View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk
brought to you by CORE
provided by Repository of University of Primorska

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, julij 2011

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

VODENJE AKUTNE BOLEČINE V ZGODNJEM POOPERATIVNEM OBDOBJU

ACUTE PAIN MANAGEMENT IN THE EARLY POSTOPERATIVE CARE

Študentka: PETRA ČERNALOGAR
Mentorica: mag. IRENA TROBEC, prof. zdr. vzg.
Somentor: IGOR KARNJUŠ, mag. zdr. neg.
Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM
Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA
Izola, julij 2011

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

VODENJE AKUTNE BOLEČINE V ZGODNJEM POOPERATIVNEM OBDOBJU

ACUTE PAIN MANEGEMENT IN EARLY POSTOPERATIVE CARE

Študentka: PETRA ČERNALOGAR
Mentorica: mag. IRENA TROBEC, prof. zdr. vzg.
Somentor: IGOR KARNJUŠ, mag. zdr. neg.
Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM
Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA
Izola, junij 2011

KAZALO VSEBINE

1 UVOD 1
1.1 Opredelitev bolečine 2
1.2 Akutna pooperativna bolečina 3
1.3 Ocenjevanje akutne bolečine 5
1.4 Načini merjenja bolečine 7
1.5 Metode lajšanja bolečine 10
1.6 Vodenje bolečine po procesni metodi dela 12
1.6.1 Ugotavljanje bolečine pri pacientu 12
1.6.2 Opredelitev negovalne diagnoze 13
1.6.3 Zastavitev ciljev in načrtovanje negovalnih intervencij 14
1.6.4 Vrednotenje 15
1.6.5 Pomen dokumentiranja bolečine 16
1.7 Posebnosti obravnave pacienta z bolečino v enoti intenzivne terapije 16
2 NAMEN IN HIPOTEZE 18
3 MATERIALI IN METODE DELA 19
4 REZULTATI 21
4.1 Demografski podatki anketirancev 21
4.2 Dosedanje izkušnje pacientov z operativno bolečino in njihova informiranost glede njenega lajšanja v pooperativnem obdobju 22
4.3 Ocenjevanje bolečine po lestvici VAS v takojšnjem pooperativnem obdobju 25
4.4 Izkušnje z bolečino po operativnem posegu 27
5 RAZPRAVA 30
6 ZAKLJUČEK 34
7 LITERATURA IN VIRI 35

KAZALO SLIK

Slika 1: Vizualna analogna skala – VAS (1) 7
Slika 2: Bolečinski termometer (2) 9
Slika 3: Wong-Bakerjeva lestvica obrazov (3) 10
Slika 4: Regija anketirancev 21
Slika 5: Stopnja izobrazbe anketirancev 22
Slika 6: Dosedanje izkušnje z operativnim posegom 23
Slika 7: Subjektivna ocena tolerance bolečine anketirancev 23
Slika 8: Pričakovanja o jakosti bolečine v pooperativnem obdobju 24
Slika 9: Seznanjenost anketirancev s pooperativno bolečino 24
Slika 10: Razumevanje podajanja podatkov o pooperativni obravnavi bolečine na strani zdravstvenih delavcev 25
Slika 11: Ocena bolečine po lestvici VAS osem ur po operaciji 26
Slika 12: Ocena bolečine po lestvici VAS šestnajst ur po operaciji 26
Slika 13: Ocena bolečine po lestvici VAS štiriindvajset ur po operaciji 27
Slika 14: Ocena intenzitete bolečine po operaciji 27
Slika 15: Učinkovitost zdravljenja bolečine v pooperativnem obdobju 28
Slika 16: Potreba po dodatnih zdravilih za lajšanje bolečine 28
Slika 17: Pričakovanja glede jakosti bolečine po operaciji 29

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Starost anketirancev.....21

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Izhodišča: Bolečina je simptom, ki ga pacient najtežje prenaša in bi rad, da čim prej mine. Merjenje in lajšanje bolečine po operativnem posegu sta velikega pomena za uspešno zdravljenje in okrevanje pacienta ter pomemben element pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege. Zato je bil namen diplomske naloge ugotoviti izkušnje pacientov glede vodenja pooperativne bolečine ter predstaviti načine obvladovanja in merjenja. V nalogi smo želeli prikazati prispevek zdravstvene nege pri obvladovanju akutne pooperativne bolečine.

Metode: Raziskava je bila izvedena v Ortopedski bolnišnici Valdoltra. Vanjo je bilo vključenih štirideset polnoletnih pacientov, ki so bili sprejeti zaradi načrtovanega operativnega posega – totalne endoproteze kolena in kolka. Kot instrument zbiranja podatkov je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki je bil razdeljen na dva dela. Pacienti so prvi del vprašalnika izpolnjevali pred operativnim posegom, drugi del pa v enoti intenzivne terapije po končanem operativnem posegu. Poleg anketnega vprašalnika smo v prvih štiriindvajsetih urah merili pri pacientih pooperativno bolečino na osem ur na podlagi vizualne analogne lestvice (VAS).

Rezultati: Anketiranci navajajo, da so jih zdravstveni delavci v predoperativnem obdobju slabo seznanili s pooperativno bolečino (le v 40 % primerov). Po štiriindvajsetih urah je še vedno veliko pacientov jakost bolečine po lestvici VAS ocenilo s 5 ali z več. Kljub temu so anketiranci menili, da je zdravljenje bolečine v pooperativnem obdobju učinkovito, saj je večina (72,5 %) pričakovala močnejše bolečine.

Zaključki: Kljub slabi informiranosti glede bolečine pred operacijo so bili pacienti zadovoljni z vodenjem v pooperativnem obdobju. To lahko pripisujemo nekoliko starejši populaciji, ki je bila zajeta v raziskavi. Rezultati kažejo, da informiranosti in zdravljenju bolečine zdravstveni delavci še vedno posvečamo premalo pozornosti. Menimo, da je zaposlene v zdravstveni negi treba dodatno ozaveščati in poučiti o pomenu poučevanja pacientov glede lajšanja bolečine v pooperativnem obdobju.

Ključne besede: pooperativna bolečina, pacient, zdravstvena nega

ABSTRACT AND KEYWORDS

Introduction: Pain is a symptom which the patient finds hardest to put up with and which he or she wishes for it to end. Measuring and easing pain after an operative procedure is crucial for the successful treatment and rehabilitation of the patient, and an important element for guaranteeing quality health care. That is why the aim of the dissertation was to determine patients' experience regarding the management of post-operative pain and present ways of control and measurement. Our dissertation tries to present the contribution of health care to controlling acute post-operative pain.

Methods: The survey was carried out at the Orthopedic Hospital Valdoltra. It covered forty adult patients who were hospitalized due to a planned operative procedure – a complete knee and hip endoprosthesis. A questionnaire divided into two parts was used as a means for collecting information. The patients filled out the first part of the questionnaire before the operative procedure and the second part in the intensive therapy unit upon completion of the operative procedure. Beside the questionnaire, a visual analogue scale (VAS) was used in the first twenty-four hours to measure post-operative pain of patients at an eight-hour interval.

Results: Interviewees claim that health workers did not adequately inform them about post-operative pain (only in 40 % of the cases). After twenty-four hours, a lot of patients still graded the intensity of the pain with 5 or more according to VAS. Nevertheless, the interviewees considered the treatment of pain during the post-operative period as effective, as most of them (72.5 %) expected greater pain.

Discussion: Regardless of the inadequate information about pain prior to the procedure, the patients were satisfied with post-operative management. This could be attributed to the slightly older population covered in the survey. Results show that health workers still do not pay enough attention to information about and treatment of pain. We think that health staff should be more aware and advised of the importance of informing patients about the easing of pain during the post-operative period.

Key words: post-operative pain, patient, health care

1 UVOD

Bolečina je pojav, s katerim se medicinska sestra pogosto srečuje na vseh področjih svojega delovanja. Za pacienta pa je bolečina verjetno najneprijetnejša bolnišnična izkušnja. Če ni zdravljena, pacientu povzroča trpljenje. Bolečina je subjektivna izkušnja, na katero vplivajo osebnostni, kulturni in biološki dejavniki. Ocenjevanje bolečine mora imeti prednost pri ugotavljanju pacientovih potreb po zdravstveni negi. Je osnova pomoči, ki jo nudi medicinska sestra pri obravnavi pacienta z bolečino. Med drugim pa medicinska sestra deluje v multidisciplinarnem timu, v katerem ima pri obvladovanju bolečine pomembno vlogo. Znanje o bolečini, pomen bolečine za pacienta in celostna obravnava bolečine so elementi, od katerih je odvisna kakovostna obravnava pacienta, ki trpi bolečino (1).

Bolečina je zapletena izkušnja, ker je povezana z različnimi dejavniki, na njeno doživljanje in trajanje pa močno vplivata tudi okolje in duševno stanje človeka, ki jo trpi. Kaj pomeni biti brez bolečine, se v resnici zavemo šele takrat, ko se z njo soočimo. Čeprav v optimalnih razmerah ljudje bolečine ne čutimo, je res, da prinaša tudi pozitivne učinke. Včasih je namreč prav bolečina tista, ki nas opozori, da se v telesu nekaj dogaja. Bolečina je eden redkih fenomenov v medicini, ki ga ni mogoče dokazati z nobeno od naprav ali laboratorijskih preiskav, saj je povsem osebno občutje. Bolečina je lahko ostra ali topa, občasna ali trajna, utripajoča ali enakomerna, na enem mestu ali vsepovsod. Nekatere vrste bolečine je zelo težko opisati z besedami. Tudi intenzivnost je zelo individualna stvar, saj sega od neznatne do neznosne. Zaznava bolečine ima več dimenzij, zato je potrebna večdimenzionalna ocena bolečine. Pri zdravljenju bolečine je slednjo treba prepoznati in oceniti. Medicinska sestra je ob pacientu vedno prisotna in je prva, ki opazi problem. Ključna vloga medicinske sestre je v pravočasnem prepoznavanju in ocenjevanju bolečine, ki se začne že med negovalno anamnezo ob sprejemu v bolnišnico. Do nedavnega zdravstveni sistem obvladovanju bolečine ni posvečal velike pozornosti. Za to je treba oblikovati standard, ki bo omogočal kakovostno in učinkovito obravnavo pacienta z bolečino. To pomeni obravnavo bolečine kot petega vitalnega znaka, ki ga želi uveljaviti Mednarodno združenje za preučevanje bolečine in pri nas Slovensko združenje za zdravljenje bolečine (2).

Učinkovito obvladovanje bolečine pomeni human pristop k vsakemu pacientu ter kaže na kakovost in profesionalnost v zdravstveni negi. Vsak pacient ima pravico biti brez bolečine in

medicinska sestra mora narediti vse, da mu to omogoči (3). H kakovostni zdravstveni negi veliko prispevata tudi besedna in nebesedna komunikacija. Učinkovita komunikacija je pogoj za vzpostavljanje zaupanja in terapevtskega odnosa med pacientom in medicinsko sestro, ki je pogoj za uspešno ocenjevanje bolečine. Za izboljševanje kakovosti zdravstvene nege se je treba posvetiti in prilagoditi vsakemu pacientu posebej. To dosežemo, če upoštevamo pacientovo individualnost in spoštujemo njegove pravice. Pacienta dejavno vključujemo v proces ocenjevanja bolečine, mu damo možnost izbire in vključujemo tudi njegovo družino. Zagotavljamo mu fizično in psihično ugodje (3).

1.1 Opredelitev bolečine

Bolečina je človekova kompleksna izkušnja. Spremlja nas od rojstva do smrti. Bolečina je za življenje koristna, saj nas opozori na neobičajno dogajanje v našem telesu. Je namreč pomemben anamnestični in diagnostični podatek. Lahko pomeni zgodnjo postavitev diagnoze in učinkovitejše zdravljenje. Mednarodno združenje za preučevanje bolečine (International Assotiation for the Study of Pain) navaja, da je bolečina neprijetna čutna in čustvena izkušnja, ki je posledica aktualne ali potencialne poškodbe tkiva, ali nekaj, kar se lahko opiše kot poškodba (4). Bolečina globoko poseže v pacientovo psihično stanje ter lahko popolnoma spremeni njegovo vedenje in mišljenje. Evropske študije kažejo, da vsaj polovica odrasle populacije vsaj enkrat v življenju trpi zaradi bolečine. S starostjo oseb ta odstotek narašča. Pozitivna vloga bolečine je opozarjanje, da se v našem telesu dogaja nekaj neobičajnega, saj bolečina spremlja številne bolezni, poškodbe, degenerativne procese. Poleg tega bolečina tudi varuje, saj pacienta prisili k mirovanju oziroma k omejenemu gibanju in omejeni uporabi bolečega dela telesa. Bolečina je obrambni mehanizem, ki nas varuje pred možno ali dejansko poškodbo. Le pacient sam lahko pove, kako močna je njegova bolečina, zato je doživljanje bolečine individualna in subjektivna izkušnja. Na odziv pacienta na bolečino vplivajo njegovo čustveno stanje, prejšnje bolečinske izkušnje, spol, starost, okolje, socialno-ekonomsko stanje, vrednote, prepričanje, pomen bolečine in mehanizmi prilagajanja (5). Bolečino spremlja trpljenje, ki je povezano z lastnim vidikom osebnosti, človek čuti, da nima več kontrole nad njo in ga ta popolnoma prevzame. Bolečina vstopa v človekovo bivanje in vpliva na njegovo osebno celovitost.

Glede na trajanje ločimo akutno in kronično bolečino. Kronična je patološka bolečina, ki traja dlje od treh mesecev po zdravljenju bolezni ali poškodbe. Bolečina ostaja še potem, ko je osnovni vzrok že odstranjen ali kadar ga ni mogoče odstraniti (6). Vzroki za kronično bolečino so kronični patološki procesi somatskih struktur, podaljšana disfunkcija perifernega ali osrednjega živčnega sistema, psihopatološki vzroki in dejavniki okolja (7). Kronična bolečina spreminja in omejuje vse pacientove življenjske dejavnosti, kot so družinske vloge, družbeno življenje, delo, spanje in prosti čas. Je tudi velik ekonomski in socialni problem.

Akutna bolečina je fiziološka in je znak bolezni ali poškodbe. Opozarja, da je v telesu nekaj narobe. Ima nenaden začetek in mine, ko je vzrok zanjo odstranjen (6). Bolečino spremljajo znaki vzdraženja avtonomnega živčnega sistema, tahikardija, hipertenzija, pospešeno plitvo dihanje, razširjene zenice, znojenje, povečan mišični tonus, krč mišic. Huda akutna bolečina pacienta trenutno onesposobi, lahko pa privede tudi do delirija (8).

1.2 Akutna pooperativna bolečina

Akutna pooperativna bolečina je kompleksna fiziološka reakcija na poškodbo tkiva, raztezanje visceralnih organov ali na bolezen. Je odraz samodejnega, fiziološkega in vedenjsko pogojenega odzivanja na dražljaj, ki se kaže kot neugodje in neželena zaznava ter čustvena izkušnja in je pri večini pacientov v celotnem perioperativnem obdobju najbolj negativno doživetje (9). Bolečina vpliva na pacientove fiziološke, psihološke in socialne potrebe. Vpliv na fiziološke potrebe se izraža kot motnje spanja, slabšega teka, motnje gibanja, nepravilnega dihanja in odvajanja. V socialnem smislu vpliva na ljubezen, družino, medsebojne odnose, socialne stike in potrebo pa pripadnosti. Pacienta poučimo, kaj bolečino povzroča, katere dejavnosti so zanj primerne, kaj lahko bolečino izzove ali okrepi. Bolečinskim dražljajem se ne moremo popolnoma izogniti, lahko pa jih zmanjšamo (10). Dobro vodeno zdravljenje je pomembno, ker prispeva k ugodnejšemu pooperativnemu poteku brez zapletov, omogoča hitrejše okrevanje pacienta in zgodnjo rehabilitacijo (6). Posledice nelajšane akutne pooperativne bolečine so lahko kronična bolečina, fantomska bolečina, nevropatski sindrom ali kompleksni regionalni bolečinski sindrom (11). Akutna pooperativna bolečina ima številne škodljive učinke na telesno in duševno stanje pacienta. Posledice nezdravljene bolečine na človeški organizem so kratkoročne in dolgoročne. Vplivajo na izid zdravljenja, čas okrevanja in čas hospitalizacije, zato je lajšanje bolečine nujno ne le iz

humanitarnih razlogov, temveč zato, ker skrajša čas okrevanja in zmanjša možnost zapletov (12).

Na bolečinsko izkušnjo se pacient odziva na tri načine in sicer fiziološko, besedno in vedenjsko (1):

- Fiziološki odziv se odraža s spremembo vitalnih znakov, skrčijo se žile, zenice se razširijo, koža je bleda in potna, povečana je potreba po kisiku.
- Besedni odziv se izraža s spremembo tona in jakosti glasu, s hitrostjo govora, z rabo medmetov in podobnih izrazov.
- Vedenjski odziv pomeni nebesedno izražanje. Pacient se drži za prizadeti del telesa, spremeni držo, mimiko telesa, ima motnje spanja, lahko ga sili na bruhanje in ima motnje hranjenja.

Na jakost bolečine po operativnem posegu vplivajo številni dejavniki, kot so mesto in trajanje operativnega posega, način operacije, vrsta anestezije ter pacientov čustveni in razumski odziv na bolečino (13). Popolna odsotnost bolečine ni vedno realna možnost, zato je treba pooperativno bolečino obvladati, in sicer z namenom doseganja štirih ciljev: zmanjšanja incidence in jakosti pooperativne bolečine, spodbujanja pacientov, da spregovorijo o nelajšani bolečini in so tako deležni učinkovitega lajšanja bolečine, doseganja čim večjega udobja in zadovoljstva pacientov ter zmanjšanja pooperativnih zapletov in doseganja skrajšanja zdravljenja (14).

Zdravstveni delavci morajo upoštevati, da je bolečina subjektivna izkušnja, zato učinkovito obvladovanje zahteva individualni pristop. V Sloveniji je na leto opravljenih približno 125.000 operativnih posegov, tako da ima veliko ljudi izkušnjo s pooperativno bolečino (6). Zaradi velikega števila operativnih posegov v današnjem času je kakovostno vodenje pooperativne bolečine izjemnega pomena. Za učinkovito vodenje bolečine sta pomembna odnos medicinske sestre do bolečine in njeno znanje o tem. Njeno delo in ravnanje usmerja kodeks etike, ki je vodilo pri oblikovanju etičnih vrednot in spodbuda pri delu v praksi zdravstvene nege (15). Znanje medicinske sestre o bolečini, pomenu bolečine za pacienta in celostna obravnava bolečine so elementi, od katerih je odvisna kakovost obravnave pacienta, ki trpi bolečino (4).

Pri vodenju pooperativne bolečine medicinska sestra ocenjuje stanje in ugotavlja potrebe, preprečuje pojav bolečine tako, da bolečine z intervencijami zdravstvene nege ne izzove ali poveča. Stanje spremlja med besedno in nebesedno komunikacijo, podpira pacientove metode za odpravo bolečine, izvaja nefarmakološke in farmakološke intervencije ter ocenjuje njihov učinek. Je zdravstvena vzgojiteljica, ki skupaj s pacientom ugotavlja ter lajša bolečino in tako vzpostavlja nadzor nad bolečino. S tem zagotavlja pacientu dostojanstvo ter mu pomaga razumeti pojav bolečine, učinkovitost analgetikov in trajanje bolečine (4).

1.3 Ocenjevanje akutne bolečine

Medicinska sestra ocenjuje pojav bolečine skupaj s pacientom. Pri tem mora vzpostaviti zaupen odnos, običajno zelo hitro in pogosto v oteženih okoliščinah, kot so urgentna stanja in psihično nestabilen pacient (1).

Metode ocenjevanja bolečine lahko razdelimo v dve skupini (16):

- objektivno ocenjevanje na strani druge osebe, ki temelji na patologiji, travmi in značilnostih, združenih z bolečino;
- subjektivno ocenjevanje bolečine, ki temelji na izkušnjah vsakega posameznika.

Za ugotavljanje potreb po zdravstveni negi se najpogosteje pridobivajo informacije na osnovi subjektivnega poročanja pacienta. Pomembno vlogo imata tako besedna kot tudi nebesedna komunikacija. Najprimernejša metoda ocenjevanja bolečine je besedna komunikacija, med katero medicinska sestra pridobi ustrezne informacije o bolečini, ki so ji v pomoč pri odpravljanju težav. Pri nebesedni komunikaciji opazujemo govorico telesa pacienta. Najpogosteje se uporablja pri otrocih, starostnikih, nezavestnih, psihično zaostalih in pri ljudeh s psihičnimi motnjami (17).

Opazovanje je tehnika ali tudi spretnost ter pomembnejši element ocenjevanja stanja pojava bolečine. Pomeni tudi sposobnost gledati in videti znake (položaj telesa, mimiko obraza, videz kože, gibljivost in vedenje), znati poslušati, slišati in razumeti vsebino in način govora. Pravilno pri tem je, da medicinska sestra ne teži k temu, da bi opazila tisto, kar pričakuje oz. je v skladu z njeno predpostavko, kar jo lahko zavede. Opazuje lahko od daleč in zaznava s

čutil ter tako, da pacient tega ne prepoznava kot opazovanje (1). Medicinska sestra s tem prepozna bolečino in njen verjeten vzrok, znak in simptome bolečine, oceni možne ovire za obravnavo, ocenjuje celovito glede na fizični, psihični in duhovni vidik.

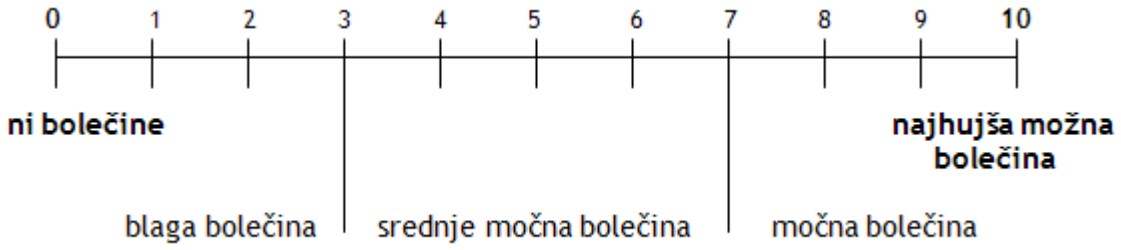
Na doživljanje bolečine vplivajo tudi individualni dejavniki (18):

- Starost: v različnih obdobjih ima človek različen odnos do bolečine. Otroci imajo težave pri lociranju bolečine in opazovanju intenzitete. Starostniki so velikokrat prikrajšani v mobilnosti, samostojnosti pri izvajanju življenjskih dejavnosti in socialnih stikov. Starejši verjamejo, da je prisotnost bolečine v starosti normalna. Velikokrat bolečino skrivajo zaradi strahu pred izgubo neodvisnosti in pred zdravljenjem.
- Spol: ni dokazano različno dojemanje bolečine med spoloma, je pa prisotna miselnost, da naj bi moški bolečino prikrivali.
- Kulturno okolje: ljudje se v določenem okolju naučijo, kako se odzivati in izražati bolečino. Preprosti ljudje dlje prenašajo bolečino, medtem ko bolj izobraženi hitreje poiščejo pomoč, da bi bolečino odpravili.
- Razumevanje bolečine: izvira iz vzroka, ki bolečino povzroča (porodna bolečina se dojema in tolerira drugače kot bolečina pri poškodbi).
- Pozornost na bolečino in njeno lokacijo poveča intenziteto bolečine in nasprotno, odvrnitev od bolečine lahko njeno intenziteto zmanjša.
- Zaskrbljenost poveča intenziteto bolečine, po drugi strani pa bolečina poveča zaskrbljenost.
- Utrujenost povzroči večje zaznavanje bolečine. Pacienti po spanju ali počitku čutijo manj bolečine.
- Prejšnje izkušnje: iz prejšnjih izkušenj vsak človek prinese znanje, vendar ni nujno, da pacient, ki ima izkušnje z bolečino, slednjo v prihodnosti lažje sprejema. Če ima negativne izkušnje z bolečino in njenim lajšanjem, v njem vzbuja strah. Posledično že vnaprej prosi za dodatne analgetike, da bi preprečil ponovno negativno izkušnjo.
- Notranja kontrola: pacienti z močno notranjo kontrolo doživljajo manjšo intenziteto bolečine kot tisti s slabšo notranjo kontrolo.
- Podpora družine in prijateljev: pacienti z bolečino potrebujejo podporo in zaščito bližnjih.

1.4 Načini merjenja bolečine

Jakost bolečine je možno meriti, čeprav je rezultat merjenja subjektiven podatek. Pomembno je, da je pri ocenjevanju in vrednotenju pacient vedno vključen kot aktivni udeleženec. Bolečino merimo z različnimi lestvicami. Ločimo jih na enodimenzionalne in večdimenzionalne. Enodimenzionalne zajemajo besedne, številčne in risane lestvice. Na podlagi lestvic pacient podaja subjektivno oceno glede jakosti bolečine. Lestvice za merjenje bolečine morajo biti preproste. Njihova prednost je preprosto merjenje in odčitavanje jakosti bolečine.

- Besedne lestvice: obstajajo štiribesedne (ni bolečine, blaga bolečina, zmerna bolečina), petbesedne lestvice (dodana je še zelo huda bolečina), šestbesedne (dodana je še nevzdržna bolečina). Vsebujejo seznam, s katerega pacient izbere ustrezno besedo za svojo bolečino. Te lestvice so preproste za uporabo in ocenjevanje ter so ustrezno zanesljive. Besedne lestvice niso primerne za uporabo pri periodičnem ocenjevanju bolečine.
- Številčne lestvice imajo razpon številk od 1 do 10 ali od 1 do 100. So zelo uporabne, saj so za paciente lahko razumljive. Imajo večji razpon ocen in so preproste za uporabo v pisni in ustni obliki. Pacient oceni stopnjo svoje bolečine s številkami od 1 do 10, kjer številka 1 pomeni, da ni bolečine, in 10, da je prisotna zelo močna bolečina.



Slika 1: Vizualna analogna skala – VAS (1)

- Vizualna analogna skala – VAS je najpogosteje uporabljena lestvica za merjenje bolečine. Lestvico predstavlja ravna črta s skrajnimi jakostmi bolečine od 0 do 10. Dolga je 10 cm, na enem koncu je oznaka »ni bolečine«, na drugem pa »neznosna bolečina«. Pacient na črti sam označi stopnjo jakosti bolečine (9).

Večdimenzionalne lestvice dajo natančnejše podatke o jakosti in vrsti bolečine ter njeni lokaciji. Poleg ocene jakosti dajo večdimenzionalne lestvice širšo, celotnejšo informacijo o vplivu bolečine na pacientovo kakovost življenja in na njegovo funkcionalno sposobnost. Zahtevajo določeno razumevanje pacienta in terapevtov ter čas in pomoč pri izpolnjevanju. Lestvica pove, kako je bolečina spremenila življenje pacienta in kako jo doživlja (6). Uporablja se pri natančnejši opredelitvi lokacije, intenzitete in vrste bolečine.

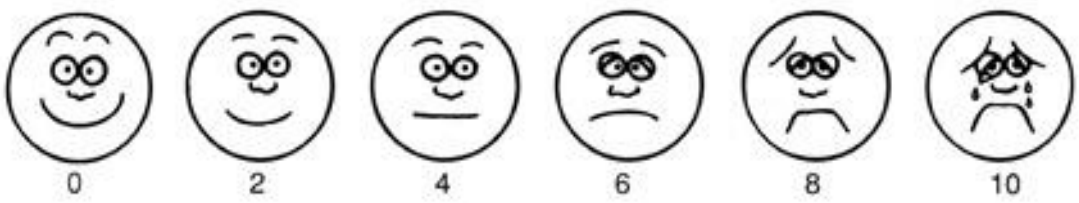
- McGillov vprašalnik zajema tri dimenzije bolečine: senzorično, čutno in ocenjevalno. Meri kakovost in jakost bolečine ter terapevtske učinke. Sestavljen je iz seznama 87 opisnih izrazov bolečine, ki zajemajo pacientovo bolečino in njegova čustva, obenem pa vprašalnik vsebuje risbo človeškega telesa, na kateri pacient označi mesto svoje bolečine (19).
- Kratek vprašalnik o bolečini je namenjen za hitro ocenjevanje v ambulanti za zdravljenje bolečin z namenom ugotavljanja vpliva bolečine na pacientovo vsakodnevno življenje (6).

Fiziološke in vedenjske lestvice se uporabljajo pri pacientih, ki ne zmorejo podati oceno o jakosti bolečine s samoocenjevanjem. Te lestvice so primerne za ocenjevanje bolečine pri dojenčkih in majhnih otrocih, ki še ne govorijo, ali pri odraslih z mentalno zamračenostjo ali zmedenostjo, ki ne morejo zadovoljivo sodelovati pri oceni bolečine. Vedenjski znaki, ki kažejo na bolečino, so pačenje, zmrdovanje, mrki pogled, stiskanje zob, vek in ustnic, gubanje čela, solzenje; glasovni znaki so ječanje, stokanje, vzdihovanje, jok, kričanje; govorica telesa je izražena kot motorični nemir, prijemanje za boleči del telesa, umaknitveni refleks, vzdrževanje določene lege telesa. Pogosti fiziološki znaki so povišan ali zmanjšan krvni tlak, povišan ali zmanjšan srčni utrip, povišana ali zmanjšana frekvenca dihanja, razširjene zenice, bledica ali rdečica obraza, potenje in slabost (5).

Ocenjevanje bolečine pri starostnikih je oteženo zaradi vidnih in slušnih sprememb, težav z izražanjem, s pešanjem motoričnih in kognitivnih funkcij, vedenjskih motenj, depresije in delirantnih stanj. Starostniki bolečino pogosto zamolčijo ali jo zanikajo, saj verjamejo, da je običajni del staranja (7). Pri pacientih s slabim vidom je uporaba VAS ovirana, zato so za te bolnike primerne številčne lestvice od 0 do 10. Pri dementnih starostnikih in pri tistih s kognitivnimi motnjami so v uporabi opisne in številčne lestvice ter bolečinski termometer (20).

Slika 2: Bolečinski termometer (2)

Ocenjevanje bolečine pri otrocih je različno glede na otrokovo starost. Pri novorojenčku, dojenčku in zelo majhnem otroku ocenjujemo jakost bolečine le po fizioloških odzivih in spremembah v vedenju otroka (21). Za ocenjevanje pooperativne bolečine pri otrocih od tretjega meseca do sedmega leta starosti so razvili vedenjsko lestvico, kjer se ocenjujejo izraz na obrazu, položaj nog, dejavnost, jok in odziv na dotik (angl. face, legs, activity, cry, consolability – FLACC). Otroka opazujemo in ocenimo izražanje bolečine na petih telesnih območjih ter seštejemo vse dobljene točke, kar predstavlja oceno bolečine v razponu od 0 do 10. Otroke, stare od štiri do pet let, poučimo o bolečini v obliki igre s kockami, da ena pomeni malo bolečine, dve malo več, tri dosti več in četrta največ bolečine. Lestvica, primerna za otroke, starejše od treh let, je Wong-Bakerjeva lestvica obrazov, ki je sestavljena iz niza sličic obrazne mimike, od srečnega izraza do jokajočega s številkami ob vsaki sličici (16).



Slika 3: Wong-Bakerjeva lestvica obrazov (3)

Lestvice omogočajo oceno bolečine, na podlagi katere lahko objektivno postavljamo negovalni načrt lajšanja pooperativne bolečine pri pacientu.

1.5 Metode lajšanja bolečine

Za zdravljenje bolečine so na voljo učinkovita zdravila in različne metode, da bi pacientu olajšali ali odpravili trpljenje ter mu zagotovili čim večjo samostojnost pri opravljanju življenjskih funkcij.

Svetovna zdravstvena organizacija je oblikovala tristopenjsko zdravljenje bolečine (22):

- za lajšanje blage bolečine (VAS 1–3) se uporabljajo neopioidni analgetiki (nesteroidni antirevmatiki, paracetamol in metamizol);
- za lajšanje srednje močne bolečine (VAS 4–7) se dodajajo šibkejši opioidi (tramadol in kodein);
- za lajšanja močne bolečine (VAS 8–10) se uporabljajo močni opioidi (morfin in fentanil).

Dodatna zdravila, kot so antikonvulzivi, triciklični antidepresivi, kortikosteroidi in lokalni anestetiki, se dodajajo analgetikom takrat, kadar želimo doseči čim boljši analgetični učinek ali da bi zmanjšali stranske učinke analgetika. Aplikacija analgetikov je možna na različne načine: oralno, parenteralno, lokalno in v spinalni prostor. Oralni način je učinkovit pri lažji do zmerni bolečini in je najprimernejši. Parenteralni načini vključujejo vnos protibolečinskih učinkovin skozi kožo, v veno, v epiduralni prostor, neposredno v sklep ali rano, v podkožje v obliki trajne infuzije z uporabo črpalk s samodejno krčljivim balonom (23).

Vedno pogosteje bolečino zdravimo z epiduralnim katetrom. Ta se pred operativnim posegom vstavi v epiduralni prostor in se uporablja za epiduralno anestezijo, po operaciji pa se

uporablja za lajšanje bolečine (24). Spada med regionalno anestezijo in zdravi bolečino pri operacijah v spodnjem delu trebuha, v območju medenice in nog. Pri tej metodi najpogosteje uporabljamo kombinacijo lokalnega anestetika in opiatnega analgetika. Zdravilo lahko po katetru apliciramo v obliki enkratne doze (bolus) ali pa ga dajemo kontinuirano. Pred vsakim apliciranjem zdravila moramo preveriti lego katetra, izhodno mesto iz kože in globino katetra. Pri določenih pacientih je za učinkovito terapijo potrebno kontinuirano dajanje predpisanih analgetikov z uporabo črpalke. Če je bolečina premočna, si lahko pacient doda določeno količino zdravila. Pri črpalki programiramo količino zdravila in čas, kako pogosto si pacient lahko dodaja zdravilo. S kontinuiranim dajanjem analgetika dosežemo stalno raven zdravila v krvi brez nihanja. Bolečina je tako lažje obvladljiva, poraba analgetika je manjša, posledično pa obstaja tudi manjša možnost nastanka zapletov (26). Pri aplikaciji zdravila po epiduralnem katetru se pri pacientih lahko pojavijo nekateri stranski učinki, in sicer kot posledica uporabe lokalnega anestetika, uporabe opiata, mogoči pa so tudi tehnični zapleti. Stranski učinki lokalnega anestetika so redki, ker uporabljamo nizke koncentracije, vendar se lahko pojavi sistemska toksična reakcija, alergijska reakcija in hipotonija. Zaradi uporabe opioida se lahko pojavijo respiratorna depresija, slabost, bruhanje, srbečica in retenca urina. Med tehnične zaplete pa spadajo prediranje katetra v likvor, izpulitev, zamašitev in prekinitev katetra ter vnetje epiduralnega prostora zaradi draženja z zdravili ali zaradi vnosa patogenih bakterij (24).

Nefarmakološki načini lajšanja bolečine pomagajo obvladovati bolečino. Zato naj medicinska sestra, kadar koli je to možno, izvaja intervencije za zagotavljanje zadovoljivega lajšanja bolečine in zagotavljanje udobja tudi z uporabo nefarmakoloških načinov lajšanja bolečine (14). Nefarmakološki načini lajšanja bolečine v zdravstveni negi so relaksacijski položaji, neposredna pomoč pacientom pri obračanju, vstajanju in gibanju, gretje, hlajenje po naročilu zdravnika, masaža, psihosocialna podpora, preusmerjanje pacientove pozornosti na interesna področja, odstranjevanje stresnih dejavnikov, kot so hrup, močna svetloba in temperaturni vplivi (5).

1.6 Vodenje bolečine po procesni metodi dela

Procesna metoda dela predstavlja delovni okvir in smernice za sistematično zdravstveno nego; je orodje in hkrati metodologija. Medicinski sestri je v pomoč pri odločitvah, predpostavkah in vrednotenju rezultatov izvedene zdravstvene nege. Značilnosti procesne metode dela v zdravstveni negi so: dinamičen odziv medicinske sestre na individualne spremembe stanja zdravja pacienta, ciklična in dinamična narava, usmerjenost k pacientu, usmerjenost k negovalnemu problemu in odločitvam za razrešitev, sodelovanje, vsestranska uporabnost in kritično mišljenje medicinske sestre (27). Negovalna diagnoza se ugotavlja pri pacientu ali tudi pri zdravem posamezniku. Vedno se nanaša na osebo, na družino ali skupino, nikoli pa ne na objekte. Proces zdravljenja je usmerjen v fiziologijo in bolezen, zdravstvena nega pa v pacientove odzive na bolezen, obolenje ali drugače, v njegovo stanje zdravja. Bolečino vodimo po procesni metodi dela, ki je sestavljena iz petih faz. Sestavljajo jo ocenjevanje stanja, diagnosticiranje oz. postavljanje negovalnih diagnoz, načrtovanje intervencij zdravstvene nege, izvedba načrta in vrednotenje izidov (27).

1.6.1 Ugotavljanje bolečine pri pacientu

Bolečina omejuje pacientovo gibanje in prehranjevanje ter povečuje stres pred operativnim posegom. Medicinska sestra pred operativnim posegom spodbuja pacienta k dejavnemu sodelovanju v pogovoru. Medicinska sestra je oseba, ki ji pacient v bolnišničnem okolju najbolj zaupa. Potek okrevanja je odvisen od predhodne informiranosti pacienta o dogodkih, ki bodo sledili operativnemu posegu. S pogovorom medicinska sestra tudi ocenjuje informiranost pacienta glede operativnega posega. Medicinska sestra ugotavlja stopnjo pacientovega strahu pred posegom. Pacienti pred operativnim posegom velikokrat ne povedo, kaj jih skrbi, zato mora medicinska sestra glede na pacientovo vedenje in ravnanje sama odkrivati vzroke njegove zaskrbljenosti. Strah pacienta ugotovimo s subjektivnimi (prejšnje izkušnje, psihična priprava in fizično stanje) ter z objektivnimi znaki (ponavlja stavke, spreminja temo govora, je nemiren, zapira se vase) (28).

Pri ugotavljanju pacientovega stanja pred operativnim posegom mora medicinska sestra pridobiti informacije o tem, katera zdravila jemlje pacient in kdaj jih je nazadnje prejel, ali je

alergičen na katero koli snov ali zdravila. Medicinska sestra pacientu razloži, kako bo potekalo zdravljenje bolečine v pooperativnem obdobju.

Medicinska sestra oceni stanje bolečine in postavi negovalne diagnoze na podlagi podatkov, ki jih pridobi med besedno in nebesedno komunikacijo, ter na podlagi pacientove zdravstvene dokumentacije. Ti znaki so opis bolečine, ocena jakosti bolečine, nebesedni znaki, dejavniki, ki bolečino povečujejo ali blažijo, dejavnost pacienta, terapevtski posegi ter poučenost pacienta in svojcev.

1.6.2 Opredelitev negovalne diagnoze

Po temeljiti oceni stanja bolečine medicinska sestra postavi negovalno diagnozo. Pojav bolečine je lahko vključen v diagnostično stanje kot simptom, vzrok ali kot problem. Negovalne diagnoze predstavljajo pacientov odziv na bolezensko stanje, ki se odraža kot omejitev njegovih psihofizičnih sposobnosti ali kot njegovo doživljanje bolezenskega stanja. Gordonova pojasnjuje, da je negovalna diagnoza klinična presoja posameznika, družine ali skupnosti dejanskih ali možnih zdravstvenih problemov. Negovalna diagnoza je osnova za terapevtske postopke, ki vodijo do rezultatov, za katere je odgovorna medicinska sestra (29). Gordonova predlaga naslednje oblikovanje negovalnih diagnoz (3):

- negovalni problem,
- vzrok problema,
- znaki in simptomi.

Najpogostejše negovalne diagnoze pri bolniku z bolečino so (28):

- slabo fizično in psihično počutje zaradi akutne/ kronične bolečine;
- pomanjkljiva osebna higiena zaradi pojava bolečine ob povečanem naporu, ki se kaže z neprijetnim telesnim vonjem;
- spremenjena gibljivost, ki se kaže z omejeno gibljivostjo prizadete okončine;
- spremenjeno pitje tekočin, ki se kaže z izsušitvijo;
- spremenjena defekacija zaradi zmanjšanja telesne dejavnosti ali uživanja opioidov, kar se kaže z obstipacijo;
- nezmožnost opravljanja koristnega dela zaradi bolečine, kar se kaže z dolgočasjem in nezainteresiranostjo;

- spremenjeni socialni stiki zaradi bolečine, kar se kaže z okrnjenostjo v medsebojnih odnosih, osamljenostjo;
- spremenjeno izražanje čustev zaradi bolečine, kar se kaže s strahom, z jezo, otožnostjo, negotovostjo;
- izguba smisla življenja zaradi bolečine, ki se kaže s spremenjenim razmišljanjem, povečanim trpljenjem;
- spremenjena samopodoba zaradi kronične bolečine, ki se kaže z zmanjšano skrbjo za zunanji videz.

1.6.3 Zastavitev ciljev in načrtovanje negovalnih intervencij

Cilji se zastavljajo s pacientom in za pacienta. Medicinska sestra spoštuje pacientovo avtonomijo in pravico odločanja. Le v izjemnem primeru pacient ni vključen v odločanje, čeprav se medicinska sestra vedno odloča v njegovo korist.

Cilji obravnave pojava bolečine morajo biti dosegljivi. Priporočajo se tako imenovani progresivni cilji, ki se navezujejo na posamezne dejavnosti. Cilji temeljijo na oceni pojava bolečine, v povezavi z življenjskimi dejavnostmi, diagnostiko, življenjskim slogom in izboljšanjem funkcije ter s sposobnostjo pacienta, da se v določenem primeru sooča z bolečino (1). Pred zastavitvijo ciljev pa mora medicinska sestra najprej oceniti stanje pacienta, da pridobi osnovne informacije, na podlagi katerih lahko zastavi realne cilje in pripravi negovalni načrt.

Pacient, ki trpi bolečino, ima pravico, da je njegova izjava o pojavu bolečine sprejeta, ima tudi pravico do strokovne obravnave, ne glede na vzrok in jakost bolečine, do spoštljive obravnave, brez obsojanja ali očitka, da gre pri njem za zlorabo analgetikov, da je brez bolečine ali da se ta zmanjša na minimum (17).

Pacientu omogočimo čim manjšo bolečino pri telesnih dejavnostih, zato si zastavimo cilje glede na dejavnosti, ki jih izvaja.

Primeri negovalnih ciljev so (17):

- pacient bo brez bolečine ponoči;
- pacient bo brez bolečine pri počitku;
- pacient bo brez bolečine pri gibanju:
- pacient bo zaznaval zmanjšanje bolečine, kar bo razvidno iz njegovega besednega opisa, mimike obraza, položaja telesa, povečanega sodelovanja pri dejavnostih in s stabilnimi vitalnimi znaki;
- pacient bo izražal dobro počutje;
- pacient bo izvedel potrebne dejavnosti za zmanjšanje ali odpravo bolečine.

Glede na cilje, ki smo si jih zastavili, pozneje načrtujemo negovalne ukrepe, s katerimi pacientu omogočimo čim manj bolečine in čim boljše počutje med okrevanjem po operaciji.

Negovalni ukrepi so (17):

- zagotovitev udobja z ustreznim položajem pacienta v postelji, zmanjša se mišična napetost, pritisk se prenese in porazdeli na druge dele telesa;
- zaposlitev pacienta in odvrnitev od bolečine;
- zagotovitev mirnega okolja in počitka, kar vpliva na boljše počutje in povečevanje moči za obvladovanje bolečine;
- aplikacija toplega ali mrzlega obkladka po naročilu zdravnika za zmanjšanje bolečine;
- sodelovanje z zdravnikom in aplikacija predpisane bolečinske terapije po predpisu zdravnika;
- trideset minut po aplikaciji zdravila ponovna ocena stanja, kar okrepi zaupanje in prispeva k učinkovitejšemu terapevtskemu odnosu.

1.6.4 Vrednotenje

Vrednotenje je povezano z vsemi cilji in je tudi povratna informacija, ali so bili vsi načrtovani ukrepi izvedeni in učinkoviti. Vrednotenje se izvaja velikokrat po vsaki aplikaciji analgetika, še posebej pa v primeru zamenjave analgetika. V primeru ustaljenega načrta farmakološke obravnave in pacientovega stabilnega psihičnega stanja je lahko vrednotenje manj pogosto. Vrednotijo se tudi pojavi, ki spremljajo bolečino (17).

1.6.5 Pomen dokumentiranja bolečine

Dokumentiranje omogoča sistematično vodenje pacienta z bolečino in uspešnost njenega vrednotenja. V dokumentaciji so koristni zapisi o pacientu z bolečino in njegovih potrebah ob pojavu bolečine. Predstavljen je tudi kronološki pregled dejavnosti lajšanja bolečine. Natančno beleženje omogoča lažje vrednotenje dela medicinske sestre pri pacientu z bolečino. Pomanjkljivo dokumentiranje razvrednoti pomen dejavnosti medicinske sestre. Zagotavlja kontinuiranost dela medicinske sestre. Dokumentiranje bolečine je nujno za usklajevanje dela znotraj delovnih izmen in usklajevanje v okviru kontinuirane zdravstvene nege pri odpustu ali premestitvi pacienta. Zdravstvena nega obravnava pacienta štiriindvajset ur na dan. Zapisi o pacientovi jakosti bolečine, ukrepih in učinkovitosti lajšanja so v pomoč tudi drugim zdravstvenim delavcem, ki so vključeni v zdravljenje pacienta. Dokumentiranje bolečine je pogoj za vrednotenje kakovostne in primerne oskrbe pacienta (30).

Dokumentacija je spremljajoči element procesne metode dela. Natančno beleženje bolečine, učinkovitosti lajšanja zapletov je pomembno pri raziskavah v zvezi z bolečino in za uvajanje izsledkov raziskav v prakso z namenom izboljšanja obravnave pacienta, obenem pa zagotavlja zanesljive podatke za pravne potrebe (30).

Za dokumentiranje procesa uporabljamo obrazec, ki ga izpolnjujemo skupaj s pacientom, kar pri njem poveča zaupanje in samozavest. Zaradi dokumentiranja se izboljšuje komunikacija med pacientom in medicinsko sestro, podatki so objektivnejši pri ocenjevanju stanja bolečine in nadaljnji obravnavi (4).

1.7 Posebnosti obravnave pacienta z bolečino v enoti intenzivne terapije

Primarna metoda ocenjevanja stanja bolečine je besedna komunikacija, vendar pri pacientih v enoti intenzivne terapije to pogosto ni mogoče. Medicinska sestra mora zato prepoznati fiziološki in vedenjski odziv pacienta na bolečino, saj s tem pacient na nebesedni način pove, da trpi zaradi bolečine. S pacientom, ki je intubiran, traheotomiran, a pri polni zavesti, se lahko sporazumevamo z govorico znakov, s pisanjem, z gibi rok, abecedno sestavljanko, s tablico s črkami ali številkami. Težava pri prepoznavanju bolečine se kaže pri pacientih, ki ne

morejo komunicirati niti besedno niti nebesedno. To so pacienti, ki so sedirani ali pa je njihova zavest zaradi bolezni spremenjena. Pri teh pacientih se opazujeta fiziološki odziv in klinična slika. Značilni so porast srčne frekvence, krvnega tlaka, povišana je frekvenca dihanja, pacient je poten, ima hladno kožo in napete mišice. Medicinska sestra opazuje pacienta celostno in skrbno spremlja vse življenjske dejavnosti (33).

Neposredno po operativnem posegu je bolečina najmočnejša. Kdaj je treba prvič dati analgetik, je odvisno od vrste anestezije. Analgetik, vbrizgan ob pravem času in v ustreznem odmerku, zmanjša bolečino (34). Medicinska sestra mora poznati pričakovane učinke danih analgetikov, anestetikov in sedativov ter njihove stranske učinke. Uporabljamo opioidne in neopioidne analgetike. Od opiatov je največ v uporabi tramadol, redkeje morfin, petidin in fentanil (34).

Enako pomembna, kot je ocena stanja pred začetkom dajanja analgetikov, je nadaljnje opazovanje pacienta. Treba je nadzorovati krvni tlak, srčni utrip, elektrokardiogram in vsebnost kisika v krvi (SpO_2) (33). V enotah intenzivne terapije v Ortopedski bolnišnici Valdoltra ležijo tudi pacienti, ki so prestali večje operacije in niso sedirani, potrebujejo pa nekoliko bolj poostren nadzor nad vitalnimi funkcijami in bolečino v prvih štiriindvajsetih urah po operativnem posegu. To so pacienti, ki so bili v splošni anesteziji med operacijo hrbtenice, rekonstrukcije ter endoproteze ramen in komolca, pri zahtevnejših operacijah kolka, kolena, večjih zlomih, ter pacienti, pri katerih epiduralna anestezija ni bila mogoča zaradi deformacij hrbtenice. Med operacije, pri katerih so imeli pacienti epiduralno anestezijo, pa spadajo endoproteze kolka, kolena in gležnja, menjave kolčne in kolenske proteze, različni zlomi spodnjih okončin, rekonstrukcije kolenskih vezi, artrodeze in manjši posegi na hrbtenici.

2 NAMEN IN HIPOTEZE

Lajšanje bolečine po operaciji je izjemnega pomena za uspešno zdravljenje in okrevanje pacienta v pooperativnem obdobju in pomemben element pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege. Zato je bil namen raziskave preveriti izkušnje pacientov glede vodenja pooperativne bolečine po večjih ortopedskih operativnih posegih v enoti intenzivne terapije. V raziskavi smo želeli prikazati prispevek zdravstvene nege pri obvladovanju akutne pooperativne bolečine.

Cilji diplomske naloge so bili naslednji:

- ugotoviti seznanjenost pacientov z vodenjem akutne pooperativne bolečine pred operacijo in jo primerjati z njihovo izkušnjo v pooperativnem obdobju;
- ugotoviti uspešnost vodenja pooperativne bolečine v enoti intenzivne terapije.

V raziskavi so bile testirane tri hipoteze:

- H1: Seznanjenost pacienta z bolečino pred operacijo in njegove predhodne izkušnje vplivajo na njeno doživljanje v pooperativnem obdobju.

- H2: Pacient se v zgodnjem pooperativnem obdobju (prvih štiriindvajset ur po operaciji) srečuje z minimalno bolečino (vrednosti VAS so pod 4).

- H3: Večina pacientov meni, da je vodenje bolečine v zgodnjem pooperativnem obdobju učinkovito.

3 MATERIALI IN METODE DELA

Raziskava je potekala v Ortopedski bolnišnici Valdoltra septembra 2010. Vanjo so bili vključeni polnoletni pacienti, ki so bili hospitalizirani zaradi načrtovanega operativnega posega. Število pacientov je bilo omejeno na 40. Sodelovanje anketirancev v raziskavi je bilo prostovoljno. Način izbora pacientov je bil naključen, s tem da smo izbrali 20 pacientov, ki so bili naročeni na operacijo totalne endoproteze kolena, in 20 pacientov naročenih na operacijo totalne endoproteze kolka. V raziskavo so bili vključeni pacienti s petih različnih oddelkov Ortopedske bolnišnice Valdoltra: A1, A2, A3, B1 in B2. V raziskavi je sodelovalo 40 anketirancev, od tega 16 (40 %) moških, ter 24 (60 %) žensk. Med anketiranci, ki so bili sprejeti zaradi operacije totalne endoproteze kolena, je bilo devet (45 %) moških in 11 (55 %) žensk. Med tistimi, ki so bili sprejeti za operacijo totalne endoproteze kolka, pa je bilo sedem (35 %) moških in 13 (65 %) žensk. Od ustanove smo pred začetkom anketiranja pridobili pisno privolitev.

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki je obsegal trinajst vprašanj zaprtega in dve vprašanji odprtega tipa. Vprašalnik je bil sestavljen iz štirih sklopov vprašanj. Prvi del je zajemal splošne demografske podatke, kot so starost, spol in izobrazba. Drugi sklop vprašanj se je nanašal na dozdajšnje izkušnje z bolečino in njeno percepcijo ter na seznanjenostjo s potekom lajšanja bolečine v pooperativnem obdobju. Pacienti so prva dva sklopa anketnega vprašalnika izpolnjevali med pripravo neposredno pred operativnim posegom. Tretji sklop je zajemal list opazovanja, kjer smo ocenjevali bolečino na osem ur po lestvici VAS. Bolečino smo opazovali prvih štiriindvajset ur po operativnem posegu, ko so bili pacienti še v enoti intenzivne terapije. Pacienti so morali oceniti jakost bolečine po lestvici VAS. Četrti sklop je zajemal pet vprašanj, ki so se nanašala na pooperativno obdobje glede zdravljenja pooperativne bolečine v enoti intenzivne terapije. Pacienti so ga izpolnjevali pred odpustom na oddelek v enoti intenzivne terapije. Vsak pacient je imel svoj vprašalnik v popisu bolezni, kjer je bila tudi njegova preostala zdravstvena dokumentacija. Anketni vprašalnik je bil pred začetkom anketiranja testiran med petimi pacienti, ki so ga ocenili kot razumljivega. Kljub temu so se pojavile določene težave pri izpolnjevanju. Največje težave so imeli anketiranci pri odgovarjanju na vprašanja odprtega tipa, kajti večina jih nanje ni odgovorila. Vseh 40 vprašalnikov je bilo vrnjenih v celoti, kar pomeni, da je bila odzivnost stoodstotna.

Za analizo podatkov je bila uporabljena osnovna deskriptivna metoda. Podatke smo obdelali v računalniškem programu Microsoft Office Excel 2003. Rezultati so prikazani v pisni in grafični obliki.

4 REZULTATI

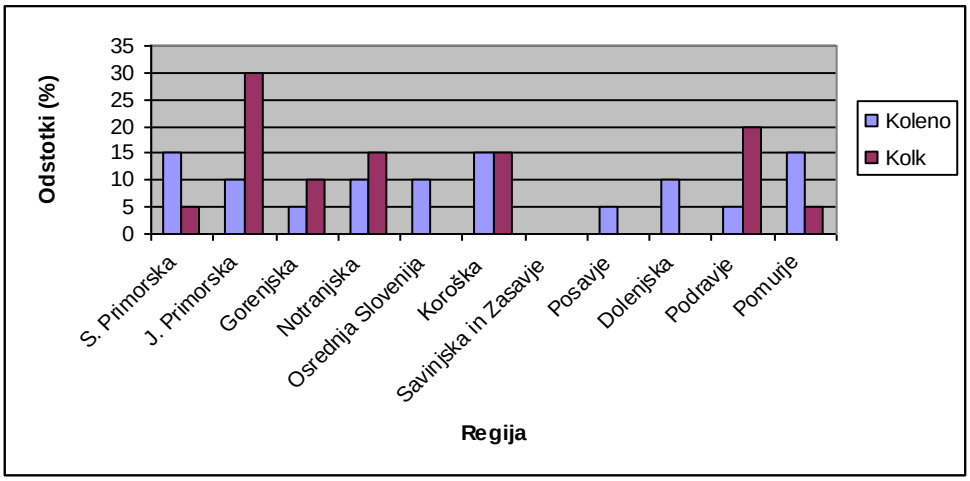
4.1 Demografski podatki anketirancev

Prvi del anketnega vprašalnika je zajemal vprašanja glede starosti, izobrazbe in regije.

Preglednica 1: Starost anketirancev

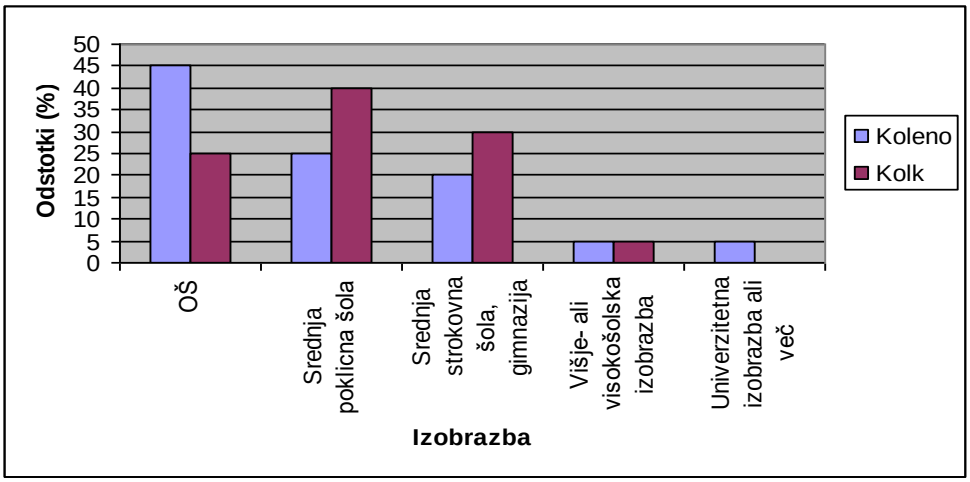
Starost	Kolk	Koleno
Od 20 do 30	1	0
Od 31 do 40	1	0
Od 41 do 50	2	0
Od 51 do 60	4	4
Od 61 do 70	4	6
Od 71 do 80	8	9
Od 81 do 90	0	1
SKUPAJ	**20**	**20**

Največji delež anketirancev spada v starostno skupino od 71 do 80 let. Sledijo jim anketiranci v starostni skupini od 61 do 70 let.



Slika 4: Regija anketirancev

Med anketiranci, ki so imeli operacijo totalne proteze kolena, jih 15 % prihaja s Severnega Primorskega, Koroškega in iz Podravja, z 10 % jim sledijo anketiranci z Južnega Primorskega, Notranjskega, iz Osrednje Slovenije in z Dolenjskega. Z južne Primorske prihaja 30 % anketirancev, ki so imeli operacijo totalne proteze kolka, 20 % jih prihaja iz Posavja, 15 % z Notranjskega in s Koroškega.

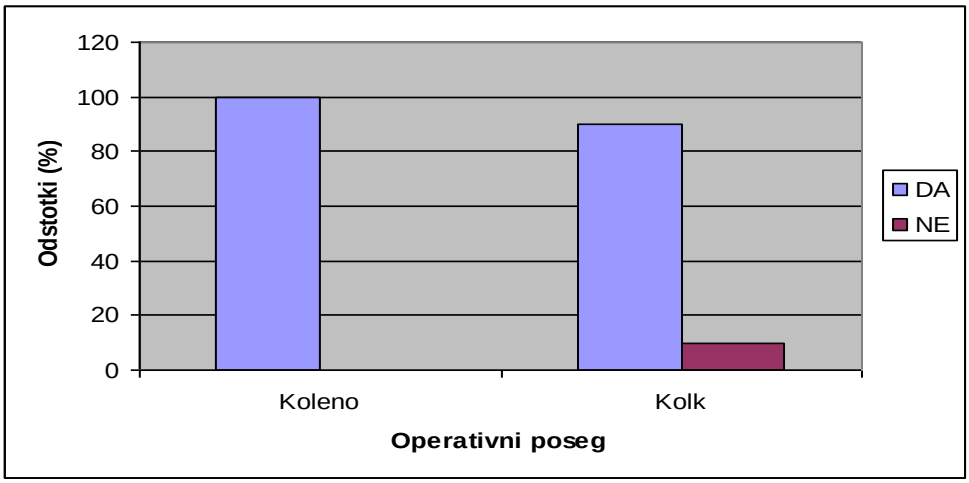


Slika 5: Stopnja izobrazbe anketirancev

Največ anketiranih, ki so imeli operacijo totalne proteze kolena, je z dokončano osnovno šolo, in sicer 45 %, 25 % jih je z dokončano poklicno srednjo šolo. Med anketiranci, ki so imeli operacijo totalne proteze kolka, jih je 40 % z dokončano poklicno srednjo šolo, sledijo jim anketiranci z dokončano strokovno srednjo šolo ali gimnazijo (30 %).

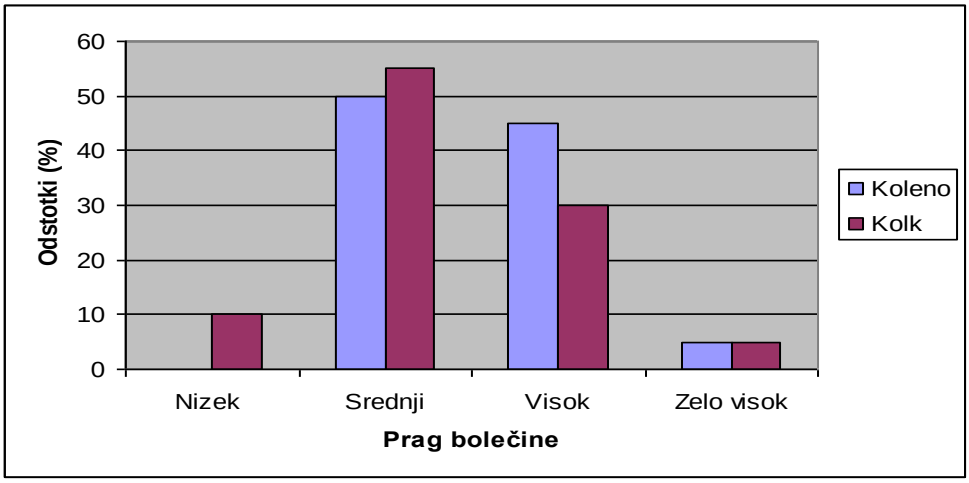
4.2 Dosedanje izkušnje pacientov z operativno bolečino in njihova informiranost glede njenega lajšanja v pooperativnem obdobju

Na ta sklop vprašanj so anketiranci odgovarjali neposredno pred operativnim posegom. Odgovarjali so z da ali ne, na nekatera vprašanja pa so odgovarjali na podlagi štiristopenjske Likertove lestvice. Eno vprašanje je bilo odprtega tipa.



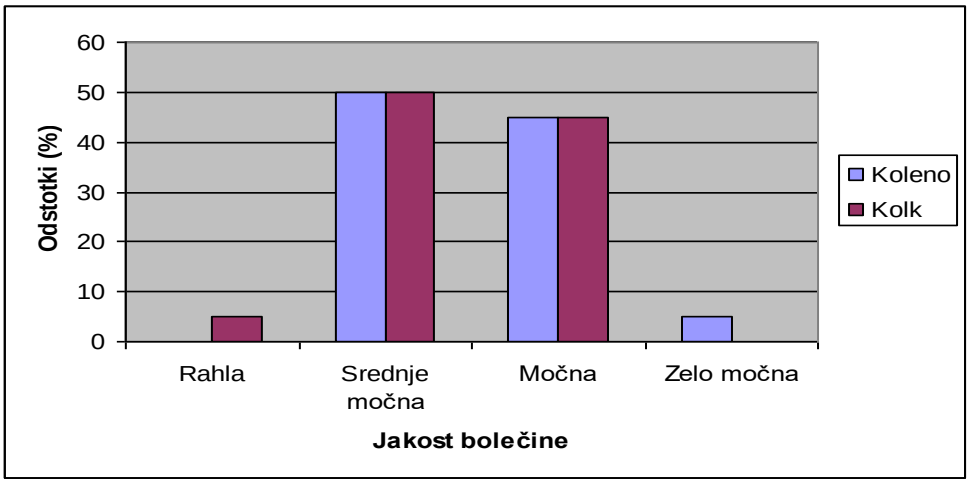
Slika 6: Dosedanje izkušnje z operativnim posegom

Med anketiranci, ki so imeli operacijo totalne proteze kolena, ni nobenega, ki ne bi imel izkušnje z operativnim posegom ali z akutno pooperativno bolečino. Med anketiranci, ki so imeli operacijo totalne proteze kolka, pa je 5 % anketirancev, ki niso imeli izkušnje z operativnim posegom.



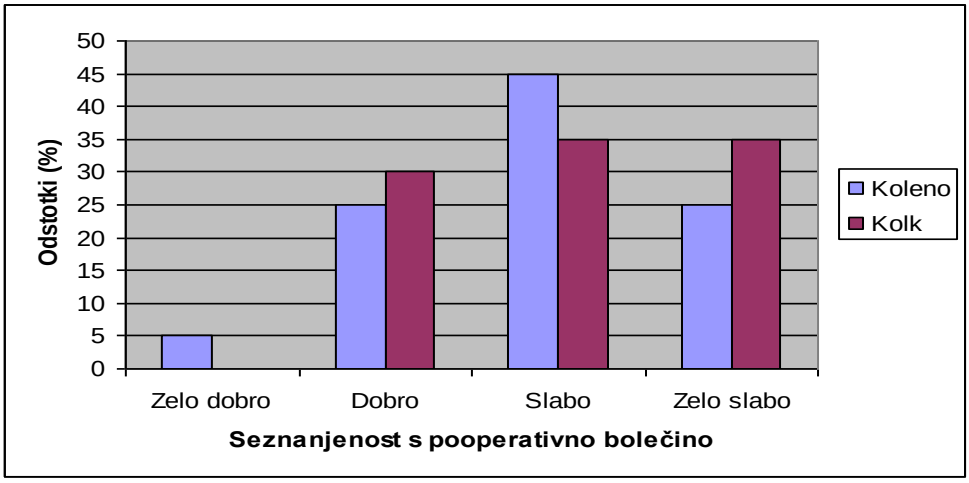
Slika 7: Subjektivna ocena tolerance bolečine anketirancev

Anketiranci so ocenjevali svoj prag bolečine. Med njimi je 50 % anketirancev, ki so imeli totalno protezo kolena, in meni, da je njihov prag bolečine srednje visok, 45 % jih meni, da je njihov prag bolečine visok. Med anketiranci, ki so imeli operacijo totalne proteze kolka, jih 55 % meni, da je njihov bolečinski prag srednje visok, 30 % pa jih je navedlo visok prag bolečine.



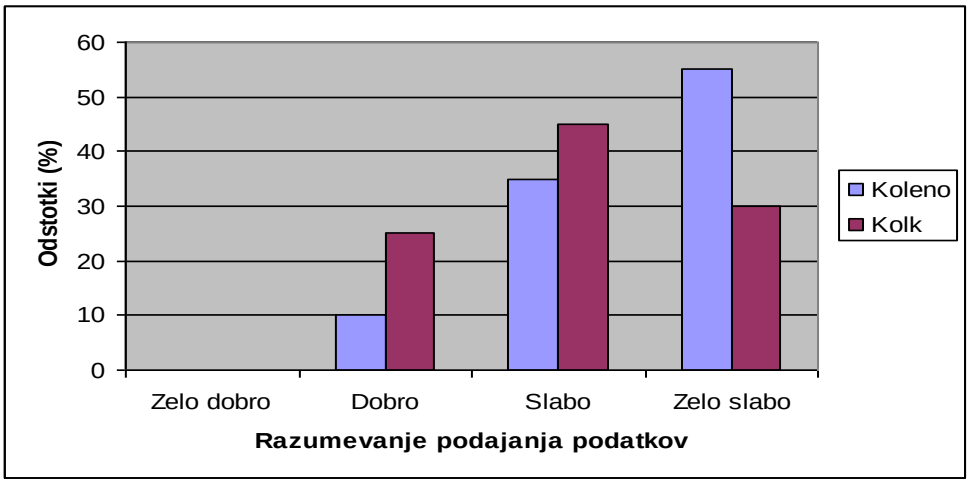
Slika 8: Pričakovanja o jakosti bolečine v pooperativnem obdobju

Med anketiranci, ki so imeli operacijo kolena in kolka jih 50 %, pričakuje srednje močno, 45 % anketirancev pa močno bolečino.



Slika 9: Seznanjenost anketirancev s pooperativno bolečino

Med anketiranci, ki so imeli operacijo totalne proteze kolena, jih 45 % meni, da so slabo seznanjeni s pooperativno bolečino, 25 % pa zelo slabo. Med anketiranci, ki so imeli totalno protezo kolka, pa jih 35 % meni, da so dobro obveščeni o pooperativni bolečini, in enak delež, da so obveščeni zelo slabo.



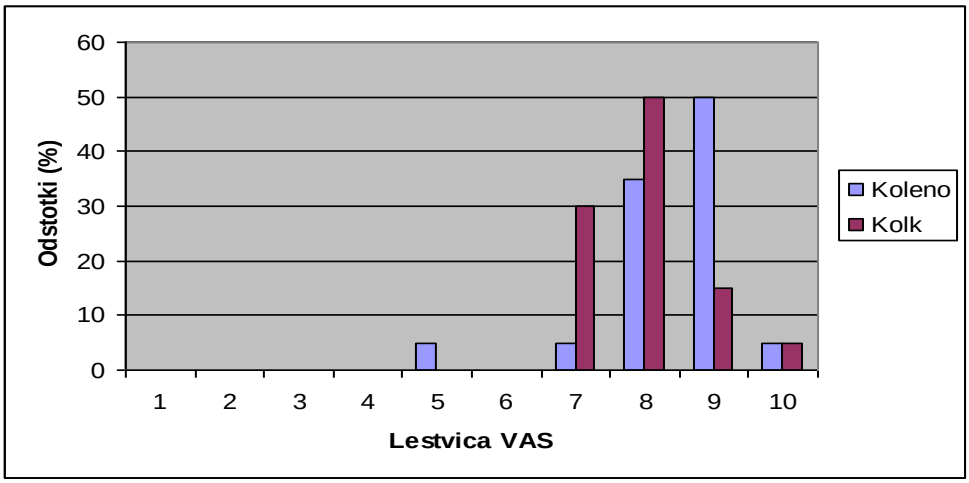
Slika 10: Razumevanje podajanja podatkov o pooperativni obravnavi bolečine na strani zdravstvenih delavcev

Med anketiranci, ki so imeli operacijo totalne proteze kolena, jih 55 % meni, da so zelo slabo razumeli podajanje podatkov glede bolečine in njenega merjenja s strani zdravstvenih delavcev pred operativnim posegom. Sledijo jim anketiranci, ki menijo, da so slabo razumeli podajanje podatkov (takih je 35 %). Med anketiranci, ki so imeli operacijo totalne proteze kolka, jih 45 % meni, da so podajanje podatkov glede bolečine slabo razumeli, 30 % pa jih meni, da so razumeli zelo slabo.

Na vprašanje odprtega tipa, s katerim smo anketirance spraševali, kdo od zdravstvenih delavcev jim je podal največ informacij glede pooperativne bolečine, ni odgovoril nihče.

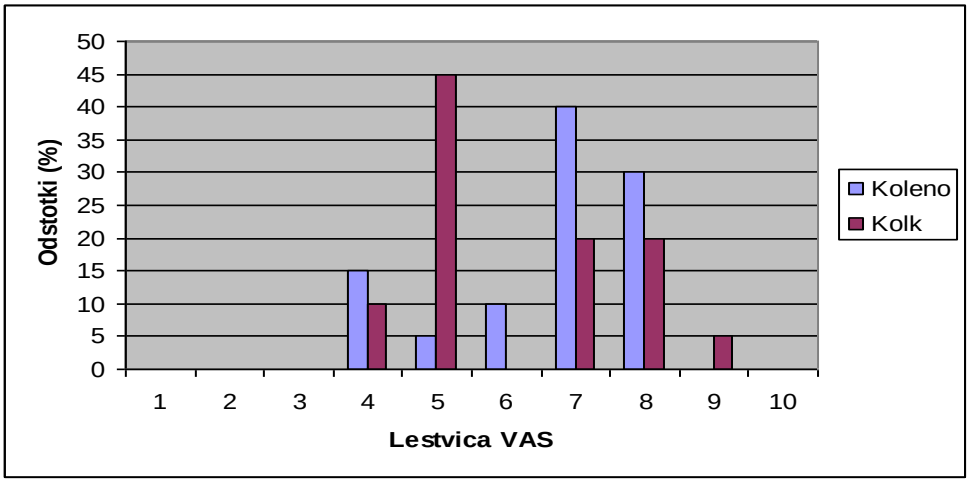
4.3 Ocenjevanje bolečine po lestvici VAS v takojšnjem pooperativnem obdobju

V tretjem delu smo uporabili list opazovanja, s katerim smo ocenjevali intenziteto bolečine po lestvici VAS v enoti intenzivne terapije. Bolečino smo merili in ocenjevali štiriindvajset ur po operativnem posegu. Merjenje bolečine na podlagi lestvice VAS smo pri pacientih izvajali na osem ur.



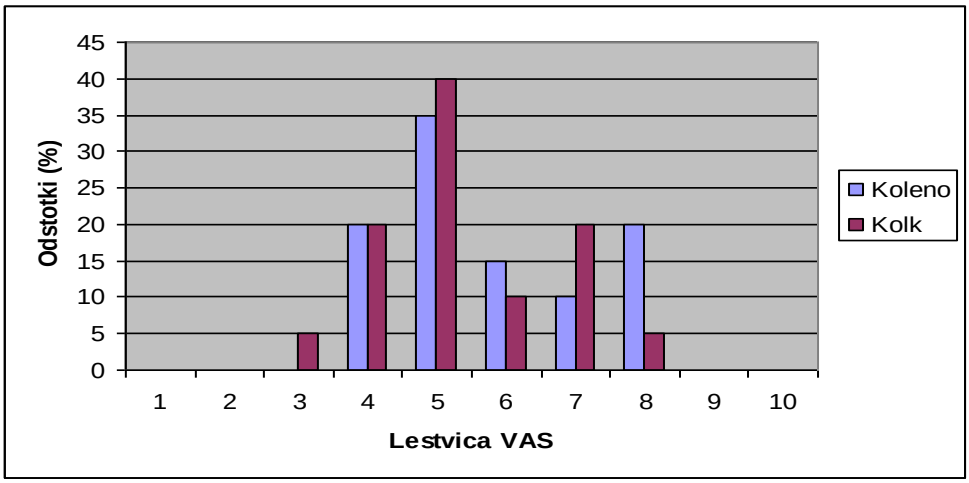
Slika 11: Ocena bolečine po lestvici VAS osem ur po operaciji

Prva ocena bolečine je bila osem ur po operativnem posegu. Med anketiranci, ki so imeli operacijo totalne proteze kolena, jih je 50 % stopnjo bolečine ocenilo z 9, 35 % pa z 8. Med anketiranci, ki so imeli operacijo totalne proteze kolka, je 50 % stopnjo bolečine ocenilo z 8, 30 % pa s 7.



Slika 12: Ocena bolečine po lestvici VAS šestnajst ur po operaciji

Med anketiranci s totalno protezo kolena je šestnajst ur po operativnem posegu 40 % stopnjo bolečine ocenilo s 7, 30 % pa z 8. Med anketiranci, ki so imeli operacijo totalne proteze kolka, jih je 45 % stopnjo bolečine ocenilo s 5, po 20 % pa s 7 in z 8.

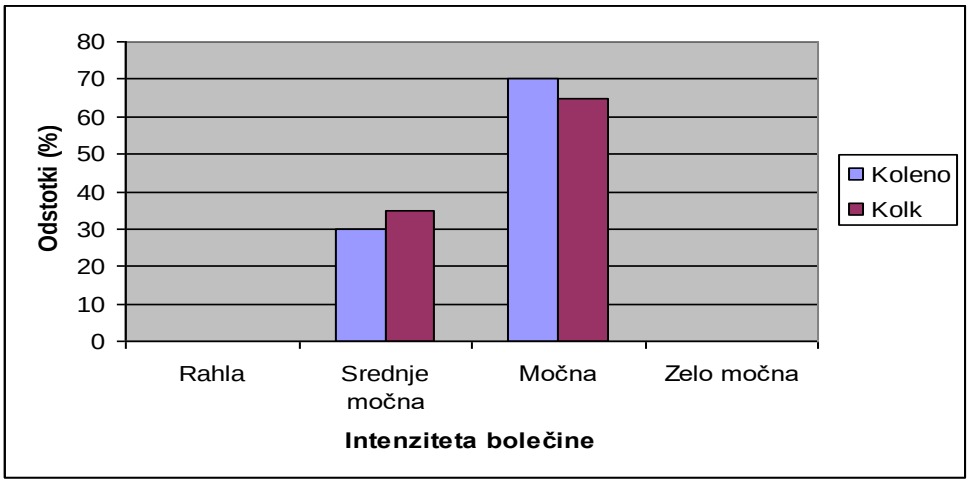


Slika 13: Ocena bolečine po lestvici VAS štiriindvajset ur po operaciji

Štiriindvajset ur po operativnem posegu je 35 % anketirancev s totalno protezo kolena stopnjo bolečine ocenilo s 5 po lestvici VAS, po 20 % pa s 4 in z 8. Med anketiranci, ki so imeli operacijo totalne proteze kolka jih je 40 % navedlo oceno 5, po 20 % pa 4 in 7.

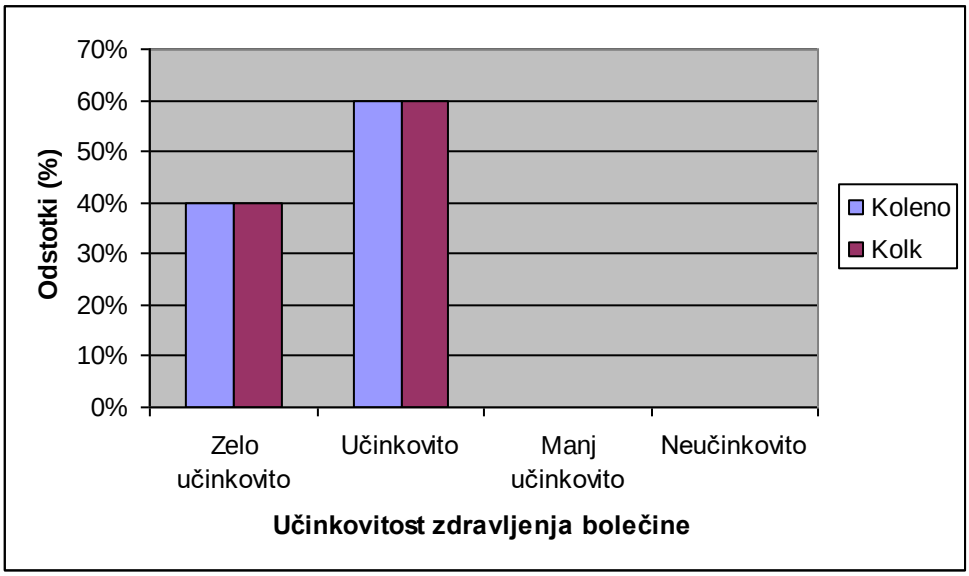
4.4 Izkušnje z bolečino po operativnem posegu

V četrtem delu anketnega vprašalnika so anketiranci odgovarjali na vprašanja, ki so se nanašala na obdobje po operativnem posegu v enoti intenzivne terapije. Na vprašanja so odgovarjali pred odpustom na oddelek. Odgovore so v tem sklopu podajali na podlagi štiristopenjske Likertove lestvice oziroma z izborom možnega odgovora z da ali ne. Eno vprašanje v tem sklopu je bilo odprtega tipa.



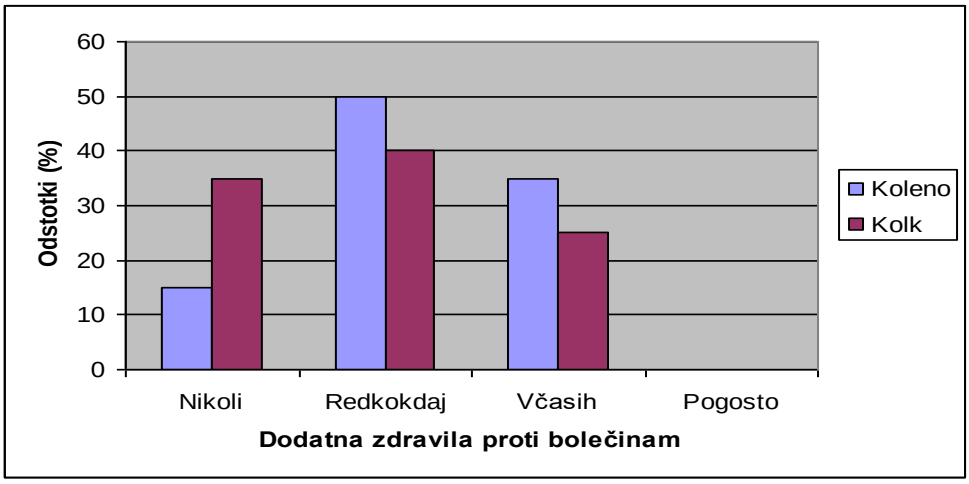
Slika 14: Ocena intenzitete bolečine po operaciji

Izmed anketirancev, ki so imeli operacijo totalne proteze kolena, je 70 % občutilo močno bolečino, 35 % pa srednje močno. Med anketiranci, ki so imeli operacijo totalne proteze kolka, jih je 65 % občutilo močno, 30 % pa srednje močno bolečino.



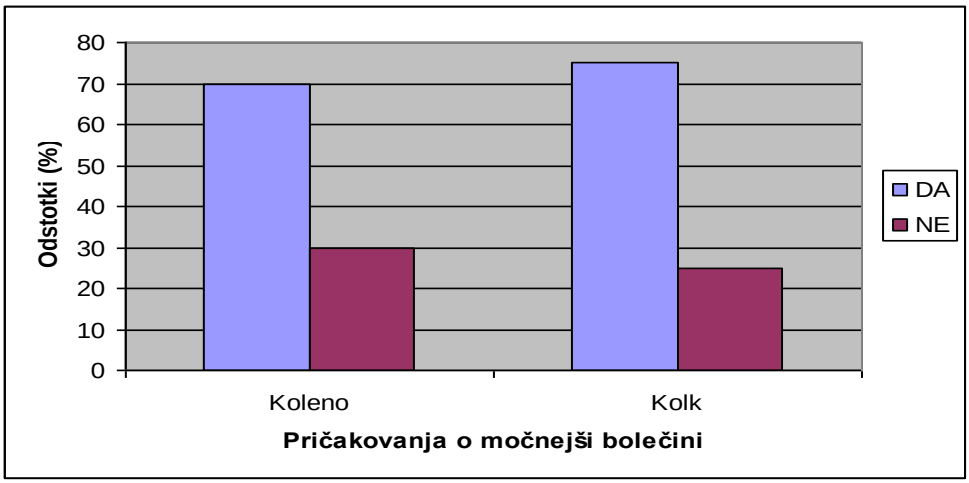
Slika 15: Učinkovitost zdravljenja bolečine v pooperativnem obdobju

Med anketiranci, ki so imeli totalno protezo kolena in kolka, jih 60 % meni, da je bilo zdravljenje pooperativne bolečine dobro učinkovito, 40 % iz vsake skupine pa jih meni, da je bilo zdravljenje zelo učinkovito.



Slika 16: Potreba po dodatnih zdravilih za lajšanje bolečine

Med anketiranci, ki so imeli totalno protezo kolena, jih je 50 % redkokdaj prosilo za dodatna zdravila za lajšanje bolečine, 35 % jih je prosilo včasih. Izmed anketirancev, ki so imeli operacijo totalne proteze kolka, jih je 40 % redkokdaj prosilo za dodatna zdravila, 35 % pa jih za to ni nikoli prosilo.



Slika 17: Pričakovanja glede jakosti bolečine po operaciji

Med anketiranci, ki so imeli operacijo totalne proteze kolena, jih je 70 % pričakovalo, da bo pooperativna bolečina močnejša kot so jo občutili. Enaka pričakovanja glede bolečine je imelo 75 % anketirancev, ki so imeli totalno protezo kolka.

Zadnje vprašanje je bilo odprtega tipa. Anketirance smo povprašali, kaj bi izboljšalo njihovo izkušnjo glede pooperativne bolečine. Na to vprašanje ni odgovoril nobeden izmed anketirancev.

5 RAZPRAVA

Raziskava, ki je bila izvedena v Ortopedski bolnišnici Valdoltra, je pokazala pomen zdravljenja akutne pooperativne bolečine. V raziskavi je bil največji delež anketirancev starih od 70 do 80 let. Prevladovali so pacienti z Južnega Primorskega. Največ pa je bilo anketirancev z osnovnošolsko izobrazbo.

Večina anketirancev, zajetih v raziskavo, je že imela izkušnjo z operacijo in posledično s pooperativno bolečino, saj smo v raziskavo glede na izbiro operativnih posegov (operacijo kolka in kolena) večinoma zajeli starejšo populacijo (95 %). V prvem delu raziskave smo ugotavljali njihova pričakovanja glede jakosti bolečine v pooperativnem obdobju. Polovica anketirancev je pričakovala srednje močno bolečino, 45 % pa celo močno bolečino. Informacija, da večji delež pacientov pričakuje močne bolečine po operaciji, kaže na to, da je ta še vedno njihova največja skrb. V raziskavi, ki so jo izvedli v univerzitetni bolnišnici v Chicagu na oddelku za anestezijo in intenzivno terapijo, so paciente spraševali, kaj jim povzroča največjo skrb pred operativnim posegom. 59 % pacientov je odgovorilo, da jih najbolj skrbi pooperativna bolečina (33). Domnevamo pa, da še veliko starejših oseb, ki morajo prestati operativni poseg, meni, da po operaciji morajo občutiti bolečino in jo trpeti, saj je to sestavni del operativnega posega. Tudi raziskava, ki so jo izvedli v Splošni bolnišnici dr. Jožeta Potrča Ptuj, kaže podobne rezultate. V raziskavi, ki so jo izvedli na kirurškem oddelku, je kar 73 % pacientov izrazilo mnenje, da po operativnem posegu pričakujejo srednje močne bolečine (10). Pri samoevalvaciji praga tolerance za bolečino je v naši raziskavi kar velik delež anketirancev ocenil, da je ta precej visok, kajti kar 52,5 % pacientov meni, da je njihov tolerančni prag za bolečino srednji, 37,5 % pa je svoj tolerančni prag bolečine ocenilo kot visokega.

V raziskavi smo si kot prvo delovno hipotezo zastavili, da seznanjenost pacienta z bolečino pred operacijo in njegove predhodne izkušnje vplivajo na njeno doživetje v pooperativnem obdobju. Zato smo razen dozdajšnjih izkušenj glede obvladovanja bolečine po operaciji v nadaljevanju paciente povprašali tudi glede pridobivanja informacij o vodenju bolečine in načinih zdravljenja v operativnem obdobju s strani zdravstvenih delavcev. Rezultati so se pokazali kot zelo zaskrbljujoči, saj je večina anketirancev odgovorila, da so jih zdravstveni delavci s tem seznanili slabo (40 %) oziroma zelo slabo (30 %). Razumevanje podajanja

informacij glede obravnave bolečine v pooperativnem obdobju s strani zdravstvenih delavcev so ocenili kot zelo pomanjkljivo. Pridobljeni rezultati kažejo, da zdravstveno osebje ne posveča veliko časa poučevanju pacienta glede pooperativne bolečine. Razlog za to lahko pripisujemo manjšemu številu medicinskih sester in posledično preobremenjenosti zaposlenih v zdravstveni negi. Zaradi tega se ne morejo dovolj posvetiti posameznemu pacientu. Nekateri pacienti pa si tudi ne upajo motiti medicinskih sester z vprašanji, ki jih zanimajo, saj menijo, da niso pomembna. Pomemben razlog za slabo poučenost pacientov glede bolečine pa je tudi neznanje zdravstvenih delavcev, kar so ugotovili z raziskavo, ki so jo izvedli v Avstraliji v medicinskem centru na oddelku za anestezijo in intenzivno nego (34). Z uvedbo službe za lajšanje pooperativne bolečine bi se pacientu posvetili pred operativnim posegom in po njem. Pred operacijo bi jim razložili postopek glede poteka operacije in lajšanja pooperativne bolečine po posegu. S tem pa bi si pridobili več zaupanja pacientov, ker bi pacient videl, da se mu posvečamo, in bi nam tudi sam zastavil vprašanja. Zaradi slabe poučenosti pacienta se lahko pričakovanja pred operativnim posegom in realnim stanjem glede jakosti in zdravljenja bolečine po operativnem posegu razlikujejo. Rezultati so tudi pokazali, da je večji delež pacientov (72,5 %) v pooperativnem obdobju pred odpustom na oddelek ocenil stopnjo bolečine v prvih štiriindvajsetih urah kot močno. Navedeni rezultati govorijo v prid zastavljeni hipotezi, po kateri seznanjenost pacienta glede bolečine vpliva na njeno doživljanje v pooperativnem obdobju.

Bolečino najpogosteje merimo po lestvici VAS, saj je najlažja za uporabo in razumevanje med zdravstvenim osebjem in pacienti (10). Operirancem smo v enoti intenzivne terapije osem ur po operativnem posegu prvič merili jakost bolečine. Polovica pacientov, ki so imeli operacijo totalne proteze kolena, je jakost bolečine ocenila z 9, tretjina pa z 8. Pri pacientih, ki so imeli operacijo endoproteze kolka, jih je polovica stopnjo bolečine ocenila z 8, skoraj tretjina pa s 7. Ocene kažejo, da je pri pacientih z endoprotezo kolena bolečina večja kot pri pacientih z endoprotezo kolka in potrebujejo večji odmerek zdravila proti bolečinam. Ponovno smo bolečino merili po šestnajstih urah. Bolečina se je zmanjšala, vendar je bila še vedno močna. Pri pacientih z operacijo kolena je bila najpogostejša ocena 7 (40 %), nekateri pa so jo ocenili tudi z 8. Skoraj polovica pacientov z operacijo kolka je stopnjo bolečine ocenila s 5, po 20 % pa s 7 in z 8. Zadnjo oceno smo med anketiranci dobili po štiriindvajsetih urah po operaciji. Bolečino po operaciji bi lahko ocenili kot zmerno, saj jih je večina ocenila s 5. Nekateri so občutili še manjšo bolečino, pri drugih pa je bila še vedno nekoliko večja.

Ocene bolečine so visoke, kar kaže na to, da še vedno ne posvečamo dovolj pozornosti učinkovitemu zdravljenju pooperativne bolečine. V Avstraliji so v medicinskem centru v Bedford Parku na oddelku za anestezijo in intenzivno nego rezultati raziskave pokazali, da zdravstveno osebje nima dovolj znanja glede lajšanja pooperativne bolečine, zato je tudi ne znajo primerno zdraviti (34). Zaradi strahu, da ne bi prišlo do prevelikega odmerka zdravila, apliciramo manjše doze, ki ne dosežejo želenega učinka, in pacienti še vedno trpijo bolečine. V Splošni bolnišnici dr. Jožeta Potrča Ptuj so izvedli raziskavo, v kateri se je kot dobra metoda za lajšanje bolečine pokazala analgezija po EDK, saj so ugotovili, da bi z epiduralnim katetrom rešili problem predoziranja oziroma premajhnega odmerka zdravila proti bolečinam. Zdravilo bi aplicirali z določeno dozo kontinuirano. Po potrebi pa bi si lahko pacient varno apliciral dodaten odmerek s črpalko takoj, ko bi začutil, da se jakost bolečine povečuje (10). Tudi pri naših pacientih bi lahko bil to eden izmed načinov, s katerim bi lahko lajšali bolečino v pooperativnem obdobju, saj močna bolečina pri pacientih ne bi nihala. Hipotezo, ki smo jo postavili, moramo ovreči, saj bolečina ni bila dovolj dobro zdravljena. Po smernicah, ki jih narekuje Svetovna zdravstvena organizacija, moramo zdraviti vsako bolečino, ki jo pacient po lestvici VAS oceni z močnejšo kot s 3 (35).

V zadnjem delu raziskave smo ugotavljali izkušnje s pooperativno bolečino po operativnem posegu v enoti intenzivne terapije. 72,5 % anketirancev je odgovorilo, da je bila njihova bolečina močna. Čeprav so pacienti občutili močno bolečino, jih je 60 % odgovorilo, da je bilo zdravljenje učinkovito, 40 % pa zelo učinkovito. Na oddelku za anestezijo in intenzivno nego v univerzitetni bolnišnici v Chicagu je 90 % pacientov v raziskavi odgovorilo, da je bila njihova bolečina ustrezno zdravljena (33). Za dodatna zdravila proti bolečinam je redkokdaj povprašala skoraj polovica pacientov. Raziskava, ki so jo izvedli v Splošni bolnišnici dr. Jožeta Potrča Ptuj, je pokazala, da je 17 % pacientov zahtevalo dodatna zdravila proti bolečinam (10). 72,5 % pacientov je pričakovala močnejšo bolečino, kot so jo občutili. Kljub temu da je veliko pacientov občutilo močnejšo bolečino glede zdravljenja, ni nobeden odgovoril na vprašanje, kako bi lahko izboljšali njihovo izkušnjo glede bolečine. To lahko potrdi hipotezo, po kateri je bilo zdravljenje akutne pooperativne bolečine v enoti intenzivne terapije učinkovito.

Med rehabilitacijo po operativnem posegu je lajšanje bolečine eden izmed sestavnih delov zdravljenja. Medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje bi moralo več pozornosti nameniti

izobraževanju pacienta glede pooperativne bolečine. Vodenje pooperativne bolečine bi moralo biti kontinuirano ali v časovnih presledkih ter individualno za vsakega pacienta, glede na njeno jakost in potrebo po njenem zdravljenju. Dodatno pa je potrebno tudi kontinuirano izobraževanje zdravstvenega osebja glede novosti v zdravljenju akutne pooperativne bolečine. Skrbeti moramo za pacientovo čimprejšnje okrevanje s čim manj bolečinami. Stari antični pregovor Klavdija Galena velja še danes: »Lajšanje bolečine je božansko delo« (10).

6 ZAKLJUČEK

Cilj pooperativne nege je čim boljše in učinkovitejše zdravljenje pooperativne bolečine in s tem hitrejše okrevanje vsakega pacienta. To pa je proces, ki se mora začeti že ob sprejemu pacienta na bolnišnični oddelek. Največja skrb pacientov je še vedno bolečina po operaciji, številni pa so tudi prepričani, da je treba določeno jakost bolečine tudi trpeti. To lahko pripisujemo starostni skupini, vzgoji in mentaliteti ljudi. Poučenost pacientov s strani zdravstvenih delavcev je še vedno zelo majhna, glede na to pa je tudi močna bolečina v pooperativnem obdobju še vedno prisotna. Kljub temu pa anketiranci menijo, da je bilo zdravljenje bolečine dobro vodeno. Zdravstveno osebje bi se moralo bolj posvetiti področju zdravljenja bolečine in paciente poučevati glede bolečine.

Za kakovostno zdravljenje akutne pooperativne bolečine bi bilo potrebno izobraževanje zdravstvenega osebja. Z vzpostavitvijo službe za zdravljenje bolečine bi bili pacienti seznanjeni z operativnim posegom in s postopki lajšanja bolečine po operaciji že pred posegom. Tako bi pacienti poznali svoje pravice glede lajšanja bolečine, zvišala bi se kakovost zdravstvene nege in tudi zadovoljstvo pacientov.

7 LITERATURA IN VIRI

1. Ščavničar E. Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2004; 38: 101–111.

2. Slovensko združenje za zdravljenje bolečine (2010) http://www.szzb.si/ <15. 12. 2010>.

3. Gordon M. Negovalne diagnoze – priročnik. Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2003.

4. Ščavničar E. Ocenjevanje pojava bolečine v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2004; 38: 101–111.

5. Šmitek J., Krist A. Venski pristopi, odvzem krvi in dajanje zdravil. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, 2008: 185–212.

6. Pirc J. Prepoznavanje, ocenjevanje in merjenje bolečine. V: Krčevski Škvarč N. Zbornik predavanj, 9. seminar o bolečini, Maribor, 10. in 11. junij, 2005, Maribor. Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, Splošna bolnišnica Maribor 2005: 173–177.

7. Krčevski Škvarč N. Kronična bolečina. V: Podiplomsko izobraževanje iz anesteziologije, peti tečaj. Portorož: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za anesteziologijo in intenzivno medicino, 1997.

8. Pražnikar A. Nevropatska bolečina. V: Marinček Č. (ur.) Rehabilitacija številka 1-2, letnik V, 2006. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo 2006: 124–128.

9. Požlep G. Zdravljenje akutne bolečine pri poškodovancih. V: Bručan A. (ur.), Gričar M. (ur.), Vajd R. (ur.). Urgentna medicina. Izbrana poglavja 8, Portorož, 19.–22. junij, 2002. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino 2002: 56–59.

10. Obran S. Ocenjevanje in merjenje akutne pooperativne bolečine. Obzor Zdr N 2000; 34: 215–220.

11. Banič E. Vpliv bolečine na proces zdravstvene nege. Obzor Zdr N 1991; 25: 5–10.

12. Krčevski Škvarč N. Bolečina v urgentni medicini. V: Bručan A. (ur.), Gričar M. (ur.), Vajd R. (ur.). Urgentna medicina. Izbrana poglavja 8, Portorož, 19.–22. junij, 2002. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino 2002: 50–55.

13. Berčič I. Pomen lajšanja akutne pooperativne bolečine. V: Nunar Perko A. (ur.), Buček Hajdarevič I. (ur.). Zbornik predavanj Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, Rogla, 15. in 16. april, 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005: 6–9.

14. Štor Z. Vloga kirurga v lajšanju pooperativne bolečine. V: Krčevski Škvarč N. (ur.). Zbornik Pooperacijska bolečina, 12. seminar o bolečini z mednarodno udeležbo, Maribor, 6. in 7. junij, 2008. Maribor. Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, Splošna bolnišnica Maribor, 2008: 42–47.

15. Elkin M. K., Perry A. G., Potter P. A. Pain Management. Nursing interventions & Clinical Skills (second edition). ST. Louis: Mosby Inc. 2000: 530–550.

16. Mrak Z. Priprava bolnika na operativni poseg. V: Seminar sekcije kirurških medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Zbornica zdravstvene nege Slovenije – zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Radenci, 2001; 23–28.

17. Krčevski Škvarč N. Klinično merjenje bolečine. V: 32. strokovni seminar Zdravljenje bolečine. Bled 1995. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester za anesteziologijo, intenzivno nego in terapijo ter transfuziologijo, 1995: 11–15.

18. Ščavničar E. Ocenjevanje pojava bolečine v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 1997; 31: 223–232.

19. Potter P. A., Perry A. G. Foundamentals of nursing: concepts, process & practice. St. Louis: Mosby Year Book Inc. 1993: 1176–1211.

20. Kamenik M. Merjenje in ocenjevanje bolečine v perioperativnem obdobju. V: Krčevski Škvarč N. (ur.). Zbornik Pooperacijska bolečina, 12. seminar o bolečini z mednarodno udeležbo. Maribor, 6. in 7. junij, 2008. Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, Splošna bolnišnica Maribor, 2008: 42–47.

21. Rakel B., Herr K. Assesment and Treatment of Post operate Pain in Older Adults. Journal of Peri Anesthesia Nursing, Vol 19, No 3 (June). 2004: 194–208.

22. Ščavničar E. Negovalna diagnoza in poskus uporabe v praksi. Obzor Zdr N 1999; 33: 141–145.

23. Kardoš Z., Svilenkovič V. Dokumentiranje bolečine. V: 40. strokovni seminar Lajšanje akutne pooperativne bolečine. Rogla: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, 2005: 99–103.

24. Rajzer M., Krčevski Škvarč N. Zdravljenje bolečin preko epiduralnega katetra. V: 32. strokovni seminar Zdravljenje bolečine. Bled 1995. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester za anesteziologijo, intenzivno nego in terapijo ter transfuziologijo, 1995: 11–15.

25. Oroszy D. Pooperativna oskrba in nadzor bolnika pri epiduralni analgeziji. KO za anestezijo in intenzivno terapijo operativnih strok. Klinični center Ljubljana, Ljubljana: 2003.

26. Petek C. Edukacija MS o bolečini. KO za anestezijo in intenzivno terapijo operativnih strok. Klinični center Ljubljana, Ljubljana 1999.

27. Kanič Z. Bolečina pri novorojencih. V: Krčevski Škvarč N. (ur.). Zbornik predavanj, 4. seminar o bolečini, Maribor, 2. in 3. junij 2000. Maribor. Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, Splošna bolnišnica Maribor, 2000: 253–264.

28. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006.

29. Ščavničar E. Negovalne diagnoze pri starostniku, ki ima sladkorno bolezen. Obzor Zdr N 2005; 39: 111–117.

30. Lahajnar Čavlovič S. Obvladovanje bolečine pri bolniku z rakom, ki je napredoval. V: Nunar Perko A. (ur.), Buček Hajdarevič I. (ur.). Zbornik predavanj Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, Rogla, 15. in 16. april 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005: 26–30.

31. 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: 215–219.

32. Kodila V. Osnovni vodnik po kirurški enoti intenzivnega zdravljenja. Priročnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika. 2008: 202–203.

33. Apfelbaum J. L., Chen C., Mehta S. S., Gan T. J. Postoperative pain experiance: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. Anesth Analg 2003; 97: 534–540.

34. Owen H., McMillan V., Rogowski D. Postoperative pain therapy: a survey of patients expectations and their experiences. Pain 1990; 41: 303–307.

35. Buček Hajdarevič I., Petek C., Svilenković V. Lajšanje akutne pooperativne bolečine: zbornik predavanj in posterjev, 5. kongres zdravstvene in babiške nege, Ljubljana 12., 13. in 14. maj 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005: 437–444.

ZAHVALA

Ob pripravi diplomske naloge se za pomoč zahvaljujem mentorici mag. Ireni Trobec in somentorju Igorju Karnjuši.

Iz srca se zahvaljujem fantu in staršem za podporo in spodbudne besede.

Hvala tudi vsem, ki so kakorkoli pomagali pri izvedbi diplomske naloge.

PRILOGA: ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Moje ime je Petra Černalogar. Sem medicinska sestra, zaposlena v operacijskem bloku v Ortopedski bolnišnici Valdoltra. Zaključujem študij na Visoki šoli za zdravstvo v Izoli. Pripravljam diplomsko nalogo s področja pooperativne bolečine. Namen raziskovalnega dela diplomske naloge je ugotoviti informiranost pacientov o pooperativni bolečini in njihove izkušnje z zdravljenjem bolečine v zgodnjem pooperativnem obdobju.

Anketni vprašalnik ter list opazovanja pooperativne bolečine sta anonimna, rezultati anketiranja pa bodo uporabljeni izključno za namene diplomske naloge. Navodila za izpolnjevanje so podana v okviru posameznega sklopa vprašanj. Vljudno vas prosim za sodelovanje v raziskavi.

Vprašalnik pred operativnim posegom

Prvi sklop vprašanj se nanaša na vaše predhodne izkušnje. Na vprašanja tega sklopa odgovarjajte tako, da obkrožite samo en odgovor, ali dopišite ustrezen odgovor na prazno vrstico.

Demografija

1. Spol (obkrožite): M Ž
2. Starost (dopolnjena leta); _____
3. Regija (obkrožite ustrezni odgovor):

    a) Severna Primorska
    b) Južna Primorska
    c) Gorenjska
    d) Notranjska
    e) Osrednja Slovenija
    f) Koroška
    g) Savinjska in Zasavje
    h) Posavje
    i) Dolenjska
    j) Podravje
    k) Pomurje

4. Izobrazba (obkrožite ustrezni odgovor):

    a) osnovna šola
    b) srednja poklicna šola
    c) srednja strokovna šola, gimnazija
    d) višješolska ali visokošolska izobrazba
    e) univerzitetna izobrazba ali več

5. Ali ste že imeli operativni poseg oz. ali ste se srečali z akutno pooperativno bolečino?

    DA NE

6. Kolikšen je po vašem mnenju vaš prag bolečine?

    NIZEK SREDNJE VISOK VISOK ZELO VISOK

7. Kako močno bolečino pričakujete po operaciji?

    RAHLO SREDNJE MOČNO MOČNO ZELO MOČNO

8. Kako ocenjujete svojo seznanjenost s pooperativno bolečino?

    ZELO DOBRO DOBRO SLABO ZELO SLABO

9. Kako ste razumeli podajanje podatkov glede bolečine in njenega merjenja na strani zdravstvenih delavcev pred operativnim posegom?

    ZELO DOBRO DOBRO SLABO ZELO SLABO

10. Kdo izmed zdravstvenih delavcev vam je podal največ informacij o pooperativni bolečini?

    ZDRAVNIK MEDICINSKA SESTRA

    DRUGI:_____ (Navedite, kdo.)

Merjenje pooperativne bolečine

List merjenja pooperativne bolečine izpolnijo zdravstveni delavci v enoti intenzivne terapije. Meri se bolečina po lestvici VAS na osem ur. Na vrstice vpisujte vrednosti izmerjene bolečine in vitalnih funkcij.

Operacija: TP cox/TP gen

Merjenje pooperativne bolečine:

- Osem ur po operaciji:
  po lestvici VAS:_____
- Šestnajst ur po operaciji:
  po lestvici VAS:_____
- štiriindvajset ur po operaciji:
  po lestvici VAS:_____

Vprašalnik po operativnem posegu

Četrti sklop vprašanj se nanaša na pooperativno obdobje in zdravljenje pooperativne bolečine v enoti intenzivne terapije. Na vprašanja tega sklopa odgovarjajte tako, da obkrožite samo en odgovor ali dopišete ustrezen odgovor na prazno vrstico.

1. Kako bi ocenili stopnjo bolečine v pooperativnem obdobju?

   RAHLA SREDNJE MOČNA MOČNA ZELO MOČNA

2. Kako učinkovito je bilo po vašem mnenju vodenje bolečine?

   ZELO UČINKOVITO UČINKOVITO

   MANJ UČINKOVITO NEUČINKOVITO

3. Ali ste po operativnem posegu morali prositi za dodatna zdravila proti bolečinam?

   NIKOLI REDKOKDAJ VČASIH POGOSTO

4. Ali ste pričakovali močnejšo bolečino, kot ste jo občutili:

   DA NE

5. Kaj bi po vašem mnenju lahko izboljšalo izkušnjo glede pooperativne bolečine?
   _____
   _____
   _____
   _____

Iskrena hvala za sodelovanje.