medtem ko podoben delež anketirancev v obeh bolnišnicah uporablja vizualno analogno lestvico, v SBJ v 31,8 %, v SBSG pa v 30,0 %, jih v SBJ le slaba polovica (47,7 %) uporablja številčno in petina (21,5 %) besedno, medtem ko v SBSG več kot dve tretjini (67,5 %) uporabljata številčno, besedno pa 2,5 %. Razlika med bolnišnicama je statistično značilna ($\chi^2(2)=7,130$, $p=0,028$).

Tabela 4: Lestvice za ocenjevanje bolečine

| | | | Katero vrsto lestvic najpogosteje uporabite za ocenjevanje bolečine? | | | Skupaj | χ^2 | p |
|------------|------|---|--|--------------------|------------------|---------|----------|-------|
| | | | Vizualno analogno lestvico | Številčno lestvico | Besedno lestvico | | | |
| Bolnišnica | SBJ | n | 14 | 21 | 9 | 44 | 7,130 | 0,028 |
| | | % | 31,8 % | 47,7 % | 20,5 % | 100,0 % | | |
| | SBSG | n | 12 | 27 | 1 | 40 | | |
| | | % | 30,0 % | 67,5 % | 2,5 % | 100,0 % | | |
| Skupaj | | n | 26 | 48 | 10 | 84 | | |
| | | % | 31,0 % | 57,1 % | 11,9 % | 100,0 % | | |

Legenda: SBJ- Splošna bolnišnica Jesenice, SBSG- Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, n- celota vzorca, %- odstotek vzorca, χ^2 - Hi-kvadrat test, p- statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

Raziskovalno vprašanje 3:

V kolikšnem času TZN in DMS ukrepajo ob pojavu bolečine pri pacientu in kateri dejavniki so pomembni, da reagirajo na pacientovo bolečino?

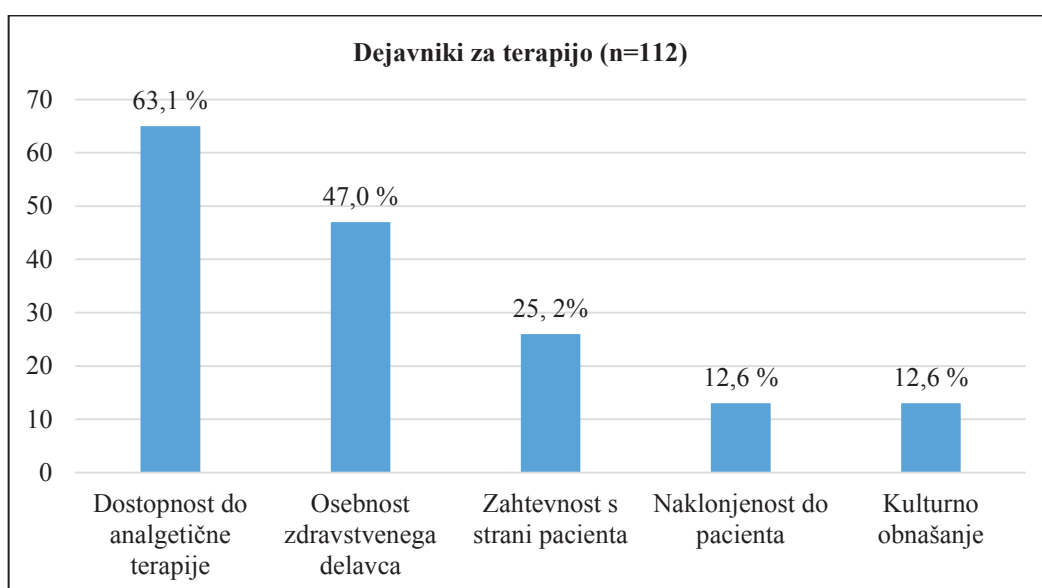
Tabela 5 prikazuje, v kolikšnem času anketiranci reagirajo na pacientovo bolečino. Kar 93 (83,8 %) anketirancev pravi, da na pacientovo bolečino odreagirajo v 10 minutah, v 10 do 30 minutah odreagira 17 (15,3 %) anketirancev, 1 (0,9 %) pa odgovarja, da odreagira na pacientovo bolečino v roku ene ure.

Tabela 5: Časovna odzivnost anketirancev

| V kolikšnem času vi kot zdravstveno osebje reagirate na pacientovo bolečino? | | |
|--|------------|----------------|
| | n | % |
| V roku 10 minut | 93 | 83,8 % |
| Od 10 do 30 minut | 17 | 15,3 % |
| V roku ene ure | 1 | 0,9 % |
| Veljavni - skupaj | 111 | 100,0 % |

Legenda: n- celota vzorca, %- odstotek vzorca

Iz Slika 2 razberemo, da se slabi dve tretjini (63,1 %) anketirancev odzove glede na dostopnost analgetične terapije, slaba polovica (47,0 %) pa pravi, da je odziv odvisen od osebnosti anketiranca. Petina anketirancev (25,2 %) se odzove zaradi zahtevnosti s strani pacienta, 12,6 % anketirancev se hitro odzove na pacientovo bolečino zaradi naklonjenosti do pacienta. Osmina (12,6 %) je povedala, da na bolečino odreagira hitreje, če se pacient kulturno obnaša.



Slika 2: Dejavniki za terapijo

Raziskovalno vprašanje 4:

Kakšna je razlika med SBJ in SBSG pri uporabi različnih metod zdravljenja med TZN in DMS?

Iz Tabela 6 je razvidno, da se v obeh bolnišnicah v enakem odstotku (4,9 %) najprej uporabijo nefarmakološke metode ter v enakem odstotku (95,1 %) tudi farmakološke metode zdravljenja. Razlika med metodami zdravljenja ni statistično značilna, kar pomeni, da ni razlik med bolnišnicama ($\chi^2(1)=0,000$, $p=1,000$).

Tabela 6: Metode zdravljenja

| | | | Katerih metod zdravljenja pri pacientu se najpogosteje poslužujete in zakaj? | | Skupaj | χ^2 | p |
|------------|------|---|--|---------------------|---------|----------|-------|
| | | | Nefarmakoloških metod | Farmakoloških metod | | | |
| Bolnišnica | SBJ | n | 2 | 39 | 41 | 0,000 | 1,000 |
| | | % | 4,9 % | 95,1 % | 100,0 % | | |
| | SBSG | n | 2 | 39 | 41 | | |
| | | % | 4,9 % | 95,1 % | 100,0 % | | |
| Skupaj | | n | 4 | 78 | 82 | | |
| | | % | 4,9 % | 95,1 % | 100,0 % | | |

Legenda: SBJ- Splošna bolnišnica Jesenice, SBSG- Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, n- celota vzorca, %- odstotki vzorca, χ^2 -Hi-kvadrat test, p- statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

Iz Tabela 7 razberemo, da dve tretjini (66,7 %) anketirancev SBJ uporablja hladne in vroče obkladke, v SBSG tri četrtine (78,6 %). 14,8 % zaposlenih v SBJ se poslužuje pogovora z anketiranci, v slovenjgraški bolnišnici pa slaba desetina (7,1 %) vprašanih. Medtem ko v obeh bolnišnicah slaba petina vprašanih pravi, da ne uporablja drugih nefarmakoloških metod zdravljenja. Razlika ni statistično značilna, kar pomeni, da ni statistično pomembnih razlik med zdravstvenima ustanova, ($\chi^2(2)=1,933$, $p=0,380$). V obeh bolnišnicah številčno enako uporabljajo TENS po ortopedski metodi posega le slaba desetina, največ pa jih uporablja druge farmakološke metode zdravljenja. Razlika ni statistično značilna ($\chi^2(3)=2,221$, $p=0,528$).

Tabela 7: Nefarmakološki in farmakološki pristopi

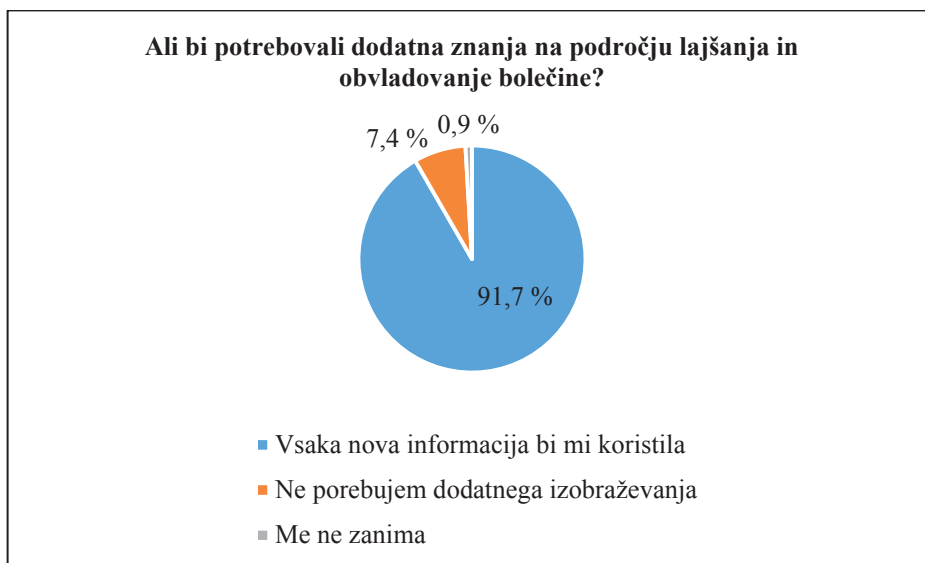
| | | Bolnišnica | | | | Skupaj | | χ^2 | p |
|--|--|------------|---------|------|---------|--------|---------|----------|-------|
| | | SBJ | | SBSG | | | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | | |
| Kakšne nefarmakološke metode zdravljenja najpogosteje uporabite? | Hladni ali vroči obkladki | 36 | 66,7 % | 33 | 78,6 % | 69 | 71,9 % | 1,933 | 0,380 |
| | Pogovor z zdravstvenim osebjem | 8 | 14,8 % | 3 | 7,1 % | 11 | 11,5 % | | |
| | Ne uporabljam drugih nefarmakoloških metod zdravljenja | 10 | 18,5 % | 6 | 14,3 % | 16 | 16,7 % | | |
| Katero farmakološko metodo zdravljenja najpogosteje uporabite? | TENS | 4 | 9,8 % | 4 | 12,1 % | 8 | 10,8 % | 2,221 | 0,528 |
| | Ortopedska metoda | 2 | 4,9 % | 3 | 9,1 % | 5 | 6,8 % | | |
| | Blokada | 6 | 14,6 % | 8 | 24,2 % | 14 | 18,9 % | | |
| | Drugo | 29 | 70,7 % | 18 | 54,5 % | 47 | 63,5 % | | |
| | Skupaj | 41 | 100,0 % | 33 | 100,0 % | 74 | 100,0 % | | |

Legenda: SBJ- Splošna bolnišnica Jesenice, SBSG- Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, n- celota vzorca, %- odstotki vzorca, χ^2 -Hi-kvadrat test, p-statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

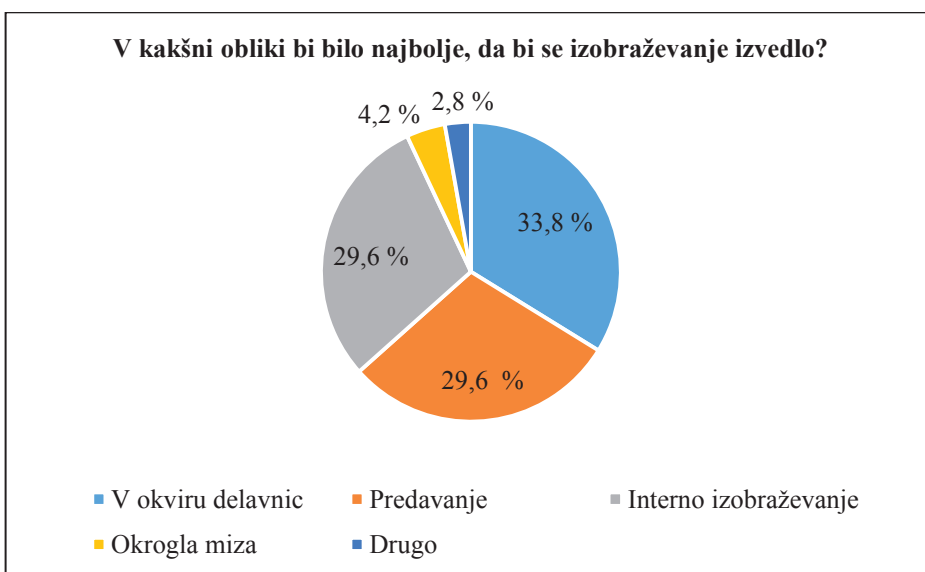
Raziskovalno vprašanje 5:

Kakšen odstotek TZN in DMS izrazi željo po izobraževanju in v kakšni učni obliki si želijo, da bi bilo izobraževanje predstavljeno?

Iz Slika 3 lahko razberemo, da bi v 91,7 % anketirancem koristila vsaka nova informacija o bolečini, v 7,4 % ocenjujejo, da ne potrebujejo dodatnega izobraževanja na področju bolečine, v 0,9 % pa jih izobraževanje ne zanima.

**Slika 3: Izobraževanje**

Slika 4 prikazuje, da bi se kar 33,8 % anketirancev udeležilo delavnic, v približno enakem odstotku (29,6 %) bi se jih udeležilo predavanj in internih izobraževanj, 4,2 % bi se jih udeležilo okrogle mize ter 2,8 % drugega izobraževanja.

**Slika 4: Oblika izobraževanja**

3.5 RAZPRAVA

Z izvedenim diplomskim delom smo želeli ugotoviti, kakšno vlogo imajo TZN in DMS pri obvladovanju akutne bolečine pri kirurških pacientih v SBJ in SBSG. Cilji so bili usmerjeni v proučevanje demografskih dejavnikov anketirancev, ki pripomorejo k obvladovanju bolečine, k ugotavljanju mnenj in razlik o uporabi lestvic za ocenjevanje bolečine, ugotavljanju reakcijskega časa anketirancev in dejavnikov ob pojavu pacientove bolečine, proučevanju mnenj in stališč o metodah zdravljenja med anketiranci v proučevanih zdravstvenih zavodih ter stališčih do količine in vrste izobraževanj s področja vodenja bolečine. Namen raziskave diplomskega dela je bil ugotoviti, kako TZN in DMS obvladujejo akutno bolečino pri pacientih v SBJ in SBSG.

Bolečina ni preprost občutek, ki ga je mogoče zlahka oceniti in izmeriti. S pomočjo izvedene raziskave smo ugotovili, da 93,7 % anketirancev izvaja oceno bolečine. Z ocenjevanjem bolečine pri pacientih smo zadovoljni, saj to predstavlja eno izmed pomembnih sosledij pri obravnavi bolečine. Raziskava o pogostosti ocenjevanja bolečine, ki so jo izvedli v 63 domovih starejših občanov v ameriškem Connecticutu, je pokazala, da kar 76,0 % MS ocenjuje bolečino, ne glede na to, ali je prisotna ali ne, vsaj enkrat v četrtletju. 46,0 % MS vsako izmeno ocenjuje bolečino pri oskrbovancih, ki potožijo o bolečini. V primeru, da je predpisana protibolečinska terapija neustrezna, MS v 42,0 % o tem obvestijo zdravnike. 73,0 % MS ponovno ocenjuje bolečino v najmanj eni uri po izvedeni intervenciji (Julie & Braun, 2006).

TZN in DMS v SBJ in SBSG v 6,3 % ne ocenjuje bolečine, kar pa je zaskrbljujoče za obravnavo pacienta z bolečino. Tuja literatura (National Cancer Institute, 2005 cited in Lokar, et al, 2005) navaja, da mora ocenjevanje potekati v rednih časovnih presledkih po začetku zdravljenja bolečine, pri vsakem novem poročanju o bolečini in v primernih presledkih po farmakološki in nefarmakološki intervenciji.

Zaposleni menijo, da številčna lestvica v obeh splošnih bolnišnicah predstavlja 57,1 %, kar pomeni, da je najbolj enostaven način ocenjevanja bolečine, vizualna analogna za paciente pomeni drugi najbolj enostaven način ocenjevanja bolečine v 31 %, besednega ocenjevanja pa se zaposleni najmanj poslužujejo v 11,9 %.

Ščavničar (1997) pove, da je pri pacientu, ki trpi za bolečino, ocenjevanje osnova obravnave. Avtorji (Noble, et al., 2005; Green, et al., 2010 cited in Assessment tools, 2015). Učinkovito upravljanje z bolečino zahteva skrbno presojo in reden pregled bolečine. Bolečina je subjektivna. Orodja za ocenjevanje bolečine temeljijo na pacientovem lastnem dožemanju bolečine in njegove resnosti. Ocena bolečine vključuje začetno in natančno oceno vsake vrste bolečine in redno ponovno oceno resnosti ter odziv na zdravljenje (Green, et al., 2010 cited in Assessment tools, 2015).

Ugotovili smo, da TZN in DMS zelo hitro odreagirajo na pacientovo bolečino, v roku 10 minut v kar 83,8 %, v 15,3 % jih reagira v 10 do 30 minutah, v roku ene ure pa 0,9 %, anketirancev. Bolečina predstavlja telesno in čustveno nelagodje. Menijo, da bi si morali za pacienta vzeti več časa, kar bi jim omogočalo boljše oceno bolečine. TZN in DMS pravijo, da se o pacientovi bolečini najpogosteje posvetujejo z zdravnikom. Anketiranci menijo, da je hiter odziv TZN in DMS odvisen od dostopnosti analgetične terapije, precejšnjo vlogo predstavlja osebnost TZN in DMS.

Pacienti, ki iščejo medicinsko pomoč zaradi akutnega stanja, pričakujejo zdravljenje tega akutnega stanja in delno lajšanje bolečine v 72 %. Popolno lajšanje bolečine pričakuje 18 % bolnikov. Pacienti pričakujejo takojšnje lajšanje bolečine, za sprejemljivo ocenjujejo 23-minutno čakanje do olajšanja bolečine. Na lajšanje bolečine čakajo dlje časa, povprečno 78 minut (Fosnocht et al., 2001; 2005 cited in Krčevski-Škvarč, 2007, p. 17).

Dejavniki, ki vplivajo, da MS ocenijo bolečino, so: diagnoza, mimika obraza, starost, strokovno znanje in izkušnje MS ter delovne obremenitve MS (Nursing children and young people, 2008).

Proučevali smo, po katerih telesnih znakih in gestah anketiranci prepoznajo bolečino ter ali jo ocenjujejo. V SBJ 93,5 % TZN in DMS najpogosteje prepoznajo pacienta z bolečino po spremenjeni mimiki obraza, v SBSG pa v 98,0 %. Komuniciranje in opazovanje sta dve nujni stvari, ki pripomoreta k oceni bolečine. Pacientov izraz se šteje kot zlati standard za ocenjevanje bolečine, saj zagotavlja najbolj veljaven občutek bolečine (Melzack & Katz, 1994 cited in Wood, 2008).

Durning (2016) navaja, da je mimika eden od najbolj očitnih načinov identifikacije pacientove bolečine. Nekateri pacienti neprestano premikajo različne dele telesa, kar lahko pomeni, da se pacient pomirja ali bolj intenzivno doživlja bolečino. Kot znak bolečine lahko opazijo, da pacienta nekaj boli, ko se drži za določen del telesa. Pacienti lahko bolečino nakažejo, če govorijo s kratkimi besedami, potihno, šepetajo ali pa stokajo. Nekateri dihajo hitreje, plitvo, saj ko zadihajo globlje, lahko začutijo bolečino. Ripamonti, et al., (2011) & Koda- Kimble, (2009) navajata, da določene posebnosti pacienta, kot so starost, omejena komunikacija in kognitivne težave, predstavljajo oviro pri poročanju o bolečini. V takih primerih opazujemo neverbalne znake pacienta. Bolečino dosledno dokumentiramo.

V obeh zdravstvenih ustanovah primerljivo uporabljajo farmakološke metode v 95,1 %, nefarmakološke metode pa zanemarljivo, samo 4,9 %. Od farmakoloških metod zdravljenja uporabljajo druge metode, ki niso bile posebej navedene v diplomskem delu, od nefarmakoloških pa uporabljajo hladne in vroče obkladke. Za zdravljenje bolečine zdravniki predpišejo neopioidni analgetik. Kot pravijo tuji avtorji (Tylor in LeMone, 2001 cited in Ščavničar 2004), se MS najprej poslužujejo nefarmakoloških metod, ob še vedno zaznavni bolečini, pa zdravnik običajno predpiše farmakološka sredstva.

Skoraj vsi vprašani (91,7 %) menijo, da bi potrebovali dodatna izobraževanja na področju obvladovanja in lajšanja bolečine. TZN in DMS so željni pridobivati novo znanje na področju bolečine. TZN in DMS bi se izobraževali v okviru delavnic (33,8 %), predavanj ali internega izobraževanja pa v 29,6 %. NMC (2008 cited in Wood, 2008) navaja, da se za zagotovitev optimalne nege pacientov od MS zahteva ustrezna znanja, spretnosti in odnos do bolečine, ocenjevanje bolečine in njeno vodenje. Wilson (2007 cited in Wood, 2008) pravi, da je bodoče MS potrebno opremiti z znanji, spretnostmi, da izvedejo ustrezne ocene in znajo obvladovati bolečino od začetka svoje poklicne poti. To bi lahko pri pacientih povzročilo višje standarde za ocenjevanje in lajšanje bolečin v prihodnosti in zmanjšalo pogostost nepotrebnega trpljenja.

Dolžnost MS pri obvladovanju in lajšanju bolečine je tudi izobraževanje, obiskovanje tečajev in raziskovanje o zdravljenju bolečine (Courtenay & Carey, 2008 cited in Yava, et al., 2013). Še vedno obstajajo pomanjkljivosti glede zdravljenja bolečine, kljub veliko

tečajem in multidisciplinarnega posveta (Lui Torej & Fong, 2008 cited in Yava, et al., 2013). Nesprejemljivo je, da pacienti doživljajo nenadzorovano oskrbo bolečine in da imajo MS nezadostno znanje o bolečini ter slabo razumejo svojo poklicno odgovornost (DIMOND, 2002 cited in Wood, 2008). V turški bolnišnici je bilo 246 MS vključenih v raziskavo. 48,8 % jih delalo na kirurškem oddelku, le 11,8 % jih je opravilo tečaj za delo z bolečino, 31,7 % jih je prebralo knjigo ali revijo o obvladovanju in lajšanju bolečine (Yava, et al., 2013). Rezultati raziskave McNamara, et el., (2012 cited in Dobnik 2013) dokazujejo, da nenehni izobraževalni programi dokazano izboljšujejo znanja MS o bolečini.

Omejitve raziskave

Kljub temu da je bil odziv na raziskavo dober, menimo, da tehnika zbiranja podatkov preko vprašalnikov ni najboljši vir za pridobitev odgovorov na raziskovalna vprašanja. Omejitev je tudi v tem, da nekateri anketiranci niso dobro prebrali navodil. Obkroževali so več možnih odgovorov, čeprav je bil zahtevan eden. Taki odgovori so bili neveljavni. Morda je bilo uporabljenih preveč vprašanj zaprtega tipa. Obdelava podatkov je na ta način sicer enostavnejša, vendar so rezultati lahko izkrivljeni, saj anketiranci odgovarjajo manj osredotočeno. Pri nekaterih vprašanjih bi lahko uporabili Likartovo lestvico.

Rezultatov raziskave ne moremo posploševati na ostale zdravstvene zavode, saj bi za ta namen potrebovali večji vzorec anketirancev, ki bi jih pridobili s pomočjo randomizacije.

4 ZAKLJUČEK

Bolečina predstavlja subjektiven občutek, ki je kljub svoji neprijetnosti celo zaželena, saj posameznika opozarja na spreminjajoče se dogajanje v telesu. Vsekakor jo je potrebno ocenjevati, lajšati in zdraviti.

Velika večina TZN in DMS ocenjuje bolečino. Spremenjena mimika obraza in okrnjeno gibanje sta najpogostejša znaka, ki ju TZN in DMS prepoznajo pri pacientih. V 10 minutah odreagirajo na pacientovo bolečino. Farmakološke metode uporabljajo pogosteje kot nefarmakološke. Večina bi se udeležila izobraževanja v okviru delavnic, predavanj in internega izobraževanja.

Akutna bolečina je v slovenskem in tujem prostoru kar dobro raziskana. V tuji literaturi se pojavlja več raziskav, ki niso vezane na MS. Raziskati bi bilo potrebno, koliko MS ocenjuje bolečino, kako pogosto jo ocenjujejo in katere ocenjevalne lestvice uporabljajo. Naša raziskava je pokazala, da TZN in DMS v dveh bolnišnicah zelo podobno ocenjujejo, lajšajo in obvladujejo bolečino. Menimo, da bi se morali TZN in DMS, posluževati več nefarmakoloških metod kot farmakoloških, saj imajo ugodnejši učinek na telo. Mislimo, da bi morale splošne bolnišnice pogosteje organizirati izobraževanja.

5 LITERATURA

Assessment tools, 2015. *Assessment tools*. [online] Available at: <http://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/748/Default.aspx> [Accessed 2 February 2016].

Association of Rehabilitation Nurses, 2015. *The Pain Management Rehabilitation Nurse*. [online] Available at: <http://www.rehabnurse.org/pubs/role/Role-Pain-Management-Rehab-Nurse.html> [Accessed 3 December 2015].

Bahč, L., & Mlinar, Š., 2013. Spremljanje in lajšanje akutne pooperativne bolečine v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec. In: A. Buhvald, ed. *40 let zdravstvene nege v enoti Intenzivne medicine operativnih strok Splošne bolnišnice Slovenj Gradec: zbornik predavanj z recenzijo/ simpozij s področja zdravstvene nege v intenzivni medicini. Slovenj Gradec, junij 2013*. Slovenj Gradec: Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Oddelek za anesteziologijo in intenzivno medicino operativnih strok, Enota za intenzivno medicino, p. 30.

Berčič, I., 2005. Pomen lajšanja akutne pooperativne bolečine. In: A. Nunar Perko & I. Buček Hajdarević, eds. *40. strokovni seminar. Lajšanje akutne pooperativne bolečine: zbornik predavanj. Rogla, 15. -16. april 2005*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, pp. 6-9.

Care search, 2013. *Non Pharmacological Approaches*. [online]. Available at: <http://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/751/Default.aspx> [Accessed 24 December 2014].

Cesar-Komar, M., 2011. Breme konične bolečine v Evropi. In: M. Kamenik, N. Krčevski Škvarč & S. Lahajner, eds. *Vpliv bolečine na družbo: zbornik prispevkov. Maribor, 21.–22. Oktober 2011*. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, p. 98.

Dobnik, M., 2013. Pomen izobraževanja za obvladovanje bolečine. In: M. Pajnikar & M. Lorber, eds. *Z znanjem do razvoja in zdravja: zbornik predavanj. Maribor, 14.–16. maj 2013*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, pp. 156–157.

Dolžan Lindič, H., Selan, N. & Pergarec Žansky, I., Kakovostno vodenje bolečine—vloga medicinske sestre. In: Z. Kramar & A. Kraigher, eds. *2. strokovni seminar: Dnevi Angele Boškin-Dejstvo za kakovost: zbornik predavanj. Bled, 10.–11. april 2008*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, p. 146-147.

Durning, M., 2016. *How to Conduct a Pain Assessment*. [online] Available at: http://nursinglink.monster.com/benefits/articles/8277-how-to-conduct-a-painassessment?page=3&skip_page=4 [Accessed 30 Januar 2016].

Faganeli, N., 2012. Zdravila za zdravljenje bolečine. *Farmaceutski vestnik*, 63(1), pp. 10-11.

Glowacki, D., 2015. Effective pain management and improvements in patients outcomes and satisfaction. *Critical care nurse*, 35(3), pp. 37-38.

Innis, J., Bikaunieks, N., Petryshen, P., Zellermeier, V. & Ciccarelli, L., 2004. Patient satisfaction and pain management: An educational approach. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), pp. 322–327.

Jagodic, V. & Urbančič, A., 2005. Lajšanje bolečine pri bolniku v enoti intenzivne terapije klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja v Ljubljani. *Obzornik zdravstvene nege*, 39, p. 215.

Julie, A. & Braun J.D., 2006. Pain (Mis)Management Litigation. In: P. W. Iyer, ed. *Nursing Home Litigation. Investigation and Case Preparation*. United States, 2006, 2nd. ed. 502.

Jus, A., 2014. Bolečina v urgentni zdravstveni negi – jo obravnavamo kot peti vitalni znak? In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Mednarodni simpozij o urgentni bolečini. Urgentna*

medicina: zbornik. Portorož, 19.-21. Junij 2014. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, p. 249.

Kardoš, Z., 2006. Bolečina – negovalni problem. In: M. Gričar & R. Vajd, eds. *Mednarodni simpozij o urgentni medicini. Urgentna medicina – izbrana poglavja: zbornik. Portorož, 14.-17. junij 2006.* Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, p. 349.

Kerec Kos, M., 2012. Zdravila za zdravljenje bolečine. *Farmaceutski vestnik*, 63(1), p.

Klinar, K., 2010. *Obravnava pacienta z bolečino: diplomsko delo.* Maribor: Univerza v Maribor, Fakulteta za zdravstvene vede.

Koda-Kimble M.A., Young L.Y., Alldredge B.K., Corelli R.L., Guglielmo B.J., Kradjan W.A. & Williams B.R., 2009. *Applied Therapeutics: The Clinical Use Of Drugs.* [pdf] Lippincot Williams & Wilkins. Available at:<https://usa1990fa.files.wordpress.com/2014/11/applied-theraputics.pdf>. [Accessed 28 Januar 2016].

Košti, S., 2012. *Obravnava pacienta z bolečino: diplomsko delo.* Maribor: Univerza v Maribor, Fakulteta za zdravstvene vede.

Krčevski-Škvarč, N., 2007. Bolečina in zdravljenje bolečine v akutnih stanjih. In: M. Cesar-Komar, J. Pirc & E. Kožar, eds. *Akutna bolečina: 11. seminar o bolečini z mednarodno udeležbo. 1.-2. junij 2007.* Maribor: SZZB-Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, p. 17.

Krčevski Škvarč, N., 2005a. Imunski mehanizmi v kontroli bolečine. In: N. Krčevski Škvarč, ed. *9. Seminar o bolečini: zbornik predavanj. Maribor, 10-11. junij 2005.* Maribor: Slovenski združenje za zdravljenje bolečine, Splošna bolnišnica Maribor, pp. 129-136.

Krčevski Škvarč, N., 2005b. Kronična bolečina – bolezen. In: J. Kersnik, ed. 7. *Fajdigovi dnevi. Kronična bolečina, hiperlipidemije, menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje: zbornik predavanj. Kranjska Gora, 14. 10. – 15. 10. 2005.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, p. 3.

Kuhar, P., 2012. Obravnava nemaligne bolečine v ambulanti družinske medicine. In: Z. Klemenc-Ketiš & M. Drešček, eds. *Huda osteoporoza, funkcionalna depresija - nov pristop s fitoterepijo, ali je zdravljenje bolečine res tako enostavno, angina pectoris: nova možnost v zdravljenju starega problema, artroze, KOPB, pristop k zdravljenju kronične bolečine pri starejših, ogroženih bolnikih, demenca, praktične veščine. 12. Kokaljevi dnevi: zbornik predavanj. Laško, 13. in 14. april 2012.* Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 35, 37–39.

Lahajnar-Čavlović, S., Krčevski-Škvarč, N., Stepanović, A. & Čufer, T., 2008. Kakovost v zdravstvu-Usmeritve za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. *Zdravniški Vestnik*, 77, pp. 7.

Lokar, K., Logonder, M. M. & Lahajnar Čavlović, S., 2005. Sodobni trendi pri obravnavi pacientov z bolečino- ocenjevanje bolečine. In: M. M. Logonder, B. Skela Savič & K. Lokar, eds. *32. strokovni seminar. Sodobni trendi v onkologiji in onkološki zdravstveni negi. Rogla, 29.-30. september 2005.* Rogla: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, p. 30.

McNamara, M.C., Harmon, D & Saunders, J., 2012. Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain. *British Journal of Nursing*, 20(16), pp. 958.

Medjedović, S., 2014. *Dejavniki odločanja za privzem na dokazih podprte prakse vodenja pooperativne bolečine pri medicinskih sestrah: magistrsko delo.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Nursing children and young people, 2008. Factors influencing pain management in children. [pdf] *Nursing children and young people*. Available at: <http://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/paed2008.12.20.10.21.c6901> [Accessed 11 June 2016].

Požlep, G., 2008. Lajšanje akutne in kronične bolečine po poškodbah. In: H. Turk & M. Drešček, eds. *Pomen srčne frekvence, astma in KOPB, bolečina v prsnem košu, obravnava bolečine po kirurški poškodbi, kronična ledvična bolezen, migrena, sodobna fizioterapija in praktične vaje ter pristop k poškodovancu na terenu. VIII. Kokaljjevi dnevi: zbornik predavanj, Kranjska Gora, 11. in 12. april 2008*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; pp. 43, 48.

Požlep, G., 2007. Analgezija poškodovanca ob sprejemu na urgenci. In: M. Cesar-Komar, J. Pirc & E. Kožar, eds. *Akutna bolečina: 11. seminar o bolečini z mednarodno udeležbo. 1.-2. Junij 2007*. Maribor: SZZB-Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, p. 26.

Požlep, G., 2009. Akutna bolečina v klinični praksi. *Farmacevtski vestnik*, 60(2), p. 95-96.

Premuš Marušič, A., 2012. Zdravila za zdravljenje bolečine. *Farmacevtski vestnik*, 63(1), p. 26.

Rešetič, J., 2012. Odgovornost medicinske sestre pri lajšanju pacientove bolečine na kirurškem oddelku splošne bolnišnice Novo mesto. In: M. Berkopec, ed. *4. Dnevi Marije Tomšič- odgovornost v zdravstveni negi: zbornik predavanj z recenzijo. Dolenjske Toplice, 19.–20. januar 2012*. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto v sodelovanju z Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto in Visoko šolo za zdravstvo v Novem mestu, pp. 25, 29–30.

Rifel, J. & Kopčavar-Guček, N., 2008. Bolečina kot peti življenjski znak. In: N. Kopčavar-Guček & D. Petek, eds. *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini (nevrologija, interna medicina, psihiatrija, delavnice). 34. Srečanje delovnih skupin:*

zbornik predavanj. Ljubljana, 23.-24. maj 2008. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 115–116.

Ripamonti, C.I., Bandieri E. & Roila, F., 2011. Management of cancer pain: ESMO. Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 22(6): pp. 69-77.

Romanek, F.A.R.M. & Avelar, M. do C.Q., 2013. Faculty's peception rearding teaching nursing undergraduates about pain. *Revista Electronic Enfermagem*, 15(2), pp. 463-470.

Skinder Savić, K., Kalender Smajlovič, S. & Selan, N., 2010. Merjenje, nadzor, dokumentiranje vitalnih znakov in drugih pomembnih znakov za oceno pacientovega stanja. In: B. Skela Savič, B. M. Kaučič, B. Filej, K. Skinder Savić, M. Mežik Veber, K. Romih K, S. Pivač, J. Zurc, A. Prebil & M. Bahun, eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 159–161.

Sprogar, Ž. & Rode, S., 2014. Bolečina v urgentni zdravstveni negi – jo obravnavamo kot peti vitalni znak? In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Mednarodni simpozij o urgentni bolečini. Urgentna medicina: zbornik. Portorož, 19.-21. Junij 2014*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, p. 253.

Stepanovič, A., 2005. Kaj lahko k lažšanju bolečin prispeva zdravnik družinske medicine?. In: J. Kersnik, ed. *Kronična bolečina, hiperlipidemije, menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih obolenj, erektilne motnje. 7. Fajdigovi dnevi: zbornik predavanj. Kranjska Gora, 14.–15. oktober 2005*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, p. 7.

Stepanovič, A., 2008. Ovire, pomisleki in predsodki pri zdravljenju z opioidnimi analgetiki v očeh družinskega zdravnika. In: N. Kopčavar-Guček & D. Petek, eds. *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini (nevrologija, interna medicina, psihiatrija, delavnice). 34. Srečanje delovnih skupin: zbornik predavanj. Ljubljana,*

23.–24. maj 2008. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine, p. 124.

Svilenković, V., 2005. Napake pri ocenjevanju pojava bolečine. In: A. Nunar Perko & I. Buček Hajdarević, eds. 40. strokovni seminar. *Lajšanje akutne pooperativne bolečine: zbornik predavanj. Rogla, 15. -16. april 2005*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, pp. 66-71.

Svilenković, V. & Petek, C., 2006. Bolečina – negovalni problem. In: M. Gričar & R. Vajd, eds. *Mednarodni simpozij o urgentni medicini. Urgentna medicina – izbrana poglavja: zbornik. Portorož, 14.-17. Junij 2006*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, p. 349.

Ščavničar, E., 2004. Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(2), p. 105.

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

Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2011. *Služba za lajšanje akutne pooperativne bolečine*. [ppt] Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2011. Available at: <https://www.google.si/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=pooperativna+bole%C4%8Dina+UKC+Ljubljana> [Accessed 15 Januar 2015].

Wood, S., 2008 *Assessment of pain*. [online] Available at: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/specialisms/painmanagement/assessment-of-pain/1861174.article> [Accessed: 30 Januar 2016].

Wuhrman, E. & Cooney, M.F., 2011. *Acute pain: Assessment and treatment*. [online] Available at: http://www.medscape.com/viewarticle/735034_1 [Accessed 2 November 2015].

Yava, A., Cicek, H., Tosun, N., Ozcan, C., Yildiz, D. & Dizer, B., 2013. Knowledge and Attitudes of Nurses about Pain Management in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), p. 496.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice

Spoštovani,

sem Nina Šmid, absolventka Fakultete za zdravstveno nego Jesenice. Prosim vas za izpolnitev strukturiranega anketnega vprašalnika z naslovom Vloga medicinske sestre pri obvladovanju akutne bolečine, s pomočjo katerega pripravljam diplomsko delo, pod mentorstvom Sedine Kalender Smajlović, mag. zdr. neg., pred. Namen diplomskega dela je ugotoviti vlogo medicinskih sester pri obvladovanju akutne bolečine. Vprašalnik vključuje demografske podatke in podatke, ki se nanašajo na diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege o prepoznavanju akutne bolečine pri pacientih. Izpolnjevanje anketnega vprašalnika vam bo vzelo predvidoma 10 minut časa.

Vaši pridobljeni odgovori bodo služili k ugotovitvi, kako se medicinske sestre spoprijemajo z akutno bolečino pri pacientih.

Vprašalnik je prostovoljne in anonimne narave. Pridobljene podatke bom uporabila izključno za namen raziskave. Z rezultati diplomskega dela vas bom seznanila, v kolikor boste želeli.

Za sodelovanje se Vam že vnaprej zahvaljujem in Vas lepo pozdravljam.

Nina Šmid

Absolventka Fakultete za zdravstvo Jesenice

ANKETNI VPRAŠALNIK

Navodila za izpolnjevanje: Vprašanja v anketi so zaprtega tipa in na njih odgovarjajte tako, da obkrožite črko pred enim ali več odgovorov, kjer je to posebej navedeno v oklepaju.

1. Spol

- a) Ženska
- b) Moški

2. Starost

Dopišite _____ let.

3. Kraj, v katerem živite

- a) Mesto
- b) Predmestje
- c) Vas

4. Izobrazba

- a) Srednja
- b) Višja, visoka
- c) Magisterij, doktorat
- d) Specializacija

5. Koliko let ste zaposleni v zdravstveni negi?

Dopišite _____ let.

6. Kako vi kot zdravstveno osebje prepoznate pacienta z bolečino (več možnih odgovorov)?

- a) Okrnjeno gibanje
- b) Spremenjena mimika obraza
- c) Stokanje bolnika (jok)
- d) Čustvene spremembe (jeza, strah, agresivnost)
- e) Drugačna mimika obraza

f) Drugo: _____

7. Ali ocenjujete bolečino pri pacientih?

- a) Da
- b) Ne

8. Katero vrsto lestvic najpogosteje uporabite za ocenjeване bolečine?

- a) Vizualno analogno letvico
- b) Številčno letvico
- c) Besedno letvico
- d) Drugo: _____

9. Če ste pri 7. vprašanju odgovorili z NE, zakaj je ne ocenjujete (več možnih odgovorov)?

- a) Se mi ne zdi potrebno
- b) Pomanjkanje znanja
- c) Pomanjkanje časa in kadra
- d) Drugo: _____

10. Če ste pri 7. vprašanju odgovorili z DA, kako pogosto ocenjujete bolečino?

- a) Pri vsakem novem poročanju o bolečini
- b) V rednih časovnih presledkih
- c) V primernih presledkih
- d) Drugo: _____

11. Ali si za prepoznavo bolečine pri pacientih vzamete dovolj časa?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne vem

12. V kolikšnem času vi kot zdravstveno osebje reagirate na bolnikovo bolečino?

- a) V roku 10 minut
- b) Od 10 do 30 minut
- c) V roku ene ure
- d) V roku dveh ur
- e) Ne reagiram

13. S kom se posvetujete o pacientih bolečini?

- a) Odločim se sam/a
- b) Posvetujem se s sodelavko
- c) Vprašam zdravnika
- d) Posvetujem se s samim bolnikom

14. Kateri dejavniki vplivajo na zdravstveno osebje, da bolnik v najkrajšem možnem času dobi terapijo (več možnih odgovorov)?

- a) Naklonjenost do bolnika
- b) Zahtevnost s strani bolnika
- c) Kulturno obnašanje
- d) Dostopnost do analgetične terapije
- e) Osebnost zdravstvenega delavca

15. Kaj po vašem mnenju najpogosteje vpliva na hitro apliciranje analgetične terapije?

- a) Obremenjenost medicinske sestre z delom
- b) Znanje
- c) Značaj zdravstvenega delavca
- d) Razpoložljivost analgetične terapije

16. Katerih metod zdravljenja pri bolniku se najpogosteje poslužujete in zakaj?

- a) Nefarmakoloških metod, ker _____.
- b) Farmakoloških metod, ker _____.

17. Kakšne nefarmakološke metode zdravljenja najpogosteje uporabite?

- a) Hladni ali vroči obkladki
- b) Pogovor z zdravstvenim osebjem
- c) Ne uporabljam drugih nefarmakoloških metod zdravljenja

18. Katero farmakološko metodo zdravljenja najpogosteje uporabite?

- a) TENS (transkutana električna stimulacija živcev)
- b) Ortopedska metoda
- c) Akupunktura
- d) Blokada
- e) Drugo: _____

19. Katero skupino zdravil po vašem mnenju najpogosteje predpiše zdravnik za lajšanje in obvladovanje bolečine?

- a) Neopioidni analgetiki
- b) Šibki opioidi
- c) Močni opioidi
- d) Adjuvantni analgetik

20. V kolikšnem času pacient prejme analgetično terapijo?

- a) Do 10 minut
- b) Nad 10 minut
- c) V roku 1 ure in pol
- d) Odvisno od zdravnikovega naročila

21. Ali menite, da o bolečini imate dovolj znanja?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne vem

22. Ali bi potrebovali dodatna znanja na področju lajšanja in obvladovanje bolečine?

- a) Vsaka nova informacija bi mi koristila
- b) Ne potrebujem dodatnega izobraževanja
- c) Me ne zanima

23. Ali se poleg svojega delovnega časa dodatno izobražujete na področju prepoznavanja, obvladovanja in lajšanja bolečine?

- a) Da
- b) Ne
- c) Občasno

24. Na kakšen način se najpogosteje izobražujete?

- a) Preko spleta
- b) Preko televizije
- c) Strokovni seminarji, posveti
- d) Drugo: _____

25. Menite, da bi morale vaše delovno okolje organizirati več izobraževanj s področja znanja o bolečini?

- a) Da
- b) Ne
- c) Me ne zanima

26. V kakšni obliki bi bilo najbolje, da bi se izobraževanje izvedlo?

- a) V okviru delavnic
- b) Predavanje
- c) Interno izobraževanje
- d) Okrogla miza
- e) Drugo: _____