

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, maj 2011

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**OBVLADOVANJE KRONIČNE MALIGNE BOLEČINE:
IZKUŠNJE PACIENTOV, VKLJUČENIH V
AMBULANTO ZA ZDRAVLJENJE BOLEČIN**

**CHRONIC MALIGNANT PAIN MANAGEMENT: THE EXPERIENCE
OF PATIENTS, ATTENDING THE PAIN TREATMENT CLINIC**

Študentka: TANJA BRIC

Mentorica: mag. KLARA BAVČAR, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Somentor: IGOR KARNJUŠ, mag. zdr. neg.

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, maj 2011

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**OBVLADOVANJE KRONIČNE MALIGNE BOLEČINE:
IZKUŠNJE PACIENTOV, VKLJUČENIH V
AMBULANTO ZA ZDRAVLJENJE BOLEČIN**

**CHRONIC MALIGNANT PAIN MANAGEMENT: THE EXPERIENCE
OF PATIENTS, ATTENDING THE PAIN TREATMENT CLINIC**

Študentka: TANJA BRIC

Mentorica: mag. KLARA BAVČAR, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Somentor: IGOR KARNJUŠ, mag. zdr. neg.

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, maj 2011

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
2	BOLEČINA.....	3
2.1	DEFINICIJA BOLEČINE	3
2.2	FIZIOLOGIJA IN PATOFIZIOLOGIJA BOLEČINE	3
2.3	VRSTE BOLEČIN	5
3	KRONIČNA MALIGNA BOLEČINA.....	7
3.1	KRONIČNA BOLEČINA V SLOVENIJI IN EVROPI	8
3.2	ZDRAVLJENJE IN OBVLADOVANJE KRONIČNE MALIGNE BOLEČINE	9
3.2.1	Farmakološko zdravljenje bolečine	12
3.2.2	Invazivne metode lajšanja bolečine	17
3.3	AMBULANTE ZA ZDRAVLJENJE BOLEČIN	18
3.4	VPLIV KRONIČNE MALIGNE BOLEČINE NA KAKOVOST ŽIVLJENJA	20
4	OBRAVNAVA KRONIČNE MALIGNE BOLEČINE V ZDRAVSTVENI NEGI.....	22
4.1	VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI LAJŠANJU KRONIČNE MALIGNE BOLEČINE	22
4.1.1	Terapevtski pomen komunikacije pri obravnavi kronične maligne bolečine	23
4.2	PROCES ZDRAVSTVENE NEGE PRI OBRAVNAVI KRONIČNE MALIGNE BOLEČINE	24
4.2.1	Ugotavljanje potreb po zdravstveni negi	25
4.2.2	Načrtovanje zdravstvene nege	29
4.2.3	Izvajanje zdravstvene nege	30
4.2.4	Vrednotenje zdravstvene nege.....	34
5	RAZISKAVA	37
5.1	OPREDELITEV PROBLEMA, TEMA IN IZHODIŠČE RAZISKAVE	37
5.2	NAMEN IN CILJI NALOGE	38
5.3	METODOLOGIJA RAZISKOVANJA	38
5.3.1	Opredelitev vzorca raziskave.....	38
5.3.2	Način zbiranja podatkov	39
5.3.3	Analiza podatkov	39

6	REZULTATI.....	40
6.1	OCENA STANJA IN DOŽIVLJANJE BOLEČINE	40
6.2	AKTIVNOSTI MEDICINSKE SESTRE, POVEZANE Z NJIHOVIM DELOM V AMBULANTI ZA ZDRAVLJENJE BOLEČIN, IN PREDLOGI IZBOLJŠAV	45
7	RAZPRAVA.....	48
8	ZAKLJUČEK	53
	SEZNAM VIROV	55
	PRILOGE.....	60

KAZALO SLIK

Slika 1: Primer številčne lestvice za merjenje jakosti bolečine (10)	31
Slika 2: Primer VAS lestvice za merjenje jakosti bolečine (42)	32
Slika 3: Primer (slikovne) vedenjske lestvice (43)	33
Slika 4: Primer vedenjske lestvice (42)	33

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Farmakološko zdravljenje bolečine glede na njeno jakost (21)	12
Preglednica 2: Priporočeni načini zdravljenja posameznih vrst bolečine (21).....	13
Preglednica 3: Vrste neopiodnih analgetikov ter njihovi dnevni odmerki (21)	14
Preglednica 4: Vrste šibkih opioidov ter njihovi odmerki (21).....	15
Preglednica 5: Vrste močnih opioidov ter njihovi dnevni odmerki (21).....	16
Preglednica 6: Primer oblikovanja ND po ICNP (39).....	28
Preglednica 7: Aktivnosti MS, povezane z njihovim delom v ambulanti za zdravljenje bolečin	46

KAZALO GRAFOV

Graf 1: Čas trajanja bolečine	40
Graf 2: Čas pojavljanja bolečine	41
Graf 3: Jakost bolečine v zadnjem tednu pred obiskom ambulante in anketiranjem (0 - ni bolečine, 10 - neznosna bolečina).....	41
Graf 4: Upoštevanje časovnega intervala jemanja zdravil za lajšanje bolečin.....	42
Graf 5: Lažje opravljanje aktivnosti po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin.....	42
Graf 6: Občutek ob prisotnosti bolečine.....	43
Graf 7: Odziv svojcev na bolečino	44
Graf 8: Dvig kakovosti življenja po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin	44
Graf 9: Področja dviga kakovosti življenja	45

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Dolgotrajna bolečina, tudi kronična maligna, močno vpliva na splošno počutje, razpoloženje, opravljanje vsakodnevnih aktivnosti in medsebojne odnose. Pacientu bistveno zmanjša kakovost življenja. Glede na možnosti, ki jih ponuja sodobna medicina, je zdravljenje pacienta s kronično maligno bolečino še vedno pomanjkljivo. Za uspešno zdravljenje bolečine je pomembno znanje vseh zdravstvenih delavcev o bolečini in obvladovanju te. Medicinska sestra se neposredno srečuje z bolečino na vseh področjih svojega delovanja. Od nje se pričakuje, da bo znala bolečino prepoznati, jo oceniti ter v sodelovanju s preostalimi člani zdravstvenega tima ustrezno lajšati.

Namen raziskave je bil opredeliti izkušnje pacientov z bolečino in obravnavo v ambulanti za zdravljenje bolečin ter prikazati vlogo medicinske sestre v njej. Izpostavljena so bila področja ocene stanja in doživljanje bolečine ter aktivnosti medicinske sestre v ambulanti za zdravljenje bolečin. Podatki so bili zbrani s pomočjo anketnega vprašalnika. Ta je bil razdeljen 30 pacientom s kronično maligno bolečino po vsaj dva- do tritedenskem jemanju terapije, ki jim je bila predpisana v ambulanti za zdravljenje bolečin v Splošni bolnišnici dr. Franca Derganca Nova Gorica. Rezultati so pokazali, da pacienti po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin navajajo znižanje jakosti bolečine za polovico in več, lažje opravljanje aktivnosti ter dvig kakovosti življenja. S pristopom medicinske sestre in posegi zdravstvene nege so bili vprašani večinoma zadovoljni. Rezultati kažejo, da je pacientom potrebno zagotoviti kakovostnejšo zdravstveno vzgojo. Medicinske sestre morajo sprejeti tudi vlogo učitelja ter posredovati specifične informacije o bolečini, lajšanju in obvladovanju le- te.

Ključne besede: kronična maligna bolečina, kakovost življenja, lajšanje in obvladovanje bolečine, zdravstvena nega, vloga medicinske sestre.

ABSTRACT AND KEYWORDS

A long-term pain, including a chronic malignant pain, has a significant impact on patients' general well-being, mood, daily activities performance and personal relationships. It significantly reduces patient's quality of life. Considering the possibilities offered by modern medicine, the treatment of patient with chronic malignant pain remains insufficient. For a successful pain treatment it is important to take into account the skills of all health workers as well as their knowledge about pain and its managing. Nurses are confronted with pain in all areas of their nursing activity. It is expected that a nurse will be able to recognize pain, assess it and, in collaboration with other health team members, to alleviate it appropriately.

The purpose of the research was to define the patients' experiences with pain and their treatment at the pain treatment clinic, showing the role of a nurse in this process. The sections exposed in the study were the assessment of pain status and pain experience and the nursing activities at the pain treatment clinic. Data were collected through survey questionnaire. This was distributed to 30 patients with chronic malignant pain, who had received at least a two to three week treatment therapy prescribed at the pain treatment clinic at General hospital, "dr. Franc Derganc" in Nova Gorica. The results are showing that patients who were attending the pain treatment clinic have reported pain intensity reduction by half or more, easier performance of daily activities and quality of life improvement. The surveyed patients were mostly satisfied with nurse's approach and nursing interventions. The results show also the necessity of providing a better quality health education for patients. Therefore nurses should perform the role of educators and provide specific information about pain, its relief and management.

Key words: chronic malignant pain, quality of life, pain relief and management, nursing care, the role of a nurse.

1 UVOD

Bolečina je izjemno neprijetna osebna izkušnja. Povezana je z različnimi dejavniki, ki jo sooblikujejo, na njeno doživljanje in trajanje pa močno vplivata tudi okolje in duševno stanje človeka, ki jo trpi (1). Čeprav v optimalnih razmerah ljudje bolečine ne čutijo, je res, da bolečina prinaša tudi pozitivne stvari. Včasih je namreč prav bolečina tista, ki opozori, da se v telesu nekaj dogaja (1).

Lajšanje bolečine, tudi kronične, je vedno večplastno in običajno zahteva multidisciplinarni pristop. Glede na njen izvor se je lotevajo različni strokovnjaki, ki izvajajo različne kurativne posege: splošni zdravniki, fizioterapevti, anesteziologi, nevrologi in nevrokirurgi. V Sloveniji imamo petnajst ambulant za zdravljenje bolečin, v katerih zdravniki na različne načine lajšajo bolečine. Na voljo so jim neinvazivne in invazivne metode za lajšanje bolečin. Zelo pomembno pri zdravljenju bolečine je sodelovanje pacienta in svojcev. Pacient mora prevzeti dejavno vlogo v celotnem procesu. To pomeni, da dosledno spoštuje navodila, ki jih dobi ob obravnavi v ambulanti za zdravljenje bolečin. Pri tem je pomemben tudi odprt odnos do zdravnika in medicinske sestre (v nadaljevanju MS) ter iskreno sporočanje o tem, kako doživlja načine zdravljenja (1).

Pacient bolečino skoraj vedno čuti in doživlja na telesni in duševni ravni, ta pogosto vpliva na medsebojne odnose v družini, med sodelavci in v širšem socialnem okolju. Doživljanje je odvisno od prepletanja treh dejavnikov: narave okvare tkiva, duševnega stanja in družbenih dejavnikov. Doživljanje bolečine poteka na štirih ravneh: občutenje bolečine, zavedanje bolečine, čustveni odziv na bolečino in vedenjski odgovor nanjo (2). Bolečino je potrebno zdraviti in je ne prepustiti njenemu lastnemu toku, kajti kakovost življenja je ena najpomembnejših človekovih vrednot in če je okrnjena, lahko ogrozi humano umiranje, urejanje odnosov, še posebno pa spoštljiv odnos do vsakega posameznika v tej situaciji.

MS se s pojavom bolečine srečuje zelo pogosto. Pomembna je njena pomoč pacientu, ki mu jo nudi zato, da zmanjša dražljaj, ki povzroča bolečino, in da vpliva na vedenjsko reakcijo. Učinkovita obravnava bolečine v zdravstveni negi (v nadaljevanju ZN) obsega tudi psihosocialno podporo, saj ima bolečina tudi psihosocialno sestavino. Reakcija na bolečinski dražljaj je individualna, zato se razlikuje od pacienta do pacienta in se nanjo lahko vpliva. MS

se dejavno vključuje v interdisciplinarno obravnavo pacienta s kronično maligno bolečino. MS, ki slabo pozna razliko v doživljanju akutne in kronične bolečine, lahko napačno domneva, da odsotnost izražanja bolečine pomeni tudi dejansko odsotnost bolečine. Tak pacient je namreč v fazi depresivnosti, ki je ena od faz pri kronični maligni bolečini. Pogovor in razpravljanje o bolečini v timu povečujeta pozornost MS do pacienta in izzivata k razmišljanju (3).

Namen diplomske naloge je spoznati izkušnje pacientov v procesu obravnave v ambulanti za zdravljenje bolečin. V teoretičnem delu so predstavljene značilnosti kronične maligne bolečine, kakovost življenja pacientov s kronično maligno bolečino, vloga MS pri obravnavi le-te ter izsledki študij o kronični bolečini. Raziskovalni del diplomske naloge se osredotoča na oceno stanja in doživljanja bolečine po obravnavi ter ovrednotenje interakcij med pacienti in MS v procesu obravnave v ambulanti za zdravljenje bolečin.

2 BOLEČINA

2.1 Definicija bolečine

Bolečina je kompleksna človekova izkušnja. Pogosto je znak, da je z zdravjem nekaj narobe, vedno pa vpliva na pacientovo počutje in kakovost življenja (4). Iz literature je znanih več definicij o bolečini. V nadaljevanju sta predstavljeni dve.

Po definiciji Svetovne organizacije za raziskavo bolečine (International Association for the Study of Pain – IASP) je bolečina neprijetna čutna in čustvena izkušnja, ki jo spremlja čustveni, samostojni, duševni in vedenjski odziv, povezana pa je z zdajšnjo ali nekdanjo poškodbo tkiva. Bolečina je subjektivna in ni vedno posledica bolečega dražljaja ali poškodovanega tkiva (5).

Definicijo bolečine je za področje ZN napisala Mc Caffery, ki je bila MS in specialistka za vodenje bolečine. Definicija se glasi: »Bolečina je prisotna, kadar koli jo posameznik opisuje, je prisotna tam, kjer jo opisuje, in je tako močna, kot jo ocenjuje.« Poudarja še, da je bolečina neprijeten občutek in da je MS pacientu dolžna prisluhiniti ter mu pomagati, da se bo bolje počutil (4).

2.2 Fiziologija in patofiziologija bolečine

Bolečinska pot je specifična pot od perifernih receptorjev do najvišjih ravni osrednjega živčnega sistema. Z evolucijo se je razvila zapletena informacijska mreža. Ves potek dogodkov od škodljivega dražljaja, ki vzburi periferno aferentno živčno vlakno, do prenašanja informacije v višje centre in odgovora na bolečino se imenuje nocicepcija – zaznavanje bolečine. Proces nocicepcije obsega zaporedje štirih faz (6):

- prva faza procesa je vzburjenje, pomeni nastajanje dražljaja na bolečinskih receptorjih. Periferne živčne končiče vzdražijo kemični, mehanski ali toplotni dražljaji. Bolečinsko zaznavanje se začne na celični ravni. Iz poškodovanih in iz imunskih celic se sproščajo mediatorji, ki dražijo živčne končiče in jim nižajo prag. Kemično prevajanje bolečine se

- začne s sproščanjem prostaglandinov, histamina, bradikininina, serotoninina, kalijevih in vodikovih ionov iz poškodovanega tkiva;
- druga faza v procesu zaznavanja je prenašanje, ko bolečinski dražljaj potuje po vlaknih nociceptorjev skozi spinalne ganglije do zadnjih rogov hrbtenjače, kjer se oblikuje prvi avtonomen motorični odgovor na bolečino, imenuje se umaknitveni refleks. Bolečinska informacija se preko hrbtenjačnih interneuronov širi predvsem po spinotalamični progi do možganskega debla in talamusa, ki je mesto avtonomnega in čustvenega odgovora na bolečino;
 - tretja faza je sooblikovanje, to so zaviralna in vzburjevalna dogajanja v hrbtenjači, ki spreminjajo razmerje med začetnim dražljajem in nadaljnjim prenašanjem impulzov v višje centre. Hrbtenjača je eno kritičnih mest pri nastajanju bolečine in je lahko mesto dolgotrajnega bolečinskega spomina;
 - zadnja faza je zaznavanje: prenašanje impulzov do možganske skorje, zavedanje bolečine in odgovor nanjo.

Na občutenje bolečine pri posamezniku vpliva več dejavnikov. Mednje sodijo (7):

- bolečinski prag, je količina bolečinskih dražljajev, ki so potrebni, da se bolečina začuti. Odvisen je od posameznika kot osebe, življenjskega obdobja in stanja budnosti;
- sposobnost za prenašanje bolečine ali toleranca, je najvišja jakost bolečine, ki jo posameznik še lahko prenese;
- strah pred bolečino, lahko zniža bolečinski prag;
- utrujenost, izčrpanost in nenaspanost, zmanjšajo posameznikovo sposobnost za prenašanje bolečine;
- neznanje, negotovost (diagnoza) in neobveščенost (obravnavo) povzročajo strah. Posameznik čuti močno napetost, zaradi katere se poveča jakost bolečine;
- kultura, vrednote in prepričanje lahko bistveno vplivajo na odzive in vedenje.

Vsaka bolečina se začne z akutno fazo. Prehodna bolečina, ki nastane z dražljajem in brez poškodbe tkiva ali živca, je fiziološka bolečina, ki je opredeljena tudi kot zaščitna biološka bolečina. Patološka ali klinična bolečina pa nastane zaradi patofizioloških dogajanj po poškodbi tkiva, je močnejša in trajnejša. Če preneha v času zdravljenja poškodbe ali bolezni jo še lahko štejemo za biološko zaščitno bolečino, zato je pomembno učinkovito zdravljenje že v akutni fazi. Poškodba tkiva povzroči vnetno klinično bolečino, poškodba dela perifernega

ali osrednjega živčevja pa povzroči nevropatsko klinično bolečino. Kronična bolečina je lahko posledica trajne senzorične motnje zaradi periferne bolezni, kot je kronično vnetje, ali pa je neodvisna od vzroka in je posledica patološke spremembe v živčnem sistemu (8).

2.3 Vrste bolečin

Bolečina se deli na več različnih kriterijev (9):

- po času trajanja se deli na akutno in kronično;
- glede na izvor bolečinskega dražljaja je bolečina somatska in visceralna;
- pomensko se bolečina loči na fiziološko in patološko;
- glede na patogene dejavnike je bolečina vnetna in nevropatska;
- bolečina se loči tudi glede na področje telesa ali skupek bolečinskih znakov;
- glede na mesto je bolečina lahko površinska, globoka, prenesena in sevajoča;
- glede na kakovost je bolečina pekoča in topa;
- po mestu nastanka je bolečina periferna in osrednja.

Primarno se bolečina deli na akutno in kronično, kronična bolečina pa na maligno in benigno (na bolečino, ki izvira v rakavih boleznih, in bolečino, ki ima izvor v nerakavih boleznih in poškodbah). Med najpogostejše sodi bolečina po operaciji, bolečina pri raku in nevralgije (9). Literatura najpogosteje vsebuje razdelitev bolečine po času trajanja: na akutno in kronično. Značilnosti obeh sta opisani v nadaljevanju.

Akutna bolečina je fiziološka bolečina, je znak bolezni ali poškodbe. Opozarja, da je v telesu nekaj narobe in da je treba ukrepati. Ima nenaden začetek in omejen čas trajanja, mine, ko je vzrok zanjo odstranjen. Zdravljenje je preprosto, predpisujejo se standardni odmerki analgetikov po potrebi (10). Bolečina po operacijah je pričakovana, to je akutna bolečina, ki z zacelitvijo operiranih tkiv mine. Dobro vodeno analgetično zdravljenje je poleg etičnih razlogov zanj pomembno tudi zato, ker prispeva k ugodnejšemu kooperativnemu poteku z manj zapleti, omogoča zgodnjo aktivno rehabilitacijo in hitrejše okrevanje pacienta. Neodpravljena huda akutna bolečina lahko vodi v kronično bolečino. Pri pacientu se opazijo objektivni znaki vzdraženja avtonomnega živčnega sistema: hiter pulz, zvišan krvni pritisk, znojenje, bledica obraza in razširjene zenice (10).

Kronična bolečina je patološka bolečina. Nastane, ko se simptomatika akutne bolečine zavleče v daljši čas, kot se predvideva, običajno dlje od treh mesecev, in izvor bolečine pogosto ni povsem jasen. Pogosto je občutek bolečine difuzen, razpršen. Kronična bolečina je lahko občasna, obdobja bolečin se pojavljajo od časa do časa, vmes pa je pacient brez neprijetnih občutkov. Pri trajni bolečini je neprijetno doživljanje bolečine stalno prisotno, čeprav se moč bolečine lahko spreminja. Kronično bolečino spremljajo psihosocialni znaki, kot so razdražljivost, nemoč, brezvoljnost, depresija, izogibanje stikom z drugimi, in vegetativni znaki, kot so motnje spanja, apetita, libida (11). Obstajata dve skupini kroničnih bolečin: bolečina pri malignih in nemalignih obolenjih. Kronična bolečina ni znak bolezni, je bolezensko stanje (10).

3 KRONIČNA MALIGNA BOLEČINA

Bolečina v onkologiji, posebej pri pacientih z razvito boleznijo, zahteva posebno obravnavo. Bolečina se pojavi kot znak bolezni, ali zaradi diagnostičnih, ali terapevtskih posegov. Pojav bolečine je odvisen od lokalizacije, vrste raka ter faze bolezni (12).

Bolečina pri raku je stalna, ima svoj dnevni ritem, lahko se pojavlja istočasno v različnih predelih telesa z različno jakostjo (12). Tumorji in zasevki, ki nastajajo v mnogih tkivih, vplivajo na anatomsko in fiziološko delovanje, in različne vrste bolečin so lahko prisotne istočasno. Vzplamtevanje bolečine je znak novega dogajanja v telesu, kot so nastajanje novih zasevkov, gastrointestinalnih zapor, patoloških zlomov ali kompresije živčnih pletežev. Bolečina je v obdobju začetnega zdravljenja drugačna kot ob napredovanju bolezni; pogosto jo spremljajo še druge težave, kot so slabost, povišana telesna temperatura, nespečnost, dražec kašelj, zaskrbljenost in strah, da na bolezen ni več mogoče vplivati.

Specifičnost bolečine pri rakavih pacientih je v njeni etiološki in karakterni različnosti, ki je zelo močno sooblikovana s psihološkimi in psihičnimi dejavniki (12). Bolečina zaradi rakave bolezni je najpogosteje nociceptivna, nastane zaradi draženja bolečinskega receptorja (12). Vztrajna akutna bolečina je biološko opozorilo na prisotnost poškodbe tkiva. Opozarja tudi na potrebo po močnejših analgetikih. Pojav kronične bolečine pomeni, da njenega vzroka ne moremo učinkovito odstraniti, in kaže na potrebo po kombinaciji načinov za lajšanje bolečine, prilagajanja in sprejemanja stanja. Ko bolečina izgubi vlogo opozorila, prevzame status bolezni in kot takšna bistveno doprinese k osebostnemu, fiziološkemu in psihološkemu poslabšanju. Kronična bolečina z dodatnimi epizodami akutne bolečine je najpogostejša oblika bolečine pri pacientih z rakavo bolečino (6).

Glede na patogenetske dejavnike klinično bolečino delimo na vnetno in nevropatsko. Vnetno spremlja okvara tkiva, akutno ali kronično vnetje, nevropatska pa je posledica okvare centralnega ali perifernega živčnega sistema. Pri maligni bolezni se srečamo z obema tipoma bolečine (6). Razraščanje tumorskega tkiva in zasevkov v notranje organe, mišice, kosti, vezivno tkivo in sproščanje številnih mediatorjev predvsem iz kostnih metastaz močno draži nociceptorje in povzroča vnetno bolečino (6). Neposredno vraščanje in pritisk na živce,

živčne pleteže ali hrbtenjačo povzroča nevropatsko bolečino. Bolečina je lahko tudi posledica zdravljenja, kirurških posegov, kemoterapije in radioterapije (6).

Zdravljenje bolečine pomembno vpliva na kakovost življenja teh pacientov. S sodobnimi možnostmi zdravljenja bolečine se lahko olajša bolečine 90 % pacientom z rakavo boleznijo (6). Kljub temu je nezadostno olajšana bolečina še vedno strah za številne paciente. Bolečina tudi zmanjšuje aktivnost imunskega sistema ter tako vpliva na razvoj same bolezni in na preživetje pacientov (12).

3.1 Kronična bolečina v Sloveniji in Evropi

Kronična bolečina je kompleksna bolezen. Da bi odstranili prepreke na poti učinkovitega obvladovanja kronične bolečine, se je potrebno zavzemati za izobraževanje in komunikacijo zdravstvenih delavcev pacientov ter njihovih svojcev in tudi sprejemati, da bolečina zasluži enako pozornost kot katerakoli druga bolezen (13). Za zadovoljitev pacientovih potreb je treba spremljati njegove izkušnje.

Z raziskavo kronične bolečine v Sloveniji je Slovensko združenje za zdravljenje bolečine dobilo prve informacije o pojavljanju kronične bolečine v državi. Namen raziskave je bil oceniti stanje, primerjava s podatki iz evropske raziskave in načrtovanje dela v Slovenskem združenju za zdravljenje bolečine. Raziskava je potekala od 15. do 20. junija 2006. Anketa je zajela 1010 ljudi, starih od 18 do 75 let (14). Analiza pojavnosti bolečine je bila narejena glede na regije, spol, starost in izobrazbo ter jakost. Rezultati raziskave so pokazali, da je največji delež pacientov, ki trpi kronično bolečino, v Obalni regiji, sledijo ji savinjska regija, Prekmurje in vzhodna Štajerska. V vseh štirih omenjenih regijah od 25 do 29 % ljudi navaja, da trpi zaradi kroničnih bolečin. V osrednji Sloveniji je razširjenost najmanjša, čeprav tudi tu zaradi kroničnih bolečin trpi več kot desetina (19 %) prebivalstva (14). Ženske trpijo bolečino dvakrat bolj pogosto kot moški. Vsak tretji prebivalec (34 %) nad 60 let trpi kronično bolečino. Povprečna starost tistih, ki se soočajo s kronično bolečino, je 49 let. Med prebivalci z osnovnošolsko izobrazbo ali manj je bolečina najbolj razširjena (14). Anketiranci so jakost bolečine ocenjevali s pomočjo vizualno analogne lestvice (v nadaljevanju VAS) z vrednostmi 0–10 (14):

- 56 % anketirancev je svojo bolečino označilo kot srednje močno oziroma zmerno (jakost 5, 6 in 7 na lestvici od 0 do 10);
- 44 % ljudi ima močne bolečine (jakost večja od 7 na 10-stopenjski lestvici);
- 22 % anketirancev s kronično bolečino je to označilo kot nevzdržno oziroma zelo hudo (jakost 10 na lestvici od 0 do 10).

Močna oziroma nevzdržna kronična bolečina (jakost 8, 9, in 10 na 10-stopenjski lestvici) se v Sloveniji pojavlja v 11 %. Dejstvo je, da je v Sloveniji vse preveč ljudi, ki živijo z bolečino. Ljudje s kronično bolečino v Sloveniji trpijo povprečno 4,8 let (14).

Raziskavo Bolečina v Evropi («Pain in Europe») je opravila svetovna skupina za izvajanje raziskav- National Family Opinion (NFO WorldGroup). Potekala je od oktobra 2002 do junija leta 2003. Raziskava o kronični bolečini v Evropi je pokazala, da z njo živi vsak peti Evropejec. Z več kot 46.000 anketiranimi ljudmi je bila to doslej največja in najbolj podrobna študija o kronični bolečini v Evropi. Iz skupine pacientov s kronično bolečino so izbrali 5000 ljudi ter jih natančno povprašali o njihovi bolezni in zdravljenju. Izkazalo se je, da je največji delež pacientov s kronično bolečino na Norveškem (30 %), nekoliko manjši pa na Poljskem (27 %) in v Italiji (26 %). Sledijo jim Belgija (23 %), Avstrija (21 %), Finska (19 %), Švedska in Nizozemska (18 %), Nemčija in Izrael (17 %), Danska in Švica (16 %), Francija (15 %), Irska in Velika Britanija (13 %), Španija (11 %) (13). Ljudje s kronično bolečino trpijo povprečno 7 let. Pri več kot 50 % prizadetih traja več kot 2 leti, da je dosežen ustrezen nadzor nad bolečino. Tretjino prizadetih bolečina tako ovira, da imajo občutek, da je ne morejo več prenašati. V primerjavi z evropsko študijo se Slovenija po deležu kronične bolečine s 23 % uvršča na četrto mesto.

3.2 Zdravljenje in obvladovanje kronične maligne bolečine

Čeprav je Svetovna zdravstvena organizacija izdala smernice za stopenjsko obravnavo bolečine, se v praksi dogaja, da v svetu postopki pri zdravljenju bolečine niso poenoteni, ustaljeni in za vse enaki. Zaradi tega še vedno preveč pacientov ni deležnih optimalnega zdravljenja in po nepotrebnem trpijo bolečine, ki so lahko zlasti pri neozdravljivem raku zelo hude, predvsem pa kronične (15).

Prva priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem pacientu z rakom so pri nas izšla leta 2001. V obliki brošure so jih prejeli vsi splošni zdravniki v Sloveniji. Že leta 2002 so na konferenci v Ljubljani priporočila revidirali in interdisciplinarno uskladili. Zaradi novih spoznanj glede zdravljenja bolečine pri pacientu z rakom je bilo potrebno priporočila v naslednjih letih posodobiti. Zato so leta 2006 predstavniki anesteziologov, splošnih zdravnikov in onkologov pripravili nova priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom (16).

Bolečine se ne lajša samo zaradi etičnih razlogov, temveč tudi zaradi njenih izrazito negativnih patofizioloških učinkov, kot je motena pljučna funkcija z možnimi atelektazami in pljučnico. Nezdravljena bolečina dodatno obremeni obtočila, poveča presnovo in porabo kisika, negibljivost zaradi bolečine povzroča izgubo mišične mase, osteoporozo in večjo nevarnost trombombolij. Za dobro obvladovanje je pomembno poznavanje etiologije bolečine in dinamike poteka bolezni. Vsak program za obvladovanje bolečine je treba prilagoditi posamezniku in fazi bolezni (17). Odvisno od obsega lokalne bolezni je bolečina v začetni fazi čisto drugačna kot bolečina ob napredovali bolezni. Prav tako se razlikuje bolečina v poznem obdobju bolezni od zgodnje bolečine. Zdravnik oceni bolečino, preden predpiše zdravila. Povpraša o naravi bolečine, kje je, kako dolgo traja in kaj jo sproži. Cilj terapije je popolna odprava bolečine in docela dobro počutje (18).

Temeljna načela pri obravnavi tudi kronične maligne bolečine so (19):

- ocena jakosti po pacientovi presoji je subjektivna;
- pacientu je treba verjeti, da ga boli;
- ukrepati je treba takoj, ko se bolečina pojavi in še ni dosegla stopnje, ko je ni mogoče olajšati;
- pogosto vrednotenje vseh ukrepov, tudi aplikacija analgetikov;
- bolečine se ne ocenjuje izolirano, ampak skupaj s preostalimi težavami, ki lahko precej pripomorejo k znižanju bolečinskega praga.

Glede na to, da je bolečina subjektivno doživljanje, je pomembno, da pri ocenjevanju in pri vrednotenju vedno sodeluje pacient kot aktivni udeleženec (19). Lajšanje kronične bolečine je vedno večplastno in običajno zahteva multidisciplinarni pristop.

Za lajšanje bolečine se uporabljajo farmakološke in nefarmakološke metode zdravljenja, ki se izvajajo na invaziven in neinvaziven način. Med farmakološke metode štejemo vse tiste, pri

katerih se za lajšanje bolečin uporablja zdravila, večinoma neopioidne in opioidne analgetike ter druga zdravila, ki vplivajo na prevajanje bolečinskih impulzov. Ta zdravila so opisana v podpoglavju 3.2.1. Nefarmakološke metode se uporablja kot nadomestilo in pomoč pri medikamentoznem zdravljenju. Mednje sodijo (11):

- relaksacijski/sprostitveni položaji, ki zmanjšujejo napetost mišic v bolečih predelih telesa;
- neposredna pomoč pacientu pri obračanju, vstajanju, gibanju in izvajanju življenjskih aktivnosti, ki povečujejo občutek bolečine;
- masaža;
- psihosocialna podpora (prisotnost ob pacientu, razumevanje, vzpostavljanje zaupanja, dotik, pogovor, pomiritev);
- preusmerjanje pacientove pozornosti na interesna področja (glasba, gledanje televizije);
- odstranjevanje stresnih dejavnikov (hrup, temperaturni vplivi, močna svetloba).

Med neinvazivne načine zdravljenja sodijo fizikalne metode, tako imenovane adjuvantne ali alternativne in medikamentozne (farmakološke) metode. Pri fizikalni obravnavi pacientu lajšamo bolečine s toplimi in hladnimi obkladki ter z električno stimulacijo živcev. Od alternativnih oblik zdravljenja se uporablja akupunktura. Med invazivne načine lajšanja bolečin uvrščamo metode dovajanja analgetičnih učinkovin v bližino živcev, kemične in fizikalne metode nevromodulacije in kirurško zdravljenje. Med invazivne metode sodi tudi destrukcija ali uničenje živcev, ki prenašajo bolečino, vendar je ta metoda enako kot kirurška le redko indicirana, ker lahko povzroči nadaljnje okvare živcev (12).

Ker je cilj stroke, da bi vsi pacienti zdravila prejeli na neinvaziven način, torej v obliki tablet ali obliža, je v poglavju 3.2.1 natančneje predstavljeno farmakološko zdravljenje bolečine. Kadar pa zdravljenje z neinvazivnimi metodami, med katere sodi farmakološko zdravljenje, ne zaleže več, anesteziologi v ambulantah za zdravljenje bolečin pacientu začnejo lajšati bolečine z invazivnimi metodami. Te so natančneje predstavljene v podpoglavju 3.2.2.

3.2.1 Farmakološko zdravljenje bolečine

Najpomembnejši način zdravljenja, ki ga prej ali slej potrebuje velika večina pacientov z napredujočim rakom, je farmakološko zdravljenje. Zdravila se daje oralno, zlasti če pacientovo stanje to dovoljuje. Takšno dajanje zdravil pacientu omogoča samostojnost.

Kadar ima pacient predpisana analgetična zdravila, je najpomembneje, da jih jemlje v časovno določenih intervalih, tako, da je koncentracija zdravila v serumu vedno nad bolečinskimi pragom in da ne presega toksičnih koncentracij (20). S tem se zagotavlja optimalni učinek posameznega zdravila. Jemanje zdravila po potrebi, ko se bolečina že pojavi, je najmanj učinkovito (20). Pri močnih zdravilih je pri takem načinu jemanja zaradi visokih koncentracij zdravila v serumu veliko večja nevarnost za življenjsko nevarne komplikacije, ki prizadenejo vitalne življenjske funkcije (20).

Osnovna načela farmakološkega zdravljenja bolečine zaradi raka glede na jakost in vrsto bolečine so prikazana v Preglednicah 1 in 2. Analgetike se v tristopenjski lestvici izbere glede na jakost in vrsto bolečine. Zdravila se uvaja stopenjsko, najprej neopioide. Če ti ne zadostujejo se jih zamenja ali doda šibke opioide. Če šibki opioidi ne zadostujejo, se jih zamenja z močnimi opioidi. Na vseh stopnjah zdravljenja se v primeru nevropatske bolečine predpišejo dodatna zdravila za zdravljenje te (v preglednicah je to prikazano z znakom + oziroma -).

Preglednica 1: Farmakološko zdravljenje bolečine glede na njeno jakost (21)

Jakost bolečine	Vrste analgetikov
Močna bolečina	močni opioidi +/- neopioidi +/- dodatna zdravila
Srednjemočna bolečina	srednjemočni opioidi +/- neopioidi +/- dodatna zdravila
Blaga bolečina	neopioidi +/- dodatna zdravila

Preglednica 2: Priporočeni načini zdravljenja posameznih vrst bolečine (21)

Vrsta bolečine	Terapija izbora	Dodatna terapija
Somatska	blaga: neopioid (NSAR) srednje močna: NSAR + šibek opioid močna: NSAR + močan opioid	bifosfonati kortikosteroidi kirurški posegi, obsevanje
Visceralna	blaga: neopioid (metamizol, paracetamol) srednje močna: neopioid + šibek opioid močna: neopioid + močan opioid	anesteziološke metode
Nevropatska	blaga: neopioid (katerikoli) + dodatna zdravila srednje močna: neopioid + šibek opioid + dodatna zdravila močna: neopioid + močan opioid + dodatna zdravila na vseh stopnjah dodatna zdravila (antidepresivi, lokalni anestetiki, kortikosteroidi, protiepileptična zdravila)	anesteziološke metode, fizioterapija

Opomba: NSAR – nesteroidni antirevmatiki

Blago bolečino se po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije zdravi z neopioidi. Vrste neopioidnih analgetikov ter njihovi običajni in največji dnevni odmerki so predstavljeni v Preglednici 3. Neopioidi imajo učinek zgornje meje, kar pomeni, da se z večanjem odmerka ne doseže povečanega protibolečinskega delovanja. Z večanjem odmerka se povzroča hujše neželene učinke (21). Obstajata dve kategoriji neopioidov, in sicer nesteroidni antirevmatiki (v nadaljevanju NSAR) in drugi neopioidi (paracetamol in metamizol). NSAR so učinkoviti pri somatskih in visceralnih bolečinah. Ne povzročajo odvisnosti in tolerance. Z neopioidi se zdravi bolečina, ki na VAS lestvici dosega oceno 3 (15).

Preglednica 3: Vrste neopioidnih analgetikov ter njihovi dnevni odmerki (21)

Zdravilo	Običajen dnevni odmerek (p.o.)	Največji dnevni odmerek (p.o.)	Stranski učinki zdravila/omejitve uporabe zdravila
NSAR	odvisno od posameznega zdravila	odvisno od posameznega zdravila	povzročajo lahko razjedo želodca in dvanajstnika, vplivajo na strjevanje krvi in delovanje ledvic, previdnost pri pacientih z večjim tveganjem za srčno-žilni dogodek
Paracetamol	500 – 1000 mg na 6 – 8 ur	4000 mg	njegova uporaba se odsvetuje pri hujših okvarah jeter
Metamizol	500 – 1000 mg na 8 ur	4000 mg	možni sta alergija in zavora kostnega mozga

Opomba: p.o. - peroralno

Opioidi so zdravila prvega izbora za lajšanje hude kronične maligne bolečine. Številne raziskave v svetu dokazujejo, da so opioidi varna zdravila, če se z njimi pravilno ravna, predvsem pa so zelo učinkovita. Ker pri odmerjanju ni zgornje meje, jih pacienti s hudimi bolečinami, ki niso obvladljive z neopioidnimi analgetiki, lahko jemljejo neomejeno dolgo. Algologi so, kot kažejo izkušnje, med redkimi zdravniki, ki se zavedajo pozitivnih lastnosti opioidov in se trudijo, da bi ne le v laični, temveč tudi v strokovni javnosti razširili in utrdili pozitivnejšo podobo opioidov (15). Strokovnjaki ločujejo med šibkimi in močnimi opioidi. Vrste šibkih opioidov ter njihovi običajni in največji odmerki so predstavljeni v Preglednici 4. Pri šibkih opioidih se upošteva predpisane največje dnevne odmerke zaradi njihovih neželenih učinkov. To so predvsem vrtoglavica, slabost, zaspanost in zaprtje. Če se s šibkim opioidom ne doseže zadovoljivega analgetičnega učinka, se preide na zdravljenje z močnim opioidom (21). Šibki opioidi se uporabljajo za lajšanje bolečin, ki na lestvici VAS dosežajo oceno od 4 do 7 oziroma, ko zdravila prve stopnje ne učinkujejo več (15). Ko postane bolečina z navedenimi analgetiki zelo huda oziroma neobvladljiva (ocena na VAS lestvici od 8 do 10), se začne zdravljenje z močnejšimi opioidi (15). Vrste močnih opioidov ter njihove običajne in

največje dnevne odmerke prikazuje Preglednica 5. Močni opioidi nimajo učinka zgornje meje, zato se odmerke povečuje tako dolgo, dokler ne olajšajo bolečine. Učinkovit odmerek dolgo delujočega opioida se določi s titracijo. Če se kljub večanju odmerka ne doseže analgetičnega učinka ali se pri tem pojavijo moteči neželeni učinki, se ga zamenja z drugim močnim opioidom (21). Veliko pacientov z rakom se želi izogniti zdravljenju z opioidi, predvsem zaradi tega, ker se bojijo odvisnosti. Zdravljenje z opioidi jim daje občutek, da se stanje boleznih slabša in da so bližje smrti. Pacienta je potrebno poučiti, da so ti strahovi odveč, dokazano je namreč, da se opioide lahko jemlje brez škode daljši čas oziroma dokler ima pacient bolečino (20).

Preglednica 4: Vrste šibkih opioidov ter njihovi odmerki (21)

Zdravilo	Običajen p.o. odmerek	Največji dnevni p. o. odmerek	Predpisane indikacije
Dihidrokodein dolgodelujoča oblika	60-90 mg/ 12 ur	240 mg	kratkodelujočo obliko se uporablja za pomiritev kašlja
Tramadol kratkodelujoča oblika	50 mg / 6 do 8 ur	400 mg	za titracijo odmerka dolgodelujočega tramadola in zdravljenje prebijajoče bolečine
Tramadol + paracetamol kratkodelujoča oblika	1 tableta / 8 ur (37,5 mg tramadol +325 mg paracetamol)	8 tablet (300 mg tramadol+ 2600 mg paracetamol)	za zdravljenje prebijajoče bolečine
Tramadol dolgodelujoča oblika	100mg/12 ur	400 mg	za zdravljenje stabilne srednje močne bolečine

Opomba: p.o. - peroralno

Preglednica 5: Vrste močnih opioidov ter njihovi dnevni odmerki (21)

Zdravilo	Običajen p. o. odmerek	Največji dnevni p.o. odmerek	Priporočila/Nasveti
Morfin kratkodelujoča oblika	10–20 mg/ 4 ure	največjega dnevnega odmerka ni	primerno je tudi dajanje subkutano v 1/3 peroralnega odmerka
Morfin dolgodelujoča oblika	60-90 mg/ 12 ur	največjega dnevnega odmerka ni	tablete se ne drobi, lahko se jo da rektalno
Transdermalni fentanil dolgodelujoča oblika	50 µg obliž na 72 ur	največjega dnevnega odmerka ni	obliži sproščajo 12,5, 25, 50, 75, 100 µg učinkovine na uro; menjava obliža na 72 ur (izjemoma na 48 ur) počasen učinek prvih odmerkov, podaljšan učinek zadnjega odmerka
Metadon kratkodelujoča oblika	10-30 mg/ 6 – 8 ur	največjega dnevnega odmerka ni	dolga razpolovna doba, podaljšana toksičnost

Opomba: p.o. - peroralno

Na vseh stopnjah lajšanja bolečine ima pacient lahko predpisana tudi dodatna sredstva. To so sredstva imenovana adjuvantni, ki po svojem primarnem namenu niso analgetiki. Največkrat se uporablja štiri vrste adjuvantov (22):

- kortikosteroidi znižujejo intrakranialni pritisk, zmanjšujejo bolečine zaradi kompresije tumorjev in bolečine pri metastazah v kosteh;
- nevroleptike se dodaja pacientom, pri katerih so prisotni nemir, anksioznost in slabost;

- antihistaminike se dodaja pacientom za preprečevanje slabosti, srbenja in anksioznosti;
- benzodiazepini so indicirani pri nespečnosti in mišičnih spazmih.

3.2.2 Invazivne metode lajšanja bolečine

Kadar zdravljenje z neinvazivnimi metodami ni več uspešno, anesteziologi v ambulantah za zdravljenje bolečin bolečino začnejo lajšati z invazivnimi metodami. Odločijo se lahko za trajno podkožno infuzijo analgetika, spinalno analgezijo, ob nenadnem hudem poslabšanju bolečine pa se lahko hiter učinek doseže z dajanjem analgetika v veno. Pri 80 % pacientov z rakom se bolečina uspešno lajša z medikamentozno neinvazivno terapijo, pri 20 % pacientov so potrebne invazivne metode (23). Periferne blokade so lahko enkratne injekcije učinkovin ali trajne blokade preko katetrov. Periferne blokade so blokade posameznih živcev ali pletežev. Centralne blokade so blokade, pri katerih se zdravilo daje v centralni živčni sistem ali v neposredno bližino – subarahnoidno (v likvor) ali epiduralno (nad trdo možgansko ovojnico). Najpogostejši obliki invazivnega zdravljenja sta epiduralni kateter in elastomerska črpalka (23).

Epiduralni kateter je vstavljen v hrbtenični kanal nad trdo možgansko ovojnico, uvaja se v lokalni anesteziji. Nato je s pomočjo debelejšje igle speljan skozi podkožje na sprednjo stran prsnega koša ali trebuha. Na mestu izhoda iz kože je kateter pritrjen s kožnim šivom, ki je sterilno pokrit. Na konici katetra je nameščen mikrobiološki filter, preko katerega se aplicira analgetična raztopina, običajno z neprekinjeno infuzijo preko črpalk na katerih je nastavljen pretok v ml/h, lahko pa tudi v enkratnih odmerkih. Osnova analgetičnih raztopin so lokalni anestetiki in opiodi, ki se jih vedno meša s fiziološko raztopino. Pacient po začetni oskrbi v bolnišnici odide v domače okolje, ker je dajanje zdravila v kateter dokaj preprosto (23).

Elastomerska črpalka pomeni dajanje trajne podkožne analgetične infuzije. Je preprost način lajšanja bolečine, mogoč tudi na pacientovem domu. Črpalka je sestavljena iz zaščitnega ohišja, v katerem je balon iz lateksa, ki je hkrati rezervoar za analgetik in deluje kot črpalka. Napolnjen balon se enakomerno krči in tako neprekinjeno pošilja tekočino v sistem za infundiranje. Ta je povezan s plastično kanilo, ki se pacientu vstavi v podkožje. Plastično kanilo se uvede subkutano po predhodnem čiščenju kože, nato pa prekrije in fiksira s

plastično samolepilno folijo, ki omogoča nadzor vbodnega mesta in preprečuje izpad kanile. Črpalko se polni z analgetiki po aseptični tehniki, preden se jo spoji s podkožno kanilo (23).

3.3 Ambulante za zdravljenje bolečin

V Sloveniji v okviru javnega in zasebnega zdravstva deluje petnajst ambulant za zdravljenje bolečin. Organizirane so v okviru (24):

- Univerzitetnega Kliničnega Centra Ljubljana
- Onkološkega inštituta Ljubljana
- Univerzitetnega kliničnega centra Maribor
- Splošne bolnišnice Slovenj Gradec
- Splošne bolnišnice Celje
- Splošne bolnišnice Nova Gorica
- Splošne bolnišnice dr. Jožeta Potrča Ptuj
- Splošne bolnišnice Izola
- Splošne bolnišnice Murska Sobota
- Splošne bolnišnice Jesenice
- Splošne bolnišnice Brežice
- Splošne bolnišnice Novo mesto
- Zasebne protibolečinske ambulante prim. Živana Vrabla, Ptuj
- Zasebne protibolečinske ambulante dr. Branimirja Bema, Koper
- Zdravstvenega zavoda Dolorsan Koper

Ambulante za zdravljenje bolečin so med pacienti vse bolj znane in, kot kaže število obiskov, zelo potrebne. Pri kroničnih bolečinah prvo terapijo predpiše osebni zdravnik, ki pacienta v ambulanto za zdravljenje bolečin napoti šele takrat, ko ta pomoč ni uspešna. Glede na to, da so potrebe po obravnavah v ambulantah za zdravljenje bolečin vse večje in je na pregled potrebno čakati, je prav, da so vanje napoteni predvsem pacienti, ki jim ne družinski zdravnik ne specialisti drugih vej ne morejo pomagati. Tudi v drugih vejah medicine zanimanje za obravnavo bolečine in uvajanje ambulant za zdravljenje bolečin narašča. Zaenkrat so te lahko usmerjene v zdravljenje z določeno metodo in niso tako multimodalne kot so anesteziološke.

Najbolje bodo paciente z bolečino obravnavali v centrih za zdravljenje bolečine, kjer bodo pacienta hkrati zdravili specialisti različnih vej medicine (15).

Ko pride pacient na prvi pregled v protibolečinsko ambulanto, zdravnik opravi celostni pregled. Najprej naredi temeljito anamnezo, v kateri izve za vse najpomembnejše bolezni in poškodbe, ki jih je pacient utrpel in ki bi utegnile biti vir bolečine. Nato pacienta s pomočjo vprašalnika natančno izpraša o trenutnem zdravstvenem stanju in bolečinskih značilnostih, o moči in razporejenosti bolečine, zanima ga tudi, katera zdravila jemlje (če jih), če je na katera zdravila morda preobčutljiv in kako je pacient lajšal bolečine v preteklosti. Zdravnik pregleda tudi vse izvide pregledov pri drugih specialistih, ki jih je pacient obiskal, preden je bil napoten v obravnavo pri zdravniku v protibolečinski ambulanti. Prav tako mu omeni vključitev v paliativno oskrbo. Cilj pridobivanja anamneze je predvsem poiskati razlog za bolečino in določiti mehanizem njenega nastanka. Hkrati zdravnik naredi načrt za obravnavo pacienta. Opisani pregled traja približno 45 minut (15). Po uvedbi zdravljenja pacient ali njegovi svojci ostanejo v rednem stiku z zdravnikom, ki vodi pacientovo zdravljenje. Praviloma naj bi pacient sprva prihajal v ambulanto za zdravljenje bolečin vsakih pet do deset dni. V primeru, da mu zdravnik bolečino lajša invazivno, pa še pogosteje. Ko je bolečina urejena in stabilna, je dovolj, če pacient z zdravnikom ostaja v telefonskem stiku. Če se ne more več gibati, lahko k zdravniku in po zdravila prihajajo svojci ali skrbniki. Ko ima pacient vpeljšano zdravljenje, je nujno, da zdravnik sledi njegovi učinkovitosti in se pravočasno odziva na vse spremembe (15).

MS v ambulanti za zdravljenje bolečin je nosilka ZN s svojimi kompetencami, obenem pa sodelavka zdravnika v soodvisni vlogi v skrbi za individualno, celostno in kontinuirano/stalno, neprekinjeno oskrbo pacienta s kronično bolečino. MS skuša v pogovoru s pacientom in spremljevalci izvedeti čim več podatkov o pacientovem stanju in razmerah, v katerih živi. Pacientu pomaga izpolniti Vprašalnik o bolečini, pripravi ga na pregled in medicinsko-tehnični poseg, pri izvedbi asistira zdravniku ter izvaja farmakološko in nefarmakološko zdravljenje, ki ga je predpisal zdravnik. Po posegu pacienta opazuje, ocenjuje učinek predpisanega zdravljenja in skrbi za dokumentiranje procesa ZN. Izvaja zdravstveno vzgojo pacienta in svojcev za pridobitev kontrole nad bolečino, moči in dostojanstva, pomaga razumeti pojav bolečine in učinkovitost analgetikov. Predstavlja nove tehnike in pripomočke za lajšanje bolečin. Je zagovornica koristi pacienta in mu nudi fizično, psihično, socialno, duhovno in moralno podporo (25). Sodeluje s prehransko svetovalko, patronažno službo,

Hospicem in pacientovimi svojci. Je tudi mentorica MS iz drugih ustanov, s čimer sodeluje pri teoretičnem in praktičnem izpopolnjevanju kadra, poleg tega pa še pri pripravi in razvijanju dokumentacije ZN s področja obvladovanja bolečine ter navodil za paciente in zdravstvene delavce. V ambulantah za zdravljenje bolečin delajo anestezijske MS (4).

3.4 Vpliv kronične maligne bolečine na kakovost življenja

Ob napredku medicinske znanosti, ki omogoča daljše preživetje pacientov z rakom, ni več pomembno le, ali in koliko časa bo pacient živel, ampak tudi, kako bo živel. Vedno pomembnejše je vprašanje o kakovosti življenja z boleznijo (26). Pojem kakovost življenja označuje stopnjo razvitosti vseh življenjskih pogojev v neki družbi. Kakovost življenja ni odvisna le od sredstev, ki jih imajo ljudje na voljo, temveč tudi od tega, kako jih uporabljajo (27).

Bolezen rak ima zelo raznoliko pojavljanje in potek. Bolečine, ki spremljajo zdravljenje raka, so ponavadi prehodne narave in zato za pacienta lažje sprejemljive in dobro obvladljive. Težje pa je sprejemanje kronične bolečine, ki običajno spremlja končno obdobje bolezni ali pa ostane kot trajna posledica po končanem zdravljenju. V teh primerih lahko uspešno lajšanje bolečine zagotavlja le celostna obravnava pacienta. Pri tem pa je zelo pomembno razumevanje in upoštevanje psiholoških dejavnikov. Znano je, da sta bolečina in trpljenje izkušnji človeka, ki določata tudi čustveno stanje pacienta. Bolečino poslabšata skrb in strah pred smrtjo, trpljenjem, deformacijami, revščino ali osamljenostjo. Vsi ti strahovi se lahko povečajo, kadar se pridruži duševna bolečina. To lahko sproži okolje, raven čustvene opore ali občutek osamljenosti in obupa. V takih trenutkih je lahko bolečina veliko hujša (28). Ob razmišljanju o psihosocialnih vplivih kronične maligne bolečine na življenje pacientov in njihovih najbližjih se razmišlja o pacientih z zelo različnimi vrstami bolezni, v različnih stadijih, ob različnih režimih zdravljenja. Pa vendarle so nekatere izkušnje skupne večini pacientov z izkušnjo življenja ogrožujoče bolezni, ki jim povzroča bolečino (29).

Bolečina pri pacientih z rakom pomembno vpliva na kakovost njihovega življenja. Pri pacientih se izraža z več vrstami odzivov. Mednje sodijo (30):

- fizični, kot slabšanje funkcionalnih sposobnosti, zmanjšane moči in potrpljenja, slabost, neješčnost, slabo spanje;

- psihični, kot zmanjšano dobro počutje, večja tesnoba in strah, depresije, težave z zbranostjo, izguba nadzora;
- socialni, kot krnitev socialnih odnosov, slabšanje čustvenosti, sprememba videza, obremenitev skrbnikov;
- duhovni, kot povečano trpljenje, spremenjeno razmišljanje, izguba verskih prepričanj.

4 OBRAVNAVA KRONIČNE MALIGNE BOLEČINE V ZDRAVSTVENI NEGI

4.1 Vloga MS pri lajšanju kronične maligne bolečine

Bolečina je pojav, ki je najpogosteje vzrok za slabo počutje. MS se s pojavom bolečine srečuje zelo pogosto. Pomembna je pomoč pacientu, nudi mu jo z namenom, da se zmanjša dražljaj, ki povzroča bolečino, in da vpliva na vedenjsko reakcijo. Učinkovita obravnava bolečine v ZN vključuje tudi psihosocialno podporo, saj ima ta tudi psihosocialno sestavino (19).

Pojav bolečine je za ZN zelo pomemben. Obravnava bolečine kot subjektivne izkušnje pomeni izhodišče pri ocenjevanju posameznikovih potreb po ZN, načrtovanju za doseg ciljev, izvedbi intervencij ZN in vrednotenju načrtovanega (4). MS, ki vodi in obravnava pacienta s kronično maligno bolečino, ima enkratno vlogo in je primarna nosilka pri zagotavljanju visoko kakovostne ZN, kar pomeni tudi aktivno vlogo pacienta ter celosten in sistematičen pristop k pacientu (31). MS mora imeti ustrezne psihofizične sposobnosti, ki ji omogočajo human in odgovoren odnos do pacienta, ki trpi bolečino (31). MS obenem deluje v timu za obravnavo bolečine in je v soodvisni vlogi. Delovanje MS ob pojavu bolečine pri pacientu je odvisno od njenega znanja: kaj MS ve o bolečini, kako obvlada spretnost lajšanja ali odpravljanja bolečine ter ohranjanja sočutja do pacienta, ki je pomembno za vzpostavitev in ohranjanje terapevtskega odnosa. Ob tem pa mora upoštevati dejstvo, da je pacient tisti, ki o svoji bolečini ve največ in ima pravico do strokovno in etično ustrezne obravnave (4). MS lahko ugotavlja pacientove potrebe, načrtuje ter izvaja ZN, če ima (31):

- znanje o fiziologiji bolečine in pomenu le-te, delovanju farmakoloških sredstev za lajšanje bolečine, načinih lajšanja bolečine in zapletih, povezanih z lajšanjem bolečine;
- znanje komunikacijskih spretnosti, da je uspešna pri sporazumevanju s pacientom, svoji in z drugimi člani tima;
- znanje o epidemiologiji, etiologiji, patofiziologiji in znakih posameznih obolenj;
- sposobnost kritičnega presojanja;
- spretnost opazovanja in ocenjevanja stanja;
- primerno stopnjo optimizma;

- sposobnost za timsko delo.

Dela in naloge MS se opredelijo kot: preventivne, negovalne, spremljajoče, svetovalne, poučevalne, diagnostične, terapevtske, administrativne, sporočilne, koordinirajoče in naloge oskrbe. K temu je treba dodati naloge, povezane z razvojem stroke, poklica in skrb za interese pacienta (32).

Človek, zdrav ali bolan, je osrednji namen njenega delovanja, enkrat in neponovljiv v času in prostoru in zato najvišja vrednota vrednostnega sistema MS. V njenem delovanju je zaznati celostno skrb za posameznika, ki je pred njenim lastnim interesom. Sposobnost doživljanja in razumevanja človeka kot celote telesnega, duševnega, duhovnega in socialnega bitja usklajuje s svojim znanjem, izkušnjami in sposobnostmi ob nenehnem prilagajanju in spreminjanju svojega pozitivnega odnosa do sebe in drugih ter do okolice. Pomembnost odnosa med MS in pacientom in širše terapevtske komunikacije je natančneje predstavljena v samostojnem podpoglavju 4.1.1. MS išče učinkovite poti za spoštljive, strpne, razumevajoče in dobre medsebojne odnose na delovnem mestu, ki so temelj kakovostnega, uspešnega in učinkovitega dela ter ključnega pomena za zadovoljstvo posameznika, skupino in institucijo (32).

4.1.1 Terapevtski pomen komunikacije pri obravnavi kronične maligne bolečine

Terapevtska komunikacija odraža človekov odnos do samega sebe in sveta, ki ga obdaja. Je medij, preko katerega se ta odnos razvija in dopolnjuje (33). Komunikacija je vitalna dejavnost, ki je potrebna pri stiku s pacientom in je osnovna razsežnost delovanja ZN. MS se mora zavedati, da brez dobrega poslušanja ni dobrega sporazumevanja in da je pacient še posebej pozoren na nebesedni del sporočila. Ugotovitve raziskav nakazujejo potrebo po izboljšanju komunikacijskih tehnik ter vzpostavitvi boljšega medsebojnega odnosa med zdravstvenimi delavci in pacienti (34). Odnos je po svoji naravi partnerski in terapevtski, zato ga je potrebno razvijati od samega začetka. S tem se razvija zaupanje v sposobnosti MS, ki se zaveda, da mora pacient dobiti potrebne informacije o bolečini, da mora biti vključen v obravnavo pojava bolečine, da mora imeti možnost za pogovor in tudi pogajanja, ko je to potrebno, možnost, da se odloča, koliko bo dejaven in koliko bo neposredno sodeloval pri preprečevanju in lajšanju bolečine (4).

Skozi vse faze obravnave bolečine mora MS pri pogovoru in posegih pacienta obravnavati vljudno in spoštljivo. Pacientu mora dovoliti, da postavlja vprašanja in mu odgovarjati tako, da jo bo razumel. S tem se ustvari ozračje zaupanja in pacient se bo počutil varnega (34). MS se mora zavedati, da je pacient nenehno pod čustvenim stresom, zato je pri vseh informacijah, ki se nanašajo na njegovo bolezen in zdravljenje, še toliko bolj pozoren na nebesedni del komunikacije. Kadar je pacient v hudi stiski, anksiozen ali depresiven, se lahko tako zelo zapre pred zunanjim svetom, da besed niti ne dojema več. Ostane pa mu vtis sogovornikovih nebesednih sporočil, ki si jih pozneje razlaga po svoje (28). Zato je zelo pomembno, da MS s pacientom in njegovimi svojci vzpostavi pristno komunikacijo, kar pomeni, da mora biti besedno in nebesedno sporočanje usklajeno. Da bi MS to dosegla, mora imeti jasno izoblikovano mnenje o pacientu, o njegovi bolezni in zdravljenju ter o smislu lastnega dela. To so pogoji, da lahko dovolj rahločutno prepozna tako pacienta v vseh njegovih stiskah kot tudi lastna čustvena odzivanja in strahove. Samo prepoznavanje pa ni dovolj za pristno komunikacijo, obvladati mora tudi spretnost ustreznega predelovanja lastnih čustvenih stisk. Pri tem se mora zavedati še ene pomembne značilnosti komunikacije, to je njene stalne dvosmernosti, pri čemer sogovornika vedno vplivata drug na drugega (28).

Terapevtski pomen komunikacije se dosega tudi z izobraževanjem pacientov. Za dejavno soudeležbo v procesu zdravljenja bolečine potrebuje pacient čim več znanja in različne študije so pokazale, da to ugodno vpliva na potek zdravljenja. Ko so posebej usposobljene MS – svetovalke izvajale izobraževalni program z osebnim svetovanjem, pisnimi gradivi, videoposnetki in motivacijo pacienta za pisanje dnevnika, se je pacientovo znanje o bolečini in njenem zdravljenju povečalo, sočasno pa so ugotavljali zmanjšanje bolečine. Vendar so nekatere ovire in vrzeli v znanju težko premostljive, zato je v izobraževalnem procesu potreben individualni proces (28).

4.2 Proces zdravstvene nege pri obravnavi kronične maligne bolečine

ZN je celovita dejavnost, ki se ukvarja s posameznikom, družino in družbeno skupnostjo v njihovih razvejanih funkcijah v času zdravja in bolezni, oziroma se giblje iz ene sfere v drugo. Enkratna naloga MS je torej, da ugotavlja potrebe in načrtuje ZN, ki bo pomagala zdravemu ali bolnemu posamezniku opravljati vse, kar koristi njegovemu zdravju, okrevanju ali mirni

smrti. Cilj ZN je omogočiti neodvisnost varovanca, če ima za to potrebno moč, voljo in znanje. Svoje naloge mora opravljati tako, da bo varovancu vrnila neodvisnost v najkrajšem možnem času (32). MS je odgovorna za negovalni proces in za proces dodelitve pacienta članom negovalnega tima v ZN. Odgovorna je za neprekinjeno ZN, zato mora (32):

- samostojno ali po naročilu, sistematično in skladno po sodobni metodi procesa ZN določati potrebo po ZN in jo analizirati;
- z dovoljenjem pacienta narediti individualni načrt ZN in načrtovati potrebne negovalne intervencije;
- izvajati dejavnost ZN sama ali pa izvajanje določa in usklajuje;
- če je potrebno, se posvetovati z drugimi strokovnjaki;
- nadzirati delovanje ZN;
- vrednotiti in usklajevati negovalni načrt skladno z določenimi potrebami.

Proces ZN je pojem, ki pojasnjuje sistem značilnih posegov v ZN, namenjen je zdravju posameznika, družine in družbene skupnosti. Obsega uporabo znanstvenih metod za ugotavljanje potreb pacientov, načrtovanje dela in zadovoljevanje potreb, izvajanje ZN in vrednotenje dosežkov; določa prioriteto glede njihove pomembnosti za življenje, ozdravitev ali kakovost življenja in obliko ZN ter skrbi za materialne pogoje (35). Proces ZN vsebuje štiri faze (36):

- ugotavljanje potreb po ZN,
- načrtovanje ZN,
- izvajanje ZN,
- vrednotenje ZN.

4.2.1 Ugotavljanje potreb po zdravstveni negi

V prvi fazi procesa ZN MS ugotavlja specifične potrebe in možnosti pacienta za ZN glede lajšanja kronične maligne bolečine. Ugotavljanje pacientovih potreb po ZN pomeni zbiranje podatkov o pacientu, ki so v pristojnosti MS. Od prvega stika s pacientom MS zbira informacije o njegovem doživljanju in premagovanju kronične maligne bolečine. Informacije MS zbira tudi iz drugih zanesljivih virov, iz prejšnje negovalne in medicinske dokumentacije in od svojcev. Podatki o pacientu so subjektivni in objektivni. Med njimi je pomembna

razlika. Subjektivni podatki so potrebni za razumevanje pacientovih izkušenj, občutkov o bolezni in počutja ter jih ne moremo preveriti. Objektivne podatke je mogoče preverjati. Pacientove podatke je potrebno takoj dokumentirati, saj se le tako lahko zagotovi njihovo natančnost in uporabnost (36).

Učinkovito načrtovana in sistematično izvajana ZN je zelo pomemben dejavnik za obvladovanje kronične maligne bolečine. Uvajanje procesne metode dela pri zdravljenju bolečine je prvi korak k ocenitvi pacientovega stanja bolečine (4). Ocenjevanje kronične maligne bolečine je podlaga za pomoč, ki jo MS namenja pacientu, ki trpi bolečino. Za temeljito oceno stanja je potrebna zelo razvita spretnost opazovanja in komuniciranja. Učinkovita ocena stanja kronične maligne bolečine je rezultat besednega in nebesednega komuniciranja (4). Pri ocenjevanju kronične maligne bolečine mora MS upoštevati načelo individualnosti, kar pomeni, razumeti pacientovo individualno izražanje bolečine (25). Ocenjevanje bolečine ni enkratno dejanje, ampak nepretrgan proces, saj se bolečina lahko spreminja. Pri ocenjevanju bolečine so pomembni lokalizacija, kakovost, jakost, trajanje, pojav bolečine ob izvajanju določenih življenjskih aktivnosti. Vir podatkov o pacientovi bolečini so poleg pacienta tudi njegovi svojci, prijatelji, preostali člani negovalnega tima in drugi zdravstveni delavci. Pri ocenjevanju so MS v pomoč podatki, ki jih dobi z negovalno anamnezo, oceno pacientovega psihofizičnega stanja in vprašalnikom za oceno bolečine (4).

Ugotovljene podatke MS analizira in opredeli negovalni problem ter postavi negovalno diagnozo (v nadaljevanju ND). Ameriško združenje, ki skrbi za razvoj sistema imenovanja in klasifikacije ND (North American Nursing Diagnosis Association – v nadaljevanju NANDA) definira ND kot klinično presojo aktualnih ali potencialnih problemov, ki so povezani z zdravjem posameznika, družine ali skupnosti. ND je podlaga za terapevtske postopke, ki vodijo do rezultatov, za katere je odgovorna MS. ND je rezultat sistematičnega zbiranja podatkov in njihove analize o potrebah po ZN za posameznika in tudi za družino ali za lokalno skupnost. Daje podlago za tisti del zdravstvene obravnave, ki je v odgovornosti MS (36). ND je lahko aktualna, potencialna ter kolaborativna. Aktualna ND vsebuje aktualni negovalni problem, ki je prisoten zdaj in ga pacient doživlja kot posledico zdravstvenih težav ali zaradi življenjskega obdobja. Za ugotovitev so na razpolago vsi podatki, čeprav morda navidezno prikrito. V opisu te ND je navedena aktualna nesposobnost za zadovoljevanje življenjskih potreb. Potencialna ND se ugotovi na podlagi prepoznavanja dejavnikov tveganja, kot je na primer neustrezen način prehranjevanja, premalo fizične aktivnosti. Kolaborativna ND se ugotovi kot rezultat opazovanja pacienta, ki je del odgovornosti MS v zvezi z

diagnostično-terapevtskim načrtom. Načrt usmerja zdravnik, MS pa opazuje pojav odzivov na izvedbo načrta. Ta vrsta ND je kot podkategorija pri že omenjenih ND (37).

ND se oblikuje različno, v svetu pa se največkrat uporablja model PES (PES: P – problem, E – vzrok, S – znak, symptom), ki ga predlaga Marjory Gordon (37). Poleg modela PES je znan tudi način oblikovanja ND v okviru Mednarodne klasifikacije prakse ZN (International Classification of Nursing Practice – v nadaljevanju ICNP). Ta označuje ND kot poimenovanje odločitve o fenomenu ZN, ki je žarišče aktivnosti ZN. Za ICNP je ND sestavljena iz elementov, ki jih vključujejo osi klasifikacije fenomenov ZN (38). Osi klasifikacije ZN so definirane kot (38):

- A - žarišče prakse ZN je področje profesionalne pozornosti (npr. bolečina);
- B - ocenjevanje, strokovno mnenje, ki upošteva intenzivnost (zvišano, znižano, izboljšano ...);
- C - pogostost, število pojavov določenega fenomena (pogosto, občasno, stalno ...);
- D - trajanje, kako dolgo je fenomen prisoten (akutno, kronično ...);
- E - topologija, anatomsko področje, kjer se fenomen pojavlja (desno, levo, delno, popolno ...);
- F - lokacija, anatomska lokacija, kateri deli telesa (roka, noga ...);
- G - verjetnost, da se bo fenomen pojavil (nevarnost, možnost ...);
- H - nosilec, človek, posameznik, družina skupnost.

Po ICNP je za postavitev ND koristno upoštevati osem elementov klasifikacijskih osi od A–H, obvezno pa 2 elementa, in sicer žarišče ZN (bolečina) in ocenjevanje (neznosna) ali verjetnost (nevarnost) (39). Klasifikacijske osi in primeri ND, povezani z bolečino, so predstavljeni v Preglednici 6.

Preglednica 6: Primer oblikovanja ND po ICNP (39)

Osi izbora	Izbrane osi	Izbrani pojmi	Primeri ND
A- žarišče	1A žarišče	bolečina	- izredno močna bolečina,
B- ocenjevanje	1B ocenjevanje	izredno močna	- izredno močna bolečina
C- pogostost	1C pogostost	v presledkih	v presledkih,
D- trajanje	1E tipologija	desno	- izredno močna bolečina v/na nogi,
E- tipologija	1F lokacija	noga	- izredno močna bolečina v/na desni nogi.
F- lokacija			
G- verjetnost			
H- nosilec			

Med najbolj znanima sta ameriški sistem NANDA in sistem Marjory Gordon. Poleg teh so znani tudi sistemi razdelitve, ki imajo za podlago posamezne negovalne teorije ali modele (37). ND so po sistemu NANDA razdeljene glede na človekove odzive na problem zdravja v devet skupin vzorcev obnašanja (38):

- izmenjavo, ki zajema vzajemno oddajanje in sprejemanje;
- komuniciranje, ki zajema sprejemanje in oddajanje sporočil;
- odnose, ki vključujejo tudi odgovornosti in dolžnosti;
- vrednote in odzivanje na duhovni svet;
- izbiro, odločanje in alternative;
- aktivnost; splošno (fizično, psihično), gibanje, gibljivost;
- sprejemanje;
- znanje, razumevanje in povezava z informacijami;
- občutke, čustva.

Po sistemu NANDA spada bolečina k vzorcu obnašanja številka 9 – občutki.

ND so po sistemu Marjory Gordon razdeljene na enajst značilnih funkcionalnih vzorcev zdravja (37):

- skrb za zdravje in ohranitev zdravja ter zavedanje zdravja;
- prehranjevanje in presnova;
- izločanje;
- aktivnost in tudi sposobnost za samooskrbo;
- spanje in počitek;

- kognitivno-spoznavni procesi, sposobnost percepcije, zaznavanja in delovanja čutil;
- predstava in mnenje o sebi;
- vloge, odnosi, komunikacija in odzivi na izgubo;
- spolnost, reprodukcija, odzivi na posilstvo;
- obramba in odpornost na stres;
- vrednote in prepričanje, duhovna stiska.

Po sistemu Marjory Gordon bolečina sodi k funkcionalnemu vzorcu številka 6 – kognitivno-zaznavni vzorec.

4.2.2 Načrtovanje zdravstvene nege

Načrtovanje ZN je druga faza procesa ZN. Izhaja iz potreb po ZN ter zahteva sodelovanje MS in pacienta. Obsega naloge, ki jih MS izvaja pri pacientu, da se odpravijo obstoječi in tudi možni problemi ter tako dosežejo postavljeni cilji ZN. Pri postavitvi ciljev je potrebno izhajati iz pacientovih pravic v zvezi s pojavom bolečine. Cilji se postavljajo s pacientom in za pacienta. MS spoštuje avtonomijo pacienta in pravico do odločanja. Le v izjemnem primeru ne sodeluje pri odločanju, čeprav se mora MS tudi v tem primeru odločiti v njegovo dobro. Pokroviteljski odnos do pacienta ima sicer dolgo zgodovino, je odsev stanja družbe in naj ne bi bil več praksa ZN, če je pacientove stanje zavesti nespremenjeno (4). Cilji obravnave pojava bolečine morajo biti dosegljivi. Priporočajo se tako imenovani progresivni cilji, ki se navezujejo na posamezne aktivnosti, ki jih bo pacient izvedel, in na določen čas, kar velja predvsem za nekoristno bolečino. Cilji temeljijo na oceni pojava bolečine, v povezavi z življenjskimi aktivnostmi, diagnostiko, življenjskim slogom in izboljšanjem funkcije ter s sposobnostjo pacienta, da se v določenem primeru sooča z bolečino.

Primeri negovalnih ciljev pri pacientu z bolečino so (4):

- 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 aktivnostih in stabilnih vitalnih znakov;
- pacient bo izražal dobro počutje;

- pacient bi opravil potrebne aktivnosti za zmanjšanje ali odpravo bolečine.

Kompleksnost obravnave pacienta s kronično maligno bolečino zahteva izdelavo sistematičnega načrta ZN, ki upošteva pacientove sposobnosti ter ohranja njegovo samostojnost in dostojanstvo (36). K pacientu usmerjena ZN upošteva individualnost pacienta, vključuje njegovo družino, spoštuje njegove pravice, ga aktivno vključuje v proces reševanja problemov, zagotavlja fizično in psihično ugodje in ves čas izvaja kontinuirano ZN (40).

Pri načrtovanju ZN se upošteva pacientove fizične, psihične, duševne in moralne sposobnosti.

Načrtovane aktivnosti privedejo do ciljev (36):

- minimaliziranja dejavnikov, ki vplivajo na pacientovo doživljanje bolečine, na strah in grozeče občutke;
- ustreznega ukrepanja ob zgodnjem prepoznavanju znakov bolečine;
- najprimernejših posegov za lajšanje bolečine.

4.2.3 Izvajanje zdravstvene nege

Tretja faza procesa ZN je izvajanje aktivnosti oziroma posegov ZN. Vse aktivnosti, ki se jih izvaja pri pacientu, morajo biti dokumentirane. Negovalni list mora biti tako oblikovan, da je podatke mogoče primerjati med seboj (41). Aktivnosti, ki vodijo k postavljenim ciljem, so (4):

- spremljanje in ocenjevanje intenzivnosti bolečine, učinkovitosti dane terapije v primernem času po dani terapiji, ocena stanja prebave, znakov tolerance, stranskih učinkov zdravil;
- ukrepanje ob prepoznavi bolečine;
- izvajanje ali pomoč pri izvajanju nefarmakoloških metod, ki lajšajo bolečino.
- dajanje predpisanih zdravil;
- dokumentiranje, titriranje in izvajanje nadzora nad jemanjem zdravil;
- merjenje bolečine;
- prizadevanje za zmanjšanje dejavnikov, ki vplivajo na doživljanje bolečine, strahu, tesnobe in negotovosti;
- zdravstveno-vzgojno delo pacientov, svojcev in zdravstvenih delavcev o novih tehnikah in pripomočkih za lajšanje bolečin;

- sodelovanje pri izvajanju medicinsko-tehničnih postopkov.

Jakost bolečine je mogoče meriti, čeprav je rezultat merjenja subjektivni podatek. Merjenje izvaja pacient sam na podlagi prejšnjih izkušenj z bolečino; predvsem je to primerjava med zdajšnjo bolečino in tisto, ki jo je trpel v preteklosti. Glede na to merjenje jakosti ni natančno, kot je lahko na primer merjenje pulza in podobno, to je subjektivna verbalna metoda (19). Za ocenjevanje jakosti bolečine je na voljo več eno- ali multidimenzionalnih lestvic in vprašalnikov. Enodimenzionalne lestvice prikazujejo le intenzivnost bolečine, določanje je preprosto, hitro in jasno. Najpogosteje uporabljene lestvice so:

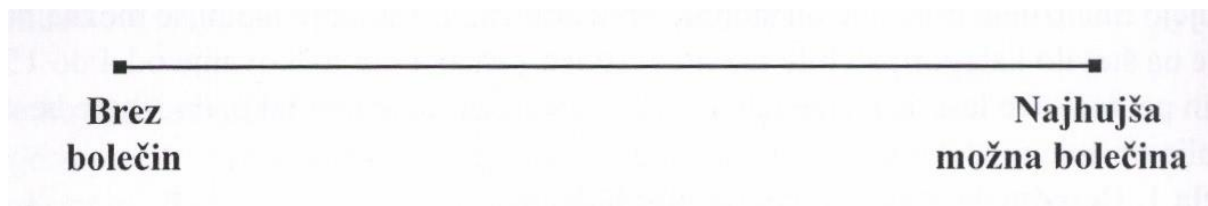
- besedno opisne lestvice (Verbal Rating Scale – VRS), so zelo preproste za uporabo. Lestvice vsebujejo seznam, iz katerega pacient izbere ustrezen izraz za svojo bolečino, npr. blaga, zmerna, huda bolečina. Obstajajo štiri-, pet-, šest-, dvanajst- in petnajststopenjske besedne lestvice. Primer petbesedne lestvice: ni bolečin, blaga, zmerna, huda, zelo huda bolečina (10);
- številčne ocenjevalne lestvice (Numeric Rating Scale – NRS) imajo razpon števil od 0 do 10 ali od 0 do 100. So zelo uporabne, saj so za pacienta lahko razumljive. Imajo večji razpon ocen kot besedne skale, preproste so za uporabo v pisni ali ustni obliki (47). Primer številčne lestvice za merjenje jakosti bolečine prikazuje Slika 1;

Slika 1: Primer številčne lestvice za merjenje jakosti bolečine (10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ni bolečine	blaga bolečina		srednje močna bolečina			zelo močna bolečina			najhujša možna bolečina	

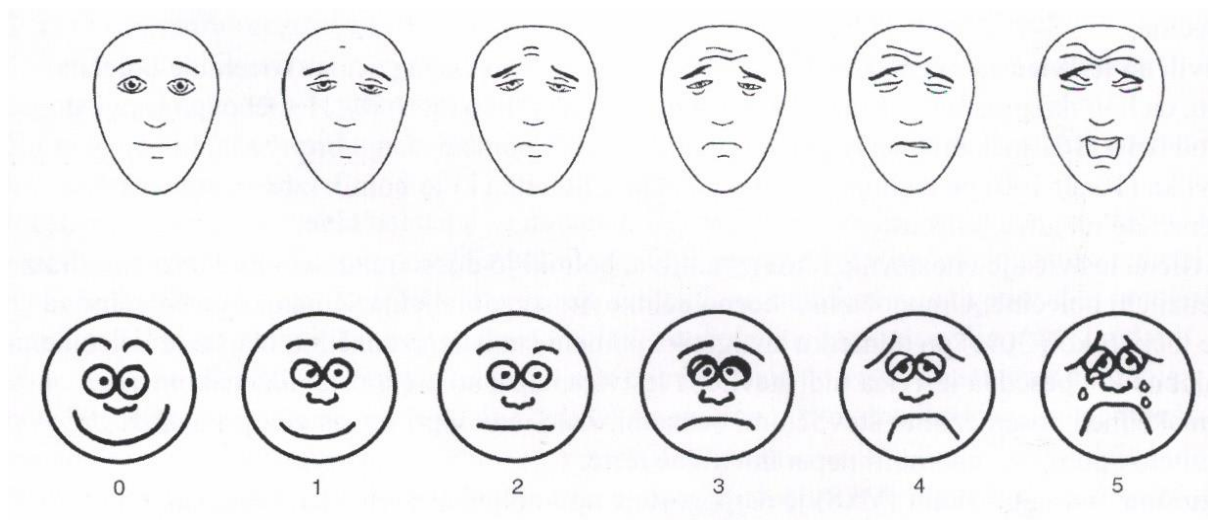
- grafične lestvice (VAS lestvica), so najpogosteje uporabljene lestvice za merjenje bolečin in merjenje lajšanja bolečin. Lestvico predstavlja ravna črta s skrajnimi jakostmi bolečine. Ponavadi je dolga 10 cm; na enem koncu je oznaka »ni bolečin«, na drugem pa »neznosna bolečina«. Pacient na črti sam označi stopnjo jakosti bolečine (42). Primer VAS lestvice za merjenje jakosti bolečine prikazuje Slika 2;

Slika 2: Primer VAS lestvice za merjenje jakosti bolečine (42)



- vedenjske in fiziološke lestvice za ocenjevanje bolečine se uporabljajo pri pacientih, ki ne zmorejo sami oceniti jakosti bolečine. 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 izraz obraza (pačenje, zmrdovanje, mrk pogled, stiskanje vek, gubanje čela, solzenje), vokalizacija (ječanje, stokanje, vzdihovanje, jok, kričanje), govorica telesa (motorični nemir, prijemanje za boleč predel telesa, umaknitveni refleks, vzdrževanje določene lege telesa). Pogosti fiziološki znaki bolečine pa so povišan ali zmanjšan krvni tlak, povišan ali zmanjšan srčni utrip, povišana ali zmanjšana frekvenca dihanja, razširjene zenice, bledica ali rdečica obraza, potenje, slabost (43). Primera vedenjskih lestvic prikazujeta Sliki 3 in 4.

Slika 3: Primer (slikovne) vedenjske lestvice (43)



Slika 4: Primer vedenjske lestvice (42)

Znak	Opis	Točke
Izraz obraza	Sproščen	1
	Delno napet (spuščanje čela)	2
	Popolnoma napet (zapiranje oči)	3
	Pačenje	4
Gibanje zgornjih okončin	Brez gibov	1
	Delno skrčeni	2
	Popolnoma skrčeni z fleksijo prstov	3
	Nenehno skrčeni	4
Sodelovanje z ventilatorjem	Prenaša ventilator	1
	Prenaša ventilator- občasno kašlja	2
	»Se bori« z ventilatorjem	3
	Nezmožnost nadzirati ventilacijo	4

Enodimenzionalne lestvice so nepogrešljiv pripomoček pri zdravljenju maligne bolečine predvsem ob uvajanju zdravljenja z opioidi, pri določanju začetnega odmerka in kasneje med potekom bolezni za prilagajanje odmerka pacientovim potrebam (10).

Multidimenzionalne lestvice in vprašalniki dajo širšo, celotnejšo informacijo o vplivu bolečine na pacientovo kakovost življenja ter na njegovo funkcionalno sposobnost. Multidimenzionalne lestvice in vprašalniki zahtevajo določeno razumevanje pacienta in

terapevtov čas za pomoč pri izpolnjevanju. Poleg jakosti bolečine povedo, kako je bolečina spremenila življenje pacienta, kako jo doživlja in koliko bolečina vpliva na njegovo funkcionalno sposobnost (10):

- lestvica zmožnosti Karnofsky ugotavlja vpliv bolezni na pacientove sposobnosti. Vprašalnik izpolni zdravnik, ocena 100 pomeni, da bolezen nima vpliva, ocena 10 pa, da pacient potrebuje popolno podporo in nego (44);
- Bourbonnaisova lestvica je uporabna, ko želi MS ugotoviti, kako pojav bolečine vpliva na stopnjo samooskrbe pri posameznih osnovnih življenjskih aktivnostih in pri postavitvi ciljev z načrtovanjem posegov ZN (10);
- za rutinsko obravnavo v ambulanti za zdravljenje bolečin uporabljajo kratek vprašalnik o bolečini. Ob VAS, ki sprašuje o jakosti bolečin v preteklem tednu, o povprečni in sedanji bolečini, pacient ocenjuje tudi različne aktivnosti, kot so vsakodnevna opravila, hoja, spanje, odnosi z ljudmi in razpoloženje. Za preverjanje učinka zdravljenja lahko pacient vprašalnik izpolni večkrat (44);
- v McGillovem vprašalniku so napisane različne besede, ki opisujejo bolečino. Razporejene so v 20 stolpcev, pacient izbere tiste, ki ustrezajo njegovemu občutenju, na shemi telesa nariše boleče področje in oceni jakost bolečine po petstopenjski besedni opisni lestvici (10).

O bolečini in trpljenju veliko pripoveduje tudi drža, način gibanja, govora in izražanja, mimika in pacientov videz. Pomembno je, da znajo člani zdravstvenega tima presoditi, ali pacienta boli. Podlaga za uspešno lajšanje bolečin je znanje o bolečini vseh sodelujočih v procesu zdravljenja (10).

4.2.4 Vrednotenje zdravstvene nege

Četrta faza procesa ZN je vrednotenje. Vrednotenje sestavljata raziskava in presoja po merilih glede na postavljene cilje. Vrednotenje daje MS možnost, da spozna tudi druge potrebe pacienta. Vrednotenje je mogoče le s sistematičnim dokumentiranjem vsega, kar vpliva na ZN v psihičnem, fizičnem in socialnem smislu. Vrednotenje ZN sklepa krog vseh aktivnosti v

procesu ZN in pomeni primerjavo doseženega pacientovega stanja s postavljenimi cilji med načrtovanjem (36). S kazalci je vrednotena ZN ter opravljena ocena doseženih ciljev:

- ob lažšanju bolečin so se ohranile pacientova osebnost, zavest in socialnost;
- bolečina se je zmanjšala na znosnost;
- pacientu je omogočeno stanje z zmanjšano bolečino in s tem je dosežen njen mirni počitek;
- pacient ve, da mu MS verjame, da ga boli.

Kljub prizadevanju za doseg ciljev ti včasih niso doseženi, ker (41):

- so osnovni podatki nepopolni ali spremenjeni;
- je analiza podatkov ali ugotovitev netočna;
- cilji niso povezani z ND;
- negovalne aktivnosti niso povezane z ND ali pričakovanimi cilji, niso značilne ali so slabo izvedene.

Če pričakovani cilji niso doseženi, je potrebno postopke v procesu ZN ponoviti. ZN je prekinjeno in dinamično dogajanje, ki zahteva stalno ocenjevanje ali vrednotenje (41).

Procesna metoda dela, ki jo uporablja MS, ko obravnava pacienta z bolečino, zahteva tudi ustrezno dokumentiranje. Dokumentacija ZN omogoča dvig kakovosti ZN in oskrbe pacientov z bolečino, ker (45):

- je dokumentacija temelj za vrednotenje bolečine. Pomanjkljivo dokumentiranje razvrednoti in zanika pomen aktivnosti MS;
- poskrbi za koristne zapise o pacientu z bolečino in njegovih potrebah ob pojavu bolečine;
- predstavlja kronološki pregled aktivnosti lažsanja bolečine. MS zabeleži učinkovitost analgezije;
- je potrebna za usklajevanje dela znotraj delovnih izmen in usklajevanje v okviru neprekinjene ZN pri odpustu ali premestitvi pacienta oziroma ob ponovnem obisku pacienta v ambulanti za zdravljenje bolečin;
- je učni pripomoček pri izobraževanju dijakov, študentov, članov negovalnega tima in pacientov;
- natančno beleženje bolečine, učinkovitosti lažsanja, zapletov pri lažšanju je pomembno pri raziskavah v zvezi z bolečino in za uvajanje izsledkov raziskav v prakso z namenom izboljšanja obvladovanja bolečine;

- zagotavlja zanesljive podatke za pravne potrebe.

Dobra dokumentacija omogoča sledljivost, preglednost, selektivnost, spremljanje in analizo, kar vodi v izboljšanje sistemov ter povečanje varnosti pacienta in članov zdravstvenega tima (46). Dokumentiranje omogoča vidnost ZN.

5 RAZISKAVA

5.1 Opredelitev problema, tema in izhodišče raziskave

Bolečina je zelo neprijetna osebna izkušnja. Spoznamo jo kmalu po rojstvu in nas spremlja vse življenje. Najpogosteje je opozorilni znak poškodbe ali bolezni. Lahko pa je bolečina kronična; s tem bistveno omejuje kakovost življenja in ga celo uničuje (47). Kronična bolečina prizadene 20–30 % prebivalstva. Od tega sta polovica do dve tretjini deloma ali popolnoma nezmožni za delo, in sicer za obdobje nekaj dni, tednov ali mesecev, nekateri pa so trajno nezmožni za opravljanje svojega poklica (48). Dolgotrajna kronična bolečina zelo vpliva na razpoloženje, opravljanje vsakodnevnih aktivnosti in na medsebojne odnose.

Predmet proučevanja v diplomski nalogi je kronična maligna bolečina. Bolečina pri raku je stalna, ima svoj dnevni ritem, lahko pa se pojavlja hkrati v različnih delih telesa z različno intenzivnostjo. Neobvladana kronična maligna bolečina bistveno znižuje kakovost življenja bolnikov z rakavimi obolenji. Zdravljenje bolečine pri bolnikih z rakom je učinkovitejše z načrtovanjem le-tega, vztrajnim informiranjem, edukacijo ter s praktičnim delom na področju ugotavljanja in lajšanja maligne bolečine. V izvajanje navedenih dejavnosti je aktivno vključena tudi MS.

Obvladovanje bolečine je nujno potrebno. V Splošni bolnišnici dr. Franca Derganca Nova Gorica si prizadevamo za dvig kakovosti obvladovanja bolečine, tudi kronične maligne. Temu je namenjena tudi ambulanta za zdravljenje bolečin. V bolnišnici še ni bila izvedena raziskava o obvladovanju kronične maligne bolečine. V želji po dvigu kakovosti življenja pacientov s kronično maligno bolečino je treba najprej pridobiti podatke o obstoječem stanju. Poleg teoretičnih izhodišč so pomemben vir informacij tudi pacienti sami. Poznavanje njihovih izkušenj pri zdravljenju kronične maligne bolečine omogoča celosten in načrten pristop k dvigu kakovosti življenja pacientov, obolelih za rakom.

5.2 Namen in cilji naloge

Namen diplomske naloge je bil oceniti stanje in izkušnje pacientov ob njihovi obravnavi v ambulanti za zdravljenje bolečin ter prepoznati stopnjo aktivne vključenosti MS v obravnavi.

Cilja diplomske naloge:

- ugotoviti izkušnje pacientov, povezane z obvladovanjem kronične maligne bolečine, v času obravnave v ambulanti za zdravljenje bolečin;
- z vidika pacientov ovrednotiti interakcije med njimi in MS.

Testirane so bile tri hipoteze:

H1: Več kot polovica pacientov po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin navaja znižanje jakosti bolečine za polovico in več (ocena bolečine z uporabo VAS lestvice) ter višjo kakovost življenja kot pred vključitvijo v ambulanto.

H2: Pacienti pozitivno ocenjujejo aktivnosti MS v času obravnave v ambulanti za zdravljenje bolečin.

H3: Pacienti poudarjajo primanjkljaj zdravstveno-vzgojnega dela MS.

5.3 Metodologija raziskovanja

5.3.1 Opredelitev vzorca raziskave

Ciljno skupino v raziskavi so sestavljali pacienti s kronično maligno bolečino, ki so bili naročeni na kontrolni pregled v ambulanto za zdravljenje bolečin v Splošni bolnišnici dr. Franca Derganca Nova Gorica po vsaj dva- do tri tedenskem jemanju predpisane terapije. Pacienti so anketo izpolnjevali v času sprejema v ambulanto pri MS. Vprašalnik je bil razdeljen 30 pacientom s kronično maligno bolečino, ki se zdravijo v ambulanti za zdravljenje bolečin. Vrnjenih je bilo vseh 30 vprašalnikov.

Med sodelujočimi v raziskavi je bilo v starostnem obdobju od 18 do 35 let 1 oseba (3,3 %), v starostnem obdobju od 36 do 55 let 16 oseb (53,3 %), v starostnem obdobju od 56 do 75 let 11 oseb (36,7 %) ter v starostnem obdobju nad 75 let 2 osebi (6,7 %). Med anketiranci je bilo

12 oseb (40 %) moškega spola in 18 (60 %) ženskega. Končano osnovno šolo ima 13 oseb (43,3 %), poklicno in strokovno srednjo šolo 10 oseb (33,3 %), 5 oseb (16,7 %) ima višjo ali visoko izobrazbo ter 2 osebi (6,7 %) univerzitetno izobrazbo in več.

5.3.2 Način zbiranja podatkov

Raziskava je potekala od 21. 9. 2009 do 10. 12. 2009. Kot instrument zbiranja podatkov je bil uporabljen anketni vprašalnik ter pregled medicinske dokumentacije. Zdravstvena ustanova je pred izvajanjem ankete izdala pisno soglasje k raziskavi. Vprašalnik je bil anonimen in prostovoljen. Sestavljen je bil iz in treh sklopov vprašanj. V uvodnem delu je bil pojasnjen namen raziskave, sledila so vprašanja o strukturi anketirancev glede na spol, starost in izobrazbo. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na oceno stanja in doživljanje bolečine. Drugi sklop je vključeval vprašanja o odnosu medicinskih sester do pacientov ter njihovih aktivnostih v ambulanti za zdravljenje bolečin. Zadnji sklop je vseboval odprto vprašanje oz. mnenje anketirancev o vrstah aktivnosti, ki bi jim morali zdravstveni delavci v ambulanti za zdravljenje bolečin nameniti še več pozornosti.

5.3.3 Analiza podatkov

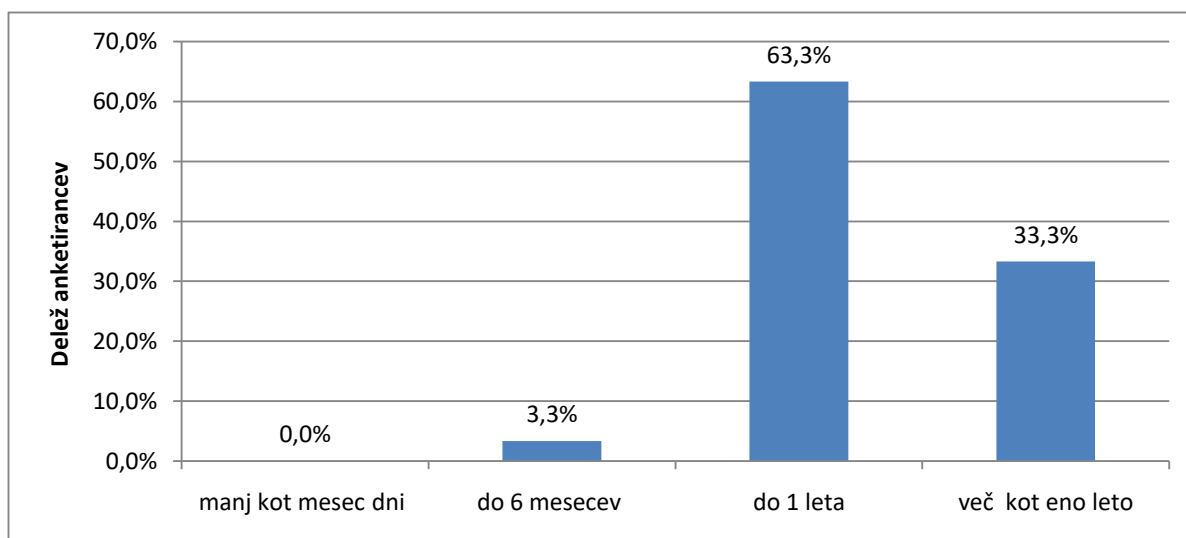
Za analizo podatkov je bila narejena osnovna statistična obdelava s pomočjo računalniškega programa »Microsoft Office Excel 2007«. Rezultati so predstavljeni v obliki grafov in preglednic, in izraženi v odstotkih. Odgovor na zadnje odprto vprašanje je podan v opisni obliki.

6 REZULTATI

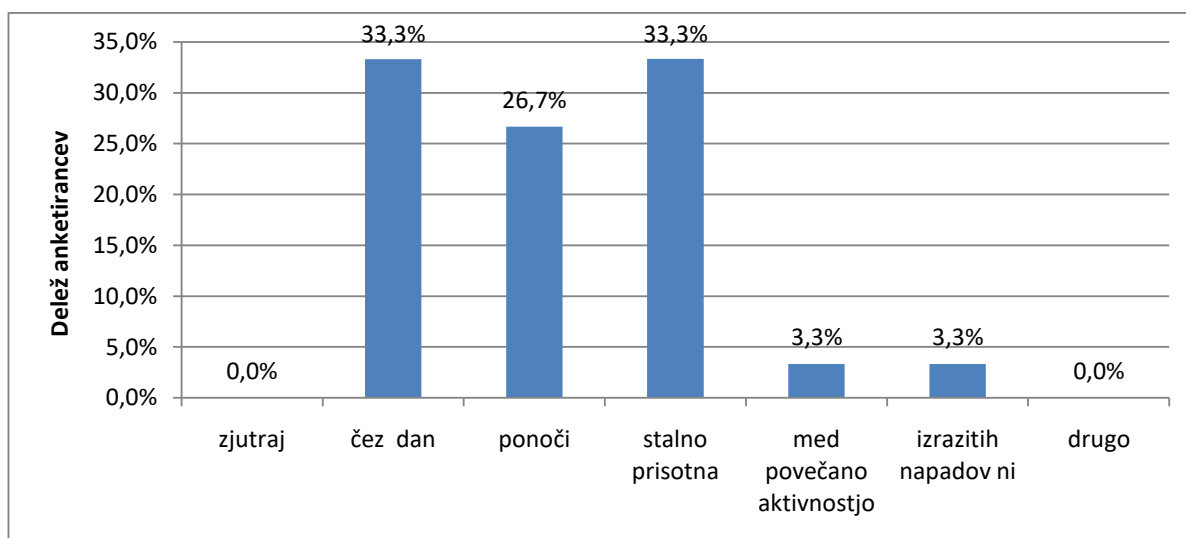
6.1 Ocena stanja in doživljanje bolečine

V prvem sklopu vprašanj so anketiranci ocenjevali stanje in doživljanje bolečine. Prvo raziskovalno področje je vsebovalo vprašanja o času trajanja bolečine, času pojavljanja bolečine, jakosti bolečine v zadnjem tednu pred anketiranjem, pogostosti jemanja zdravil, lažjem opravljanju aktivnosti po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin, o občutku ob prisotnosti bolečine, o odzivu svojcev na bolečino ter vprašanje o dvigu kakovosti življenja po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin. Pri vprašanjih, pri katerih so anketiranci lahko zapisali enega ali več odgovorov, je ta možnost pri prikazu rezultatov posebej navedena.

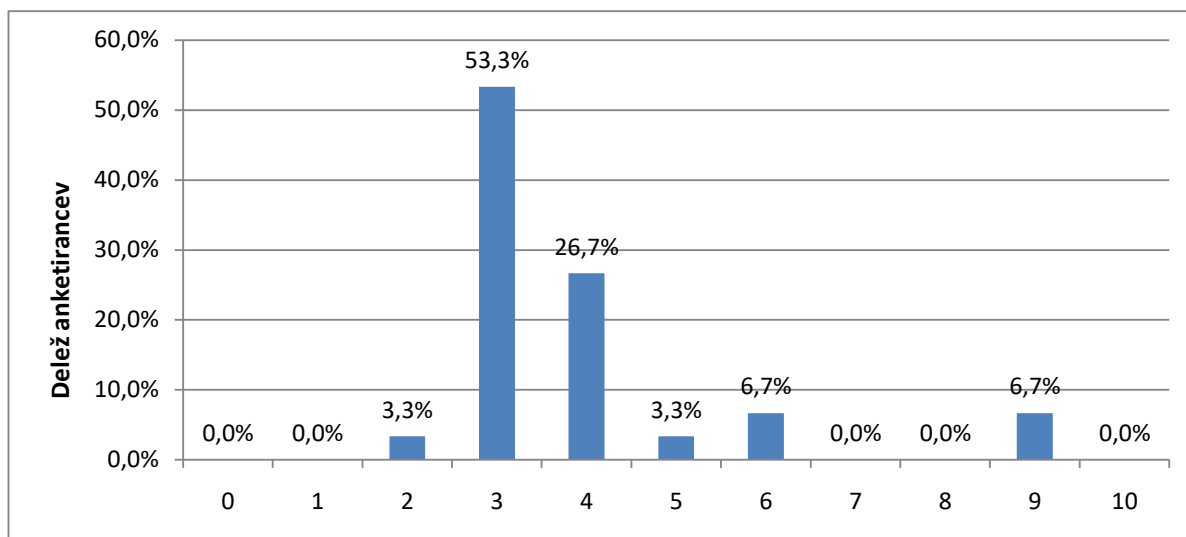
Graf 1: Čas trajanja bolečine



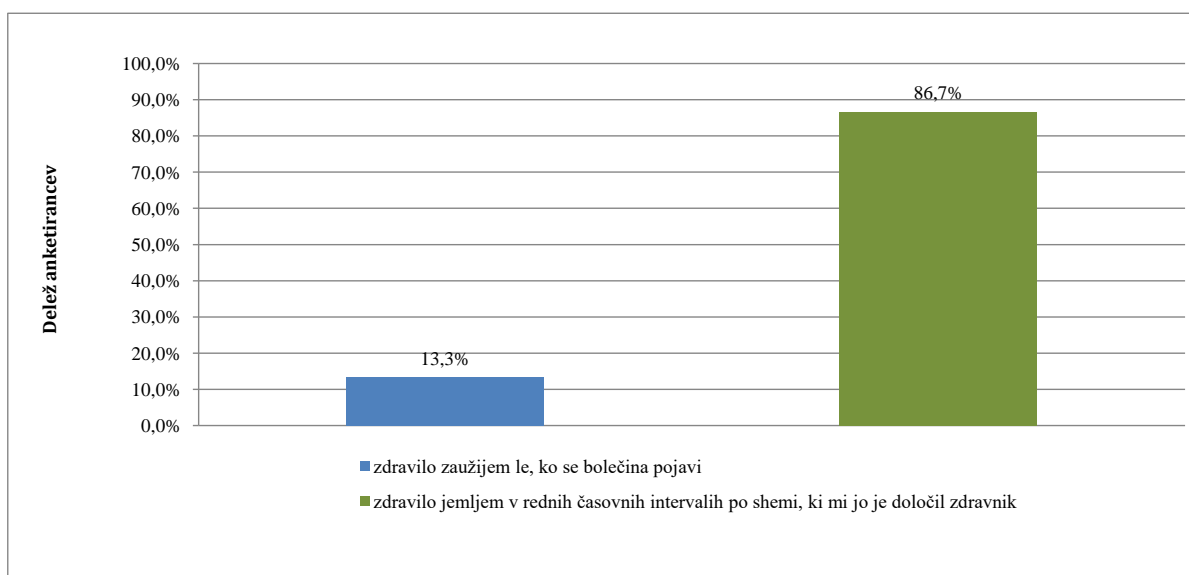
Na vprašanje, koliko časa trpijo bolečino, je največ (63,3 %) anketirancev odgovorilo, da trpi bolečino do 1 leta, 33,3 % več kot eno leto, do 6 mesecev pa 3,3 % (Graf 1).

Graf 2: Čas pojavljanja bolečine

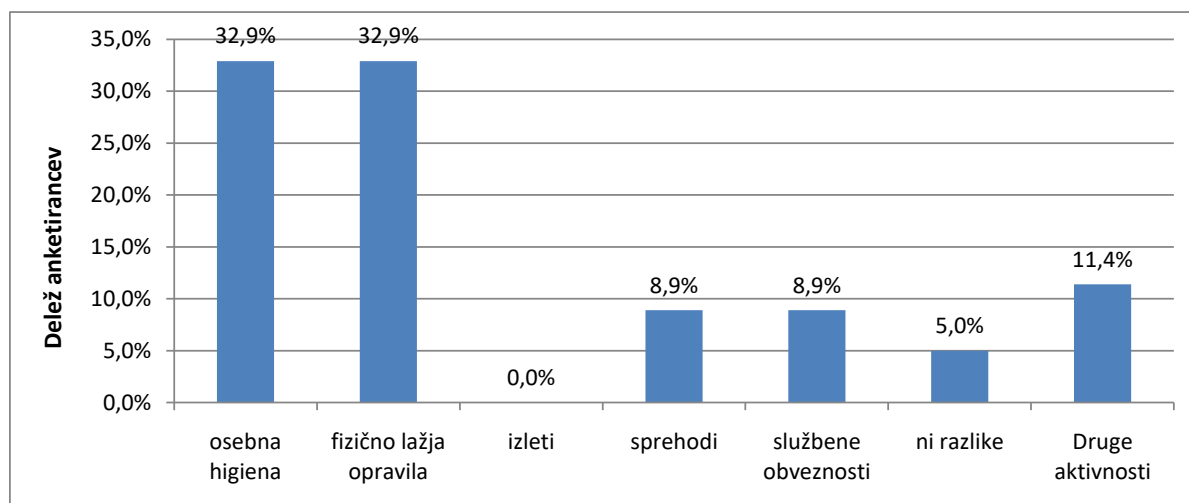
Rezultati o času pojavljanja bolečine so pokazali, da je bolečina stalno prisotna pri 33,3 % anketiranih. V enakem odstotku se med anketiranimi pojavlja le čez dan, pri 26,7 % vprašanih se bolečina pojavlja ponoči, med povečano aktivnostjo se bolečina pojavi pri 3,3 % anketiranih. 3,3 % pacientov pa izrazitih napadov bolečine nima (Graf 2).

Graf 3: Jakost bolečine v zadnjem tednu pred obiskom ambulante in anketiranjem (0 - ni bolečine, 10 - neznosna bolečina)

Anketiranci so jakost bolečine v zadnjem tednu pred anketiranjem označevali na grafični lestvici od 0 do 10. Iz Grafa 3 je razvidno, da je največ anketirancev označilo jakost bolečine na lestvici od 1 do 10 s številko 3 (53,3 %), sledi oznaka s številko 4 (26,7 %) ter oznaka s številko 6 (6,7 %). Nato si v enakem odstotku sledita oznaki s številko 2 in 5 (3,3 %). Najvišjo jakost s številko 9 je označilo (6,7 %) anketirancev.

Graf 4: Upoštevanje časovnega intervala jemanja zdravil za lajšanje bolečin

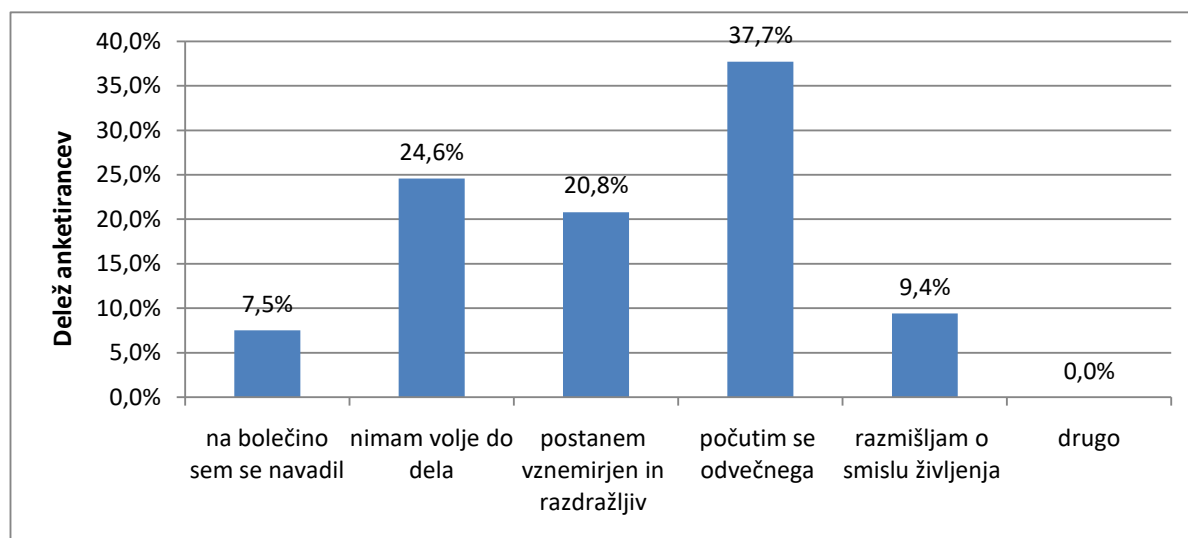
Rezultati upoštevanja časovnega presledka jemanja zdravil so pokazali, da 86,7 % anketirancev jemlje zdravila za lajšanje bolečin v rednih časovnih presledkih, po shemi, ki jim jo je določil zdravnik. 13,3 % pa zdravilo zaužije le, ko se bolečina pojavi (Graf 4).

Graf 5: Lažje opravljanje aktivnosti po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin

Pri vprašanju 5 so anketiranci imeli možnost podati enega ali več odgovorov ter dopisati svojega. Na vprašanje, katere aktivnosti lažje opravljajo po vključitvi v ambulanto, je z enakim odstotkom 32,9 % anketirancev označilo odgovor »osebna higiena« in »fizično lažja opravila«. Sledita odgovora »sprehodi« in »službene obveznosti« z 8,9 %. 5 % anketirancev je

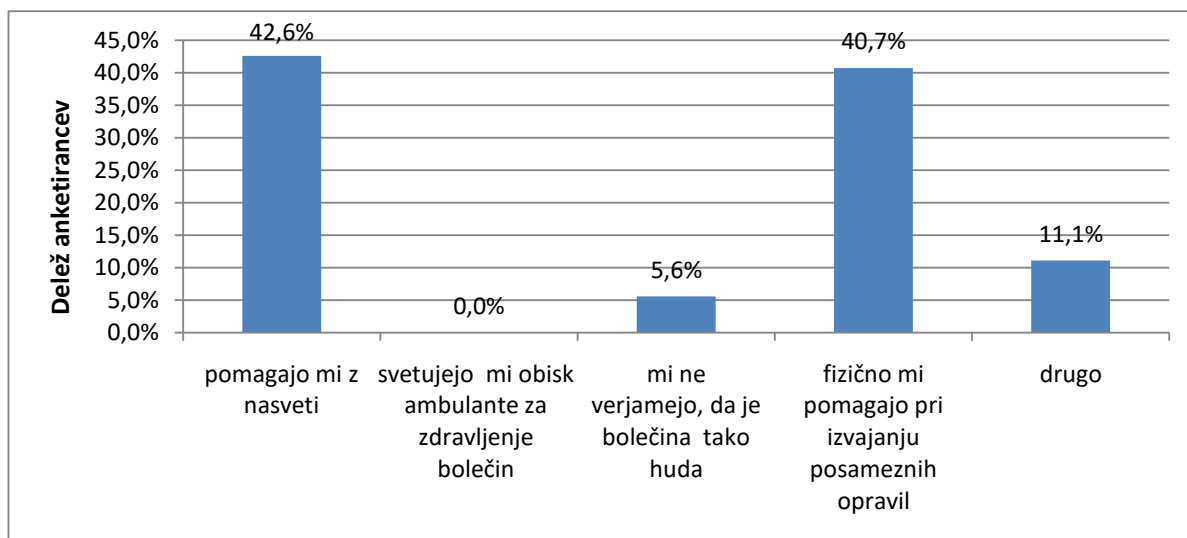
odgovorilo, da po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin ne zaznavajo bistvenih razlik v opravljanju aktivnosti. Dodatni odgovor je dopisalo 11,4 % anketirancev. 3 anketiranci (3,9 %) so zapisali branje, 2 (2,5 %) branje in gledanje televizije, 2 vprašana (2,5 %) sta zapisala gledanje televizije, poslušanje radia ter glasbe in 2 (2,5 %) branje, poslušanje radia in glasbe (Graf 5).

Graf 6: Občutek ob prisotnosti bolečine



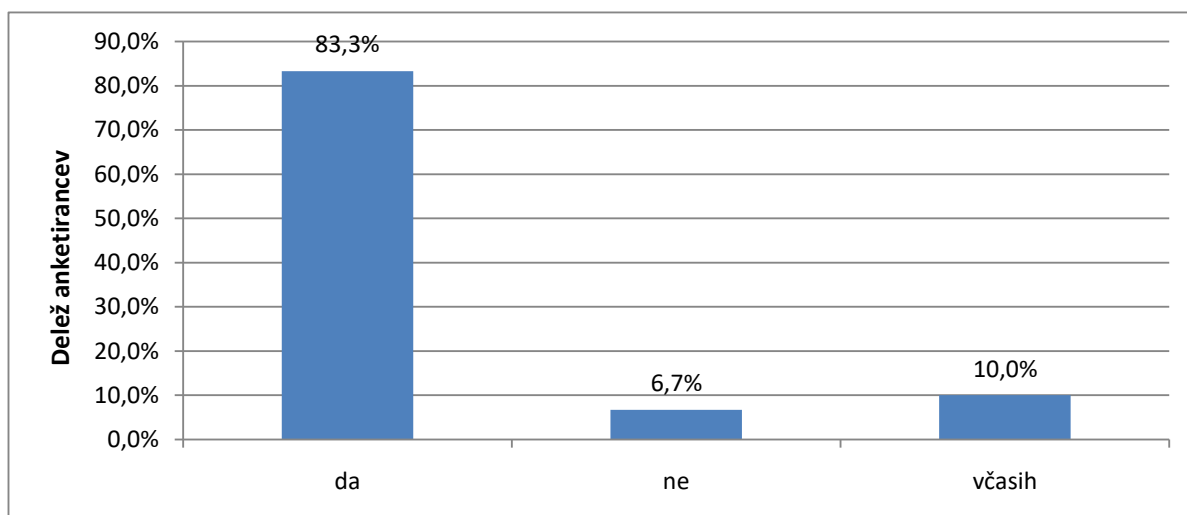
Tudi pri vprašanju 6 so anketiranci imeli možnost označiti enega ali več odgovorov ter dopisati svoj dodatni odgovor. 37,7 % anketirancev je na vprašanje, kakšen občutek imajo, ko je bolečina prisotna, odgovorilo, da se ob prisotnosti bolečine »počutijo odvečnega«. S 24,6 % sledi odgovor »nimam volje do dela«. 20,8 % vprašanih postane ob prisotnosti bolečine nemirnih in razdražljivih, 7,5 % se jih je na bolečino navadilo, 9,4 % pa jih razmišlja o smislu življenja. Dodatnega občutka ni dopisal nihče (Graf 6).

Graf 7: Odziv svojcev na bolečino

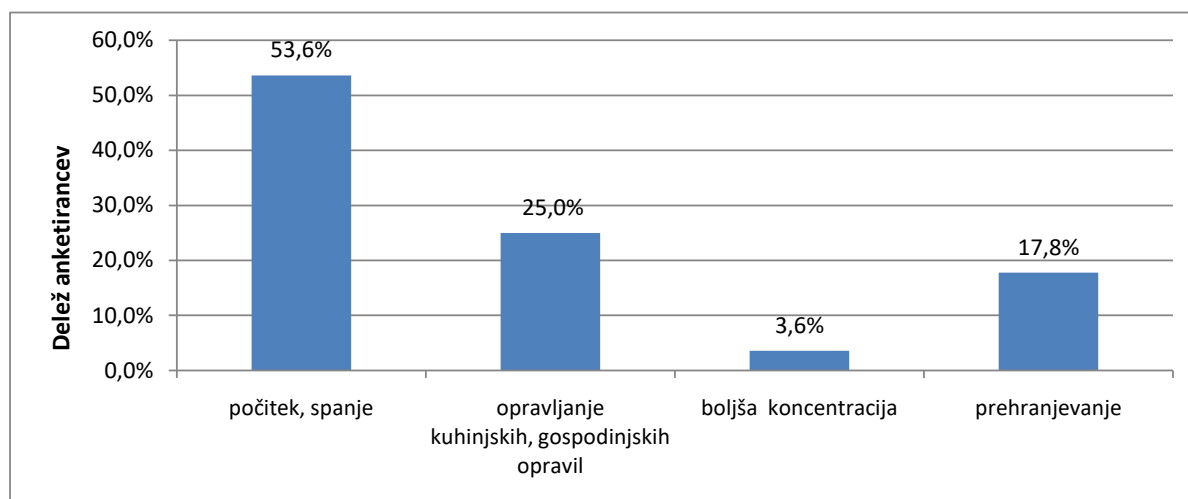


Vprašanje 7 se je nanašalo na odziv svojcev na bolečino. Tudi pri tem vprašanju so anketiranci imeli možnost za podajanje enega ali več odgovorov in da napišejo svoj odgovor. Največ (42,6 %) anketirancev je odgovorilo, da jim svojci pomagajo z nasveti. 40,7 % je deležnih fizične pomoči pri izvajanju posameznih opravil. 11,1 % vprašanih je dopisalo dodatni odgovor, da jim svojci masirajo boleč del (Graf 7).

Graf 8: Dvig kakovosti življenja po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin



O dvigu kakovosti življenja 83,3 % anketirancev meni, da se jim je po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin kakovost življenja dvignila. 10 % jih občuti kakovostnejše življenje le včasih, 6,7 % vprašanih pa dviga kakovosti življenja ne občuti (Graf 8).

Graf 9: Področja dviga kakovosti življenja

93,3 % anketirancev, ki se jim je kakovost življenja po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin izboljšala, je dopisalo področja, kjer se jim je dvignila kakovost. Od teh jih 53,6 % meni, da se je po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin kakovost življenja izboljšala zaradi boljšega počitka oz. spanja. Pri 25 % vprašanih se je izboljšalo opravljanje kuhinjskih oz. gospodinjskih opravil. 17,8 % anketiranih navaja kakovostnejše prehranjevanje, 3,6 % pa izboljšanje koncentracije (Graf 9).

6.2 Aktivnosti MS, povezane z njihovim delom v ambulanti za zdravljenje bolečin, in predlogi izboljšav

Drugi sklop so bila vprašanja o aktivnostih MS, povezanih z njihovim delom v ambulanti za zdravljenje bolečin. Anketiranci so odgovore označevali na štiristopenjski lestvici z možnostjo le enega odgovora. Izpostavljenih je bilo 11 področij, na katerih se MS aktivno vključuje v zdravstveno obravnavo: ugotavljanje pacientovega odziva na bolečino, odziva svojcev na pacientovo bolečino, poučenosti pacienta in svojcev o bolečini, pripravljenosti svojcev za pomoč pri oskrbi in zdravljenju, zaznavanja bolečine, poučevanja o dopolnilnih tehnikah lajšanja bolečin, ustreznosti načina jemanja zdravil, opozarjanja na možne stranske učinke zdravil, možnost pogovora z MS ter informiranja s pomočjo MS. Na zadnje odprto vprašanje, čemu bi morali zdravstveni delavci, zaposleni v ambulanti za zdravljenje bolečin, še bolj nameniti svojo pozornost, je odgovorilo le 6,6 % anketirancev.

Preglednica 7: Aktivnosti MS, povezane z njihovim delom v ambulanti za zdravljenje bolečin

Vprašanja	Nikoli	Včasih	Pogosto	Vedno
1. Ali MS ugotavlja vaš odziv na bolečino?	0,0 %	0,0 %	10,0 %	90,0 %
2. Ali MS ugotavlja odziv svojcev na vašo bolečino?	3,3 %	23,3 %	56,7 %	16,7 %
3. Ali MS ugotavlja vašo poučenost in poučenost vaših svojcev o vaši bolezni in bolečini?	6,7 %	20,0 %	33,3 %	40,0 %
4. Ali MS ugotavlja pripravljenost svojcev za pomoč pri oskrbi in zdravljenju vaših težav?	0,0 %	23,3 %	56,7 %	20,0 %
5. Ali MS ugotavlja vaše zaznavanje bolečine, njeno jakost, čas trajanja in kakovost življenja z bolečino?	0,0 %	13,3 %	33,3 %	53,3 %
6. Ali vas MS poučuje o dopolnilnih tehnikah lajšanja bolečin?	23,3 %	36,7 %	30,0 %	10,0 %
7. Ali MS preverja, ali uživete zdravila na predpisan način?	0,0 %	40,0 %	6,7 %	53,3 %
8. Ali vas MS opozarja na možne stranske učinke zdravil?	0,0 %	40,0 %	50,0 %	10,0 %
9. Ali vam MS razlaga in odgovarja na razumljiv način?	0,0 %	0,0 %	6,7 %	93,3 %
10. Če vas je v času obravnave kaj skrbelo – ali se lahko pogovorite z MS?	0,0 %	0,0 %	10,0 %	90,0 %
11. Ali vas MS informira o urniku delovanja ambulante, kontaktni osebi oz. telefonski številki v primeru zapletov ob lajšanju bolečine?	26,7 %	20,0 %	6,7 %	46,7 %

V Preglednici 7 so predstavljeni rezultati, povezani z aktivnostmi MS v ambulanti za zdravljenje bolečin:

- na vprašanje, ali je MS ugotavljala odziv na bolečino, je 90 % anketirancev odgovorilo, da je MS odziv na bolečino vedno ugotavljala. 10 % anketirancev je označilo odgovor »pogosto«. Odgovora »nikoli« ni označil nihče;
- 56,7 % anketirancev meni, da je MS »pogosto« preverjala odziv svojcev na bolečino. 3,3 % pa jih meni, da »nikoli«;
- 40 % vprašanih je odgovorilo, da je MS »vedno« ugotavljala njihovo poučenost in poučenost svojcev o njihovi bolezni in bolečini. 6,7 % pa jih meni, da MS tega nikoli ni ugotavljala;
- pripravljenost svojcev za pomoč pri oskrbi in zdravljenju je MS »vedno« ugotavljala pri 20 % vprašanih, »pogosto« pri 56,7 % in »včasih« pri 23,3 %;
- pri vseh anketiranih je MS ugotavljala zaznavanje bolečine, njeno jakost, čas trajanja in kakovost življenja z bolečino, saj je 53,3 % anketiranih označilo odgovor »vedno«, 33,3 % »pogosto« in 23,3 % »včasih«;
- 10 % vprašanih je odgovorilo, da jih je MS »vedno« poučevala o dopolnilnih tehnikah lajšanja bolečin. 23,3 % vprašanih pa ocenjuje, da jih MS o tem ni poučevala »nikoli«;

- več kot polovica anketiranih (53,3 %) meni, da je MS »vedno« preverjala ustreznost načina uživanja zdravil, obenem pa 40 % pacientov ocenjuje, da je to izvajala le »včasih«;
- na možne stranske učinke zdravil je MS »vedno« opozarjala le 10 % anketiranih, preostalih 90 % pa v skoraj enakem razmerju »pogosto« in »včasih«;
- 93,3 % anketiranih meni, da je MS »vedno« razlagala in odgovarjala na razumljiv način. 6,7 % anketirancev je označilo, odgovor »pogosto«. Nihče ni označil odgovorov »nikoli« in »včasih«;
- 90 % anketiranih je v času obravnave »vedno« imelo možnost pogovora z MS »pogosto« pa 10 %;
- več kot četrtina anketiranih (26,7 %) je mnenja, da informacij o urniku delovanja ambulante, kontaktni osebi oz. telefonski številki v primeru zapletov ob lajšanju bolečine niso dobili »nikoli«. Skoraj polovica (46,7 %) vprašanih pa jih je navedlo, da jih je MS o tem »vedno« obvestila.

V odprtem vprašanju so imeli anketiranci možnost izraziti svoja mnenja in predloge, čemu bi morali zdravstveni delavci, zaposleni v ambulanti za zdravljenje bolečin, nameniti še več pozornosti. Poudarili so le dva predloga:

- boljšo povezanost z zdravstvenimi delavci iz splošnih ambulant in s patronažno službo;
- učenje drugih zdravstvenih delavcev na oddelkih bolnišnice.

Kar 93,3 % anketirancev mnenja oz. predloga za izboljšave v delovanju ambulante za zdravljenje bolečin ni podalo.

7 RAZPRAVA

Bolečina je subjektivna izkušnja. Dokazano je, da je bolečina škodljiva, še vedno pa se dogaja, da ni primerno obravnavana. V vsakdanji praksi opazamo nepoznavanje, nepriznavanje bolečine, strah pred odvisnostjo od analgetikov in njihovimi nezaželenimi učinki ali pa celo nesposobnost pacienta, da bi svojo bolečino sploh ocenil in naredil vidno.

Obvladovanje kronične maligne bolečine je delo celotnega zdravstvenega tima, v katerem ima svojo vlogo tudi MS. Za ZN je pomembno zmanjševanje vrzeli med izvajanjem ZN in pričakovanji ter zadovoljstvom pacientov z obravnavo v ambulanti za zdravljenje bolečin. Vrednotenje in izboljševanje ZN je mogoče le s poznavanjem obstoječega stanja. Tudi analiza rezultatov anketnega vprašalnika je temelj nadaljnjih aktivnosti pri izboljševanju kakovosti ZN v ambulanti za zdravljenje bolečin.

Demografski podatki o starosti anketirancev so pokazali, da je največji delež anketirancev s kronično maligno bolečino v starostnem obdobju od 36 do 55 let, ko naj bi bili v polni delovni moči in na vrhuncu svojega ustvarjanja. Od tega je kar 60 % žensk. Ti rezultati se ujemajo tudi z raziskavo o kronični bolečini v Sloveniji in Evropi leta 2006 (13), kjer se je izkazalo, da je povprečna starost tistih, ki se soočajo s kronično bolečino, 49 let.

Prvi del raziskave je bil osredotočen na oceno stanja in doživljanje bolečine. Analiza podatkov raziskave je pokazala, da največ anketirancev trpi bolečino do enega leta. Skrb vzbujajoč je podatek, da večina anketirancev trpi stalno celodnevno bolečino. Postavlja se vprašanje, kako ti ljudje živijo in uresničujejo svoje življenje v situaciji, ko je bolečina vseskozi prisotna. Svet teh ljudi se skrči, postajajo vse bolj zagrenjeni, zaprti vase, depresivni, njihova osebnost se spremeni in nenehno razmišljajo o tem, kdaj bo bolečina zmanjšana ali je več ne bo. Gonzales in sod. (49) so leta 2000 potrdili, da je kronična bolečina zelo povezana s psihološkimi dejavniki (depresijo, tesnobo itd.), kar se je izkazalo tudi v naši raziskavi, saj je velik odstotek anketirancev navajal nelagodne občutke ob prisotnosti bolečine (počutim se odvečnega, nimam volje do dela, postanem vznemirjen in razdražljiv, razmišljam o smislu življenja). Tudi raziskava o kronični bolečini v Evropi (13) je pokazala, da so pri tretjini vseh pacientov, ki trpijo zaradi kronične bolečine, diagnosticirali depresijo kot neposredno posledico bolečine. V isti raziskavi polovica pacientov s kronično bolečino v Evropi poroča o občutkih nemoči ali nezmožnosti misliti oziroma normalno funkcionirati. Skoraj vsak šesti

pacient s kronično bolečino včasih občuti svojo bolečino tako neznosno, da si želi umreti. S pregledom medicinske dokumentacije smo v naši raziskavi ugotovili, da je 40 % anketirancev ob prvi obravnavi v ambulanti za zdravljenje bolečin s pomočjo VAS lestvice svojo bolečino ocenilo s številko 9. Po dva- do tritedenskem jemanju predpisane terapije pa se je jakost bolečine zmanjšala za polovico in več, saj je 53,3 % anketirancev njeno jakost v zadnjem tednu pred anketiranjem označilo s številko 3. Hipoteza, da več kot polovica pacientov po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin navaja zmanjšanje jakosti bolečine za polovico in več (ocena bolečine z uporabo VAS lestvice) ter višjo kakovost življenja kot pred vključitvijo v ambulanto, je potrjena. Ti rezultati so delno podobni ugotovitvam raziskave, ki je bila opravljena na Onkološkem inštitutu leta 2005 (50). Lahajnar je ugotovila, da je bila bolečina slabo zdravljena pri 45 % vprašanih, saj so navajali bolečino jakosti 4 in več. Največ, 87 %, je bilo takih, ki so imeli srednje močno bolečino jakosti 4 do 6. Lahajnar pravi, da je zelo spodbudno, da je bolečina postala vidna in posledično zdravljena, manj spodbudno pa, da jo še vedno premalo dobro zdravimo. Ti rezultati so po njenem mnenju odraz splošnega stanja v Sloveniji, ker prihajajo na Onkološki inštitut pacienti iz različnih predelov Slovenije in tudi v bolnišnici jemljejo tista zdravila za zdravljenje bolečin, ki so jim jih predpisali njihovi zdravniki družinske medicine doma. Tudi iz raziskave o maligni bolečini v Evropi, ki jo je vodilo Evropsko združenje za paliativno oskrbo in je zajela več kot 4000 onkoloških pacientov v 11 evropskih državah in Izraelu, je razvidno, da je bolečina v Evropi zelo razširjena, da ni vedno optimalno zdravljena in da pomembno vpliva na kakovost življenja pacientov (51). Dve tretjini vprašanih je povedalo, da živi z bolečino, katere povprečna jakost na 10-stopenjski lestvici je bila 6,38. Raziskava VAS 3, ki so jo izvajali leta 2005 in 2006 pri Slovenskem združenju za zdravljenje bolečine, pa je pokazala visoko jakost kronične maligne bolečine, ki so jo pacienti označili na VAS lestvici ob prvem obisku ambulante družinskega zdravnika (51). Povprečna ocena je bila kar 7,1. Po tistem, ko so zdravniki ustrezno odmerili ustrezno protibolečinsko zdravilo, se je jakost te znižala na 3,72. Iz podatkov naše raziskave je razviden tudi napredek anketirancev, kot je denimo lažje opravljanje aktivnosti po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin, saj jih večina navaja lažje opravljanje osebne higiene in fizično lažjih opravil. Pri 93,3 % anketirancev se je kakovost življenja po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin izboljšala. Tudi Lahajnar (50) je potrdila, da visoka ocena jakosti bolečine vpliva na počutje pacienta. Čim močnejša je bila bolečina, tem bolj jih je ta ovirala pri fizičnih aktivnostih, spanju in počutju. V naši raziskavi smo ugotovili pozitiven odziv svojcev na bolečino anketiranih, saj anketiranci navajajo fizično pomoč in pomoč svojcev z nasveti ob soočanju z bolečino. Ugotovitve o ugodnem odzivu svojcev na bolečino

se le delno ujemajo z rezultati raziskave Lewandowskega in sod. iz leta 2007 (52), saj rezultati slednje kažejo, da je velik delež svojcev bližnjemu v pomoč le, dokler so njihovi nasveti učinkoviti, ko pa te možnosti izčrpajo, se od njih umaknejo. Obenem poudarjajo, da prisotnost kronične bolečine vpliva na celotni družinski sistem z značilnimi negativnimi posledicami. Navajajo potrebo po poučevanju celotne družine in možnosti vključitve v družinske svetovalnice (52). Šele, ko začnemo raziskovati, kako se počutijo pacienti, ki trpijo kronično maligno bolečino, vidimo vse razsežnosti razdejanja, ki ga ta ustvarja v pacientu in ob njem. Prizadene vse ravni človekovega življenja.

Drugo raziskovalno področje je usmerjeno v proučevanje odnosa MS do pacienta in mnenja pacientov o aktivnostih MS v času obravnave v ambulanti za zdravljenje bolečin. S 93,3 % označenih odgovorov so rezultati pokazali, da pacienti visoko cenijo predvsem razumljivo razlago in odgovore MS. Razveseljivo je, da so pacienti zadovoljni z možnostjo pogovora z MS v času obravnave. Visoko so ovrednotili aktivnosti MS, kot so ugotavljanje odziva na bolečino, način zaznavanja bolečine in jakost te, čas trajanja bolečine, spremljanje kakovosti življenja z bolečino in preverjanje ustreznosti jemanja zdravil. Odgovori anketirancev potrjujejo drugo hipotezo, da pacienti pozitivno ocenjujejo aktivnosti MS v času obravnave v ambulanti za zdravljenje bolečine. Kritična točka v klinični praksi ZN v ambulanti za zdravljenje bolečin je informiranje oziroma zdravstveno-vzgojno delo MS. Rezultati odgovorov o zdravstveno-vzgojnem delu MS potrjujejo pravilnost tretje hipoteze, da pacienti poudarjajo primanjkljaj zdravstveno-vzgojnega dela MS. Ta ugotovitev se je v naši raziskavi izkazala kot šibka točka v primerjavi z ugotovitvami raziskave na Onkološkem inštitutu leta 2006 (53), kjer je bilo zdravstveno-vzgojno delo MS boljše ocenjeno. Kot slabost so se na Onkološkem inštitutu izkazale dolge čakalne dobe za obisk ambulante za zdravljenje bolečine. Pacienti si želijo čim več informacij. MS morajo vedeti, kako informirati, svetovati in izobraževati. Učenje pacienta naj MS zasnuje na enakopravnem odnosu, upoštevati mora predhodno znanje, njegove izkušnje in želje v povezavi z bolečino. Na področju ZN pri aktivnostih lajšanja in obravnave bolečine je MS avtonomna za poučevanje pacientov ter njihovih svojcev. Iz literature, izkušenj in prakse na delovnem mestu pa razberemo, da za MS glede obvladovanja bolečine ni zadostnega tako formalnega kot neformalnega izobraževanja (48). Na področju ZN ni veliko raziskav, ki bi omogočale vpogled v uspešnost dela MS pri spopadanju z bolečino (48). Očitno je, da so na tem področju potrebne spremembe. Nujno je potrebno znanje o bolečini, njenem nastanku, prenosu in učinkovitem lajšanju bolečine. Potrebno je najti načine, da se obstoječe znanje poveča in nadgradi. Pri izobraževanju o

bolečini je potrebna tudi druga vrsta znanja, kot je med drugim komunikacija in znanje s področja raziskovanja. Potrebne so raziskave, da se lahko kompetentno začnejo spremembe odnosa do bolečine in ravnanja v zvezi z njo, tako pri zdravstvenih delavcih, kot pri pacientih in v javnosti nasploh (48). Glede na rezultate naše ankete je v prihodnje pozornost potrebno usmeriti k izboljšanju informiranja pacientov oziroma k dvigu kakovosti zdravstveno-vzgojnega dela v ambulanti za zdravljenje bolečine. Za to so potrebni usmerjeni izobraževalni programi za vse zdravstvene delavce, pa tudi za paciente in njihove svojce. Smiselnost raziskave pacientovih izkušenj potrjuje tudi raziskava Strohbuecker in sod. iz leta 2005 (54), ki poudarja potrebo po vrednotenju kakovosti interakcij med MS in pacienti.

V raziskavi smo želeli pridobiti tudi mnenja in predloge o tem, čemu bi morali zdravstveni delavci, zaposleni v ambulanti za zdravljenje bolečine, nameniti še več pozornosti. Na to vprašanje kar 93,3 % anketirancev mnenja oz. predloga za izboljšave v delovanju ambulante za zdravljenje bolečin ni podalo. Poudarili so le potrebo po boljši povezanosti z drugimi zdravstvenimi delavci in patronažno službo ter učenje tehnik obvladovanja bolečine zdravstvenih delavcev na oddelkih bolnišnice. Le celostna in neprekinjena obravnava ter sodelovanje pacienta zagotavljata optimalne možnosti zdravljenja in lajšanja bolečine. Navedenega ni mogoče doseči brez multidisciplinarnega timskega dela.

Pacienti so praviloma v ambulante za zdravljenje bolečin napoteni potem, ko so prehodili že dolgo pot diagnostike in preizkusili že celo vrsto načinov zdravljenja. Velikokrat so razočarani, mnogi pa vidijo v obisku ambulante zadnjo možnost za rešitev svojih težav. Pričakovanja pacientov so mnogokrat previsoka, kar lahko vodi v nova razočaranja. Žansky Pergarec in sod. so leta 2008 v raziskavi »Kaj pričakujejo bolniki od obiska v protibolečinski ambulanti« (55) ugotovili, da največ (90 %) pacientov v ambulanto za zdravljenje bolečin napotijo zdravniki splošne medicine, preostale pa specialisti drugih strok (ortopedi, kirurgi). Večina pacientov pričakuje izboljšanje stanja oziroma omilitev težav. Svojo bolečino redno spremljajo, čeprav jih kar nekaj ne pozna lestvic za ocenjevanje bolečine, bolečinskega dnevnika pa ob prihodu praviloma nima oziroma ne vodi nihče od pacientov. Ugotovili so, da je samobeženje bolečine še vedno v zelo začetni fazi. Ti rezultati se ujemajo z rezultati raziskave, ki jo je objavil Petrie s sod. leta 2005 (56). V omenjenem delu so raziskovali, kaj se zdi pacientom najbolj negativno pri zdravljenju v ambulanti za zdravljenje bolečin. Avtorji navajajo, da je za paciente najhuje, če jim zdravnik reče, da ni mogoče več pomagati. To se

jim zdi bolj hudo kot dejstvo, da se bolečina ne zmanjša. Pozitivna pričakovanja so po besedah avtorjev že pol poti do uspeha in zadovoljstva pacientov s kronično bolečino.

8 ZAKLJUČEK

Kronična maligna bolečina zelo spremeni človekovo življenje in vanj prinese velike spremembe. Pacienta prizadene na vseh ravneh življenja, fizično, psihično in socialno.

Izboljševanje kakovosti zdravstvene oskrbe v ambulanti za zdravljenje bolečin je mogoče dokazati z neprekinjenim vrednotenjem izvajanja le-te. Poznavanje obstoječega stanja je podlaga za vse nadaljnje aktivnosti na področju obvladovanja kronične maligne bolečine.

Izhodišče raziskave diplomskega dela je bilo vrednotenje kakovosti zdravstvene oskrbe v ambulanti za zdravljenje bolečin z vidika pacientov in njihovih izkušenj. Po dva- do tritedenskem jemanju predpisane terapije se je jakost bolečine anketiranih zmanjšala za polovico in več. S tem se je kakovost njihovega življenja bistveno izboljšala. Mnenje pacientov o odnosu in aktivnostih MS do njih v času obravnave je bilo pozitivno. Pacienti cenijo razumljivo razlago in odgovore ter možnost za pogovor z MS v času obravnave. Pozitivno ocenjujejo aktivnosti MS v procesu zdravljenja, kot so ugotavljanje odziva na bolečino, jakosti te, časa trajanja bolečine, kakovosti življenja z bolečino, odziva svojcev na bolečino, ugotavljanje poučenosti pacientov in svojcev o bolečini in bolezni ter preverjanje ustreznosti jemanja zdravil. Rezultati raziskave so pokazali pomanjkanje informiranja oziroma zdravstveno-vzgojnega dela MS. MS naj se pri informiranju ne spuščajo na področja medicinskih razlag. MS so prisotne v vseh fazah obravnave v ambulanti za zdravljenje bolečin in tudi pristojne, da pacienta informirajo o ZN ter ga zdravstveno-vzgojno usmerjajo. Z vidika ZN pa morajo poznati in razložiti vse postopke, povezane z obravnavo, obvladovanjem ter zdravljenjem kronične maligne bolečine. MS morajo v prihodnosti v še večjem obsegu sprejeti vlogo učitelja med obravnavo v ambulanti za zdravljenje bolečin. Pacienta morajo učiti tudi o dopolnilnih tehnikah lajšanja bolečin ter mu predstaviti možne stranske učinke zdravil. MS morajo pacienta obravnavati celostno in spodbujati njegovo aktivno sodelovanje pri zdravljenju. Za pomoč pri zdravljenju morajo pridobiti tudi svojce, da se pri skrbi za pacienta ne bodo počutili odrinjeni ali nemočni. Pacient, ki ga muči bolečina, je željan pozornosti in pogovora. Zato je pomembno, da MS s pacientom vzpostavi zaupljiv odnos, da ga razume in spoštuje.

Incidenca kronične maligne bolečine tudi v Sloveniji narašča. Zato je potrebno poskrbeti za dobro izobraženost MS in tudi drugih zdravstvenih delavcev, ki se ukvarjajo s to problematiko. MS z dodatnim znanjem o kronični maligni bolečini znajo prepoznati problem in lahko pacientu, ki trpi bolečino, svetujejo ter pomagajo najti ustrezno pomoč in podporo. MS v ambulantah za zdravljenje bolečin se morajo aktivno vključevati v izboljševanje sodelovanja s preostalimi zdravstvenimi službami v bolnišnici in zunaj nje .

SEZNAM VIROV

- 1 Krčevski Škvarč N. Bolečina in rak-splošna načela. In: Krčevski Škvarč N. 3. seminar o bolečini. Zbornik predavanj, Podčetrtek: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 1999: 13–21.
- 2 Peršič B. Prepletanje treh dejavnikov. Dosegljivo na: <http://www.revija-vita.com/index.php?page=6&iskanje=2&naslovvita=Bole%C4%8Dina> < 12. 9. 2010<
- 3 McCaffery M, Pasero C. *Pain Clinical manual*. St. Louis, Missouri: Mosby; 1999.
- 4 Ščavničar E. Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 2004; (38): 101–111.
- 5 Krčevski Škvarč N. Klinično merjenje bolečine. In: 32. strokovni seminar zdravljenja bolečin, Bled: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za anesteziologijo, intenzivno nego in terapijo ter transfuziologijo, 1995: 8–10.
- 6 Pirc J. Kronična bolečina. In: *Bolečina-izziv: Zbornik predavanj*, Nova Gorica. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica, 2002: 4–6.
- 7 Stepanović A. Predstavitev usklajenih priporočil za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. In: Kersnik J. IV. Fajdigovi dnevi: Kronična bolečina, sladkorna bolezen, depresija in preventivni program. Zbornik predavanj, Kranjska Gora: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2002: 1–5.
- 8 Krčevski Škvarč N. Premagajmo bolečino. In: Drinovec J. Zbornik predavanj, Novo mesto. Krka, 1997: 1–40.
- 9 Krčevski Škvarč N, Godec M, Cesar Komar M, Lahajnar S, Pirc J, Salihovič et al. Usmeritve za uporabo opioidov pri bolnikih s kronično bolečino, ki ni posledica rakave bolezni. *Zdrav vestn*, 2007 (76): 381–387.
- 10 Pirc J. Prepoznavanje, ocenjevanje in merjenje bolečine. In: Krčevski Škvarč N. 9. seminar o bolečini. Zbornik predavanj, Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 2005: 173–177.
- 11 Šmitek J, Petek C, Pungečar M, Svilenković V. Zdravljenje bolečine-epiduralni kateter. In: Šmitek J, Krist A: *Venski pristopi, odvzemi krvi in dajanje zdravil*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2008: 186–206.
- 12 Krčevski Škvarč N. Vrste bolečine. In: Drinovec J. *Krka v medicini in farmaciji*. Novo mesto: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 1997; 18 (1): 8–14.

- 13 *Pain in Europe, NFO World Group, 2003. Dosegljivo na: http://www.merjenjebolečine.si/raziskavaoolečini_v_Evropi.html<3. 8. 2009>.*
- 14 *Pirc J, Cesar Komar M. Prevalenca kronične bolečine v Sloveniji: ISIS 2007; (6): 43–44.*
- 15 *Krčevski Škvarč N. Živeti z bolečino. Viva, 2004: 2–3.*
- 16 *Mahkovic Hergouth K. Dodatna zdravila za zdravljenje rakave bolečine. In: Krčevski Škvarč N. 3. seminar o bolečini: Zbornik predavanj, Podčetrtek: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 1999: 61-77.*
- 17 *Pirc J. Obravnava naj bo enotna. Viva, 2004: 13.*
- 18 *Rosenbaun H, Dollinger M, Cable G. Življenje z rakom. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1996: 145–149.*
- 19 *Ščavničar E. Ocenjevanje pojava bolečine v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 1997; (31): 23–32.*
- 20 *Šarman M. Farmakološki pristopi k zdravljenju rakave bolečine. In: Krčevski Škvarč N. 3. seminar o bolečini: Zbornik predavanj, Podčetrtek: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 1999: 39–40.*
- 21 *Lahajnar S, Krčevski Škvarč N, Stepanovič A, Čufer T. Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. Ljubljana: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, združenje zdravnikov družinske medicine, Slovensko zdravniško društvo, Janess-Cilag, farmacevtski del Johnson & Johnson, 2008: 3–45.*
- 22 *Mahkovic Hergouth K. Dodatna zdravila za zdravljenje rakave bolečine. In: Krčevski Škvarč N: 3. seminar o bolečini: Zbornik predavanj, Podčetrtek: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine; 1999: 61–77.*
- 23 *Brezavšček A. Sodobni načini pri obravnavi bolečine-elastomerska črpalka in epiduralni kateter. In: Bolečina-izziv. Zbornik predavanj, Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica, 2002: 22–24.*
- 24 *Ambulante za zdravljenje bolečin. Dosegljivo na: <http://www.szsb.si/?menu=ambulante> <23. 12. 2010>*
- 25 *Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ljubljana: 2006.*
- 26 *Škufca Smrdel A. Psihosocialne razsežnosti rakave bolezni ter kakovost pri bolnikih z rakom. Zdrav vestn. 2007; (76): 827–831.*
- 27 *Zaletel M. Centralna nevropatska bolečina. In: Krčevski Škvarč N. 7. seminar o bolečini: Zbornik predavanj, Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 2003: 9–17.*

- 28 *Vegelj Pirc M. Psihološki vidiki celostne obravnave onkološkega bolnika z bolečino. In: Krčevski Škvarč N. 3. seminar o bolečini: Zbornik predavanj, Podčetrtek: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 1999: 135–143.*
- 29 *Borak L. Kakovost življenja bolnikov s kronično bolečino. In: Buček Hajdarević I. Zagotavljanje kontinuitete zdravstvene nege. Zbornik predavanj, Terme Čatež: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za anesteziologijo, intenzivno nego in terapijo ter transfuziologijo, 2004: 181–186.*
- 30 *Dušova B, Cseszarova M. An overview of the quality of life of clients with chronic pain. Prim Health Care, 2008: 18 (1): 25–29.*
- 31 *Svilenković V. Delokrog in kompetence bolečinske medicinske sestre. In: Nunar Perko A, Buček Hajdarević I. Lajšanje akutne pooperativne bolečine. Zbornik predavanj 40. strokovnega srečanja, Rogla: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, 2005: 43–49.*
- 32 *Pajnkihar M, Brumen M. Teoretične osnove zdravstvene nege, Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1999: 121–134.*
- 33 *Terapevtska komunikacija. Dosegljivo na: <http://www.zdravstvena.info/vsznj/terapevtska-komunikacija/> <23. 12. 2010>*
- 34 *Rhodes L, Miles G, Pearson A. Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A sistematic review. Int J Nurs Pract 2006; (12): 178–192.*
- 35 *Proposal for a study of assessment of needs for nursing care, planning, implementation and evalation of care provided by nurses, Copenhagen: 1981.*
- 36 *Lagonder M. Specifična zdravstvena nega onkološkega bolnika z bolečino. Onkološki inštitut Ljubljana, 2004: 26–32.*
- 37 *Ščavničar E. Negovalna diagnoza. Obzor Zdr N 1998; (32): 167–172.*
- 38 *Koloborativni center SZO za primarno zdravstveno nego. Negovalne diagnoze: Uvod v študij negovalnih diagnoz: Radizel: Černel&Rogina, Maribor, 1993: 22–53.*
- 39 *Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Mednarodna klasifikacija zdravstvene nege. Maribor: Koloborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2000.*
- 40 *Sekavčnik T. Razvijanje standardov in kriterijev, Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1997:11–32.*

- 41 Ivanuša A, Železnik D. *Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Izbrana področja. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka Zdravstvena šola, 2000.*
- 42 Kamenik M. *Merjenje in ocenjevanje bolečine v perioperativnem obdobju. In: Cesar Komar M. Pooperacijska bolečina. 12. seminar o bolečini z mednarodno udeležbo, Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 2008: 42–47.*
- 43 Rakel B, Herr K. *Assesment and Treatment of Post operate Pain in Older Adults. J of Peri Anesthesia Nurs 2004; 19(3):194–208.*
- 44 Chapman R, Syrjola K. *Measurment of pain. In. Loeser J. D, Bonica's Management of pain, Philadelphia:Lippincott Williams Wilkins, 2001: 310–328.*
- 45 Kardoš Z, Svilenković V. *Dokumentiranje bolečine. In: Nunar Perko A, Buček Hajdarević I. Lajšanje akutne pooperativne bolečine. Zbornik predavanj 40. strokovnega srečanja, Rogla: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, 2005: 99–103.*
- 46 Škrabl N. *Dokumentacija kot element kakovosti v zdravstveni negi. In: Rijavec I. Dokumentiranje v procesu zdravstvene nege kirurškega bolnika. Zbornik predavanj, Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji, 2006: 13–19.*
- 47 Krčevski Škvarč N. *Bolečina v urgentni medicini. In: Bručan A, Gričar M, Vajd R. 9. mednarodni simpozij o urgentni medicini. Urgentna medicina: Izbrana poglavja, Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino, 2002: 50–54.*
- 48 Červ B. *Razmišljanje o stanju na področju lajšanja bolečin tukaj in zdaj. Obzor Zdr N 2002; (36): 61–62.*
- 49 Gonzales V, Martelli M, Backer J. *Psychollogical assessment of persons with chronic pain. NeuroRehabilitation, 2000; 14: 69–83.*
- 50 Lahajnar S. *Zmote v predpisovanju opioidov v paliativni medicini. In: Kersnik J. VII. Fajdigovi dnevi: Kronična bolečina, hiperlipidemije, menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje, Kranjska Gora: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2005: 3–9.*
- 51 Pirc J. *Zdravljenje bolečine pri bolniku z rakom–pogled anesteziologa. In: Rotar Pavlič D. Obravnava bolnika z rakom v osnovnem zdravstvenem varstvu: Zbornik predavanj, Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2009: 50–52.*

- 52 Lewandowski W, Morris R, Burke Draucker C, Risko J. *Chronic pain and the family: theory driven treatment approaches. Issues Ment Health Nurs*, 2007, 28: 1019–1044.
- 53 Koren P, Skela Savič B. *Izkušnje bolnikov v specialističnoambulantni obravnavi na onkološkem inštitutu Ljubljana. In: Filej B, Kersnič P. 6. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege: Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna: Zbornik predavanj, Ljubljana. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007: 307–314.*
- 54 Strhbuecker B, Mayer H, Evens G et al. *Pain prevalence in hospitalized patients in a German University teaching hospital. J Pain and Symptom Manage* 2005, 29: 498–506.
- 55 Žansky Pergarec I, Selan N, Lopuh M. *Kaj pričakujejo bolniki od obiska v protibolečinski ambulanti. In: Cesar Komar M: Pooperacijska bolečina: 12. seminar o terapiji bolečine, Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 2008: 148.*
- 56 Petrie A. et al. *What do patients expect from their visit at pain clinic. Clin J Pain*, 2005; 21(4).

PRILOGE

PRILOGA 1: Anketni vprašalnik



ANKETNI VPRAŠALNIK

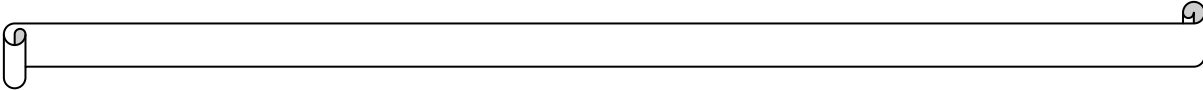
Spoštovani!

Sem Tanja Bric, medicinska sestra, zaposlena na oddelku intenzivne terapije in nege v Splošni bolnišnici dr. Franca Derganca Nova Gorica. Končujem študij ob delu na Visoki šoli za zdravstvo v Izoli.

Pripravljam diplomsko nalogo o obvladovanju kronične maligne bolečine. Pomembne podatke, ki nam bodo pomagali prepoznati in izboljšati stanje na navedenem področju, nam lahko posredujete le vi. Vljudno vas prosim za sodelovanje v raziskavi. Anketni vprašalnik je sestavljen iz treh sklopov. Na začetku vsakega so navodila za izpolnjevanje.

S spoštovanjem,

Tanja Bric



Prosim, da za statistično obdelavo na začetku navedete tri demografske podatke.

Spol:

- moški
- ženski

Starost:

- od 18 do 35 let
- od 36 do 55 let
- od 56 do 75 let
- več kot 75 let

Stopnja dosežene izobrazbe:

- osnovna šola
- poklicna in strokovna srednja šola
- višja ali visoka izobrazba
- univerzitetna izobrazba ali več

I. Vprašanja v prvem delu anketnega vprašalnika se nanašajo na oceno stanja in vaše doživljanje bolečine. Prosim, da odgovor na vprašanje označite z znakom X ali ga dopišete.

1. Koliko časa že imate bolečine?

- manj kot mesec dni
 do 6 mesecev
 do 1 leta
 več kot 1 leto

2. Kdaj se bolečina pojavlja?

- zjutraj
 čez dan
 ponoči
 stalno prisotna
 med povečano aktivnostjo
 izrazitih napadov ni
 drugo: _____

3. Na lestvici od 0–10 označite z znakom X jakost bolečine v zadnjem tednu pred današnjim obiskom ambulate (0 – ni bolečine, 10 – neznosna bolečina).

NI BOLEČIN

NEZNOSNA
BOLEČINA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Kako pogosto jemljete zdravila za lajšanje bolečin?

- zdravilo zaužijem le, ko se bolečina pojavi
 zdravilo jemljem v rednih časovnih intervalih po shemi, ki mi jo je določil zdravnik
 drugo: _____

5. Katere aktivnosti lažje opravljate po tem, ko ste se vključili v ambulanto za zdravljenje bolečin?

- osebna higiena
 fizično lažja opravila
 izleti
 sprehodi
 službene obveznosti
 po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin ne zaznavam bistvene razlike pri izvajanju aktivnosti kot v času pred vključitvijo
 druge aktivnosti: _____

6. Kako občutite bolečino, ko je ta prisotna?

- na bolečino sem se navadil-a
 nimam volje do dela
 postanem vznemirjen-a in razdražljiv-a
 počutim se odvečnega
 razmišljam o smislu življenja
 drugo: _____

7. Kako se svojci odzivajo na vašo bolečino?

- pomagajo mi z nasveti
 svetujejo mi obisk ambulate za zdravljenje bolečin
 mi ne verjamejo, da je bolečina tako huda
 fizično mi pomagajo pri izvajanju posameznih opravil
 drugo: _____

8. Menite, da je po vključitvi v ambulanto za zdravljenje bolečin prišlo do dviga kakovosti vašega življenja?

- da
 ne
 včasih

Če je prišlo, prosim navedite na katerih področjih:

II. V času ambulantne obravnave se srečujete z medicinskimi sestrami (MS). Z znakom X označite na štiri-stopenjski lestvici vaše mnenje o aktivnostih, povezanih z njihovim delom.

Vprašanja	Nikoli	Včasih	Pogosto	Vedno
1. Ali MS ugotavlja vaš odziv na bolečino?				
2. Ali MS ugotavlja odziv svojcev na vašo bolečino?				
3. Ali MS ugotavlja poučenost vas in svojcev o vaši bolezni in bolečini?				
4. Ali MS ugotavlja pripravljenost svojcev za pomoč pri oskrbi in zdravljenju vaših težav?				
5. Ali MS ugotavlja vaše zaznavanje bolečine, njeno jakost, čas trajanja in kakovost življenja z bolečino?				
6. Ali vas MS poučuje o dopolnilnih tehnikah lajšanja bolečin?				
7. Ali MS preverja, če uživata zdravila na predpisan način?				
8. Ali vas MS opozarja na možne stranske učinke zdravil?				
9. Ali vam MS razlaga in odgovarja na razumljiv način?				

10. Če vas je v času obravnave kaj skrbelo – ali imate možnost pogovora z MS?				
11. Ali vas MS informira o urniku delovanja ambulante, kontaktni osebi oz. telefonski številki v primeru pojava zapletov ob lajšanju bolečine?				

III. Čemu bi se morali zdravstveni delavci, zaposleni v ambulanti za zdravljenje bolečine, še intenzivneje posvetiti? Prosim za vaše mnenje in predloge.
